

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

**DARA ANDRADE FELIPE**

**O LUGAR DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA FORMAÇÃO  
PROFISSIONAL UNIVERSITÁRIA**

**RECIFE  
2017**

**DARA ANDRADE FELIPE**

**O LUGAR DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA FORMAÇÃO  
PROFISSIONAL UNIVERSITÁRIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Ciências.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Recife

2017

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães**

---

- F483l Filipe, Dara Andrade.  
O lugar dos Agentes Comunitários de Saúde na formação profissional universitária/ Dara Andrade Filipe. — Recife: [s. n.], 2017.  
123 p.: il.  
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.  
Orientadora: Paulette Cavalcanti de Albuquerque.  
1. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. 2. Agentes Comunitários de Saúde. 3. Prática Profissional. 4. Ensino. 5. Aprendizagem. I. Albuquerque, Paulette Cavalcanti de. II. Título.

CDU 37:61

---

**DARA ANDRADE FELIPE**

**O LUGAR DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA FORMAÇÃO  
PROFISSIONAL UNIVERSITÁRIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Aprovada em: 31 de maio de 2017

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Paulette Cavalcanti de Albuquerque  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães–FIOCRUZ-PE

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Kátia Rejane de Medeiros  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães–FIOCRUZ-PE

---

Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim  
Departamento de Assistência e Orientação Profissional–UFRGS

A todas as mulheres negras que vieram antes de mim e que lutaram para que fosse possível estar aqui hoje.

Ao meu pai pelo incentivo constante.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a minha família que sempre me apoiou e incentivou, lutando para que eu tivesse as melhores condições possíveis de me desenvolver. Especialmente a minha irmã, com todo o seu carinho e amor.

Aos meus amigos, que me apoiam e me distraem nos dias mais difíceis. Nos desenvolveremos sempre em rede.

A Paulette, pelo apoio e inspiração em construir o novo.

À Equipe da Diretoria Geral de Educação na Saúde - DGES SES PE, pelo aprendizado diário de que *a vida realmente é diferente. Quer dizer, ao vivo é muito pior.* Espaço de muito aprendizado, vivência cotidiana de Educação Permanente em Saúde.

Ao Instituto Aggeu Magalhães.

A CAPES e a sua política de financiamento da formação de novos mestres.

Aos membros da banca pela disponibilidade.

FILIPPE, Dara Andrade. **O lugar dos Agentes Comunitários de Saúde na formação profissional universitária.** 2017. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

## RESUMO

No projeto de Reforma Sanitária tem sido consenso que uma transformação da política de saúde só ocorrerá com a construção de um projeto educativo correspondente. Contudo, a formação dos profissionais de saúde tem-se mostrado um importante reservatório da resistência contra os avanços. Tem destaque na mudança do modelo assistencial e de formação na saúde a reorganização da Atenção Primária, que torna necessário o desenvolvimento novas competências. Os Agentes Comunitários de Saúde são apresentados como atores estratégicos em virtude de sua inserção social. Nesse sentido, busca-se analisar o lugar dos ACS na formação dos estudantes de graduação. Guiado pelo referencial teórico-metodológico das práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano, foram realizados grupos com os ACS de três distritos sanitários da cidade do Recife e estudantes e entrevistas com docentes de cursos de saúde da Universidade de Pernambuco – UPE. Na aprendizagem dos estudantes no contato com os Agentes Comunitários de Saúde tem-se: a leitura do território garantindo a aproximação entre as condições de saúde; o comportamento junto à comunidade, destacando os aspectos comunicativos da interação; o cuidado ampliado, não resumido às doenças, desvelando os problemas de saúde que não sejam exclusivamente de ordem orgânica, destacando-se as noções de acolhimento e vínculo. A vivência dos estudantes no território das USF's é atravessada por tensões e potencialidades. A partir da exposição dos estudantes a esses territórios e vivências e as reflexões é possível a produção de processos de subjetivação que permita outra relação tanto a nível pessoal como para a formação profissional. É possível identificar um distanciamento da instituição de ensino no cotidiano das unidades de saúde marcado pelo (não) reconhecimento dos ACS como educadores. É possível destacar relevância do contato dos estudantes com os Agentes Comunitários de Saúde para desenvolvimento de competências na formação profissional, referenciadas no princípio da integralidade.

**Palavras-Chave:** Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. Ensino. Aprendizagem. Agentes Comunitários de Saúde. Prática Profissional

FILIPE, Dara Andrade. **The place of the Community Health Agents in university vocational training.** 2017. Dissertation (Master in Public Health) Aggeu Magalhães Institute, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2017.

### **ABSTRACT**

In the project of Sanitary Reform, it has been consensus that a transformation of the health policy will only occur with the construction of a corresponding educational project. However, the training of health professionals has proved to be an important reservoir of resistance against advances. The reorganization of Primary Care should be highlighted in the process of changing the model of health care and training, which makes it necessary to develop new skills. In the process of reorientation of the health care model, Community Health Agents (ACS) are presented as strategic actors because of their social insertion. In this sense, the aim is to analyze the place of the ACS in the training of undergraduate students. Guided by the theoretical methodological referential of discursive practices and production of meanings in daily life, groups were conducted with ACS from three health districts of the city of Recife and students, and interviews with professors of health courses at the University of Pernambuco-UPE. Of the outstanding elements in the students' learning in the contact with the Community Health Agents are: the reading of the territory guaranteeing the approximation between the health conditions; behavior next to the community, highlighting the communicative aspects of interaction; the extended care, not summarized to the diseases, revealing the health problems that are not exclusively of organic order, emphasizing the notions of reception and bond. The students' experience in Family Health Unit (USF)' s territory is crossed by tensions and potentialities. However, from the students' exposure to these territories and experiences and the reflections and experiences it is possible to produce processes of subjectivation that allow another relationship both personally and professionally. It is possible to identify a detachment of the teaching institution in the daily life of the health units marked by the (non) recognition of the ACS as educators. It is possible to emphasize the relevance of the students' contact with the Community Health Agents for the development of skills in vocational training referenced in the integrality principle.

**Keywords:** Health Human Resource Training. Teaching. Learning. Community Health Agents. Professional Practice.

## SUMÁRIO

|   |            |
|---|------------|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....   | <b>10</b>  |
| <b>2 OBJETIVOS</b> .....  | <b>16</b>  |
| <b>2.1 Objetivo Geral</b> .....   | <b>16</b>  |
| <b>2.2 Objetivos Específicos</b> .....  | <b>16</b>  |
| <b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....  | <b>17</b>  |
| <b>3.1 Formação de Profissionais para a Saúde</b> .....   | <b>17</b>  |
| <b>3.2 Espaço de Aprendizagem da Atenção Primária em Saúde</b> .....  | <b>25</b>  |
| <b>3.3 Agentes Comunitários de Saúde</b> .....  | <b>34</b>  |
| <i>3.3.1 A mediação entre a equipe de saúde e usuários/ unidade de saúde da família e território de referência</i> .....                        | <i>45</i>  |
| <i>3.3.2 Território e Territorialização</i> .....   | <i>46</i>  |
| <i>3.3.3 Promoção da saúde; Processo Saúde-Doença; Educação em Saúde</i> .....  | <i>47</i>  |
| <i>3.3.4 Integralidade</i> .....  | <i>48</i>  |
| <b>4 METODOLOGIA</b> .....  | <b>53</b>  |
| <b>4.1 Considerações Éticas</b> .....   | <b>59</b>  |
| <b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....   | <b>61</b>  |
| <b>5.1 O cenário de aprendizagem da Atenção Primária e a integração com os Agentes Comunitários de Saúde</b> .....                              | <b>61</b>  |
| <b>5.2 Fazeres e saberes dos Agentes Comunitários de Saúde que são objeto do ensino-aprendizagem dos estudantes</b> .....                       | <b>72</b>  |
| <b>5.3 A experiência dos estudantes no cenário da APS: as vivências no território e na interação com os agentes comunitários de saúde</b> ..... | <b>87</b>  |
| <b>5.4 A relação dos Agentes Comunitários de Saúde e a Universidade: dos aspectos organizativos ao reconhecimento como educadores</b> .....     | <b>93</b>  |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....   | <b>103</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | <b>105</b> |
| <b>APÊNDICE A – Roteiros de Grupos/ Entrevistas</b> .....   | <b>115</b> |
| <b>APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido</b> .....  | <b>119</b> |
| <b>ANEXO A – Parecer Comitê de Ética</b> .....  | <b>123</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

Esse texto trata-se de uma pesquisa, com a finalidade de obtenção do grau de mestre pelo Programa de Mestrado em Saúde Pública – AGGEU/FIOCRUZ, tendo como objetivo analisar o lugar dos agentes comunitários de saúde na formação dos profissionais de saúde à nível de graduação. Localiza-se, portanto, na área de Educação na Saúde.

A Educação na Saúde compreende subárea da Saúde Coletiva, essencialmente interdisciplinar entre Educação e Saúde que tem como um dos temas principais a formação e capacitação de recursos humanos em saúde. Nesse tema, destacam-se pesquisas que versam sobre: estudos avaliativos sobre métodos, processos e instrumentos envolvidos na formação e capacitação do pessoal da saúde; estudos sobre formulação, implantação, reforma, integração, estrutura e conteúdos curriculares em diversas perspectivas de análise; estudos sobre formulação, implantação, reforma, integração, estrutura e conteúdos curriculares em diversas perspectivas de análise; estudos sobre políticas de formação de recursos humanos em saúde no Brasil: normatizações, leis, diretrizes e programas de educação permanente em saúde; estudos sobre tecnologias da informação e comunicação em saúde; Educação a Distância (EAD); Educação Permanente: estudos sobre aperfeiçoamento profissional e treinamento em serviço (PINTO et al., 2012).

O desejo social de uma agenda política de mudança na formação de profissionais para a saúde tem sido central no projeto de Reforma Sanitária, sendo consenso que uma transformação no modo de organizar o sistema e as práticas só ocorrerá com a construção de um projeto educativo correspondente (CECCIM, 2008).

Nesse sentido, educar para o trabalho em saúde deve incluir como missão a formação de profissionais detentores de habilidades, conhecimentos e valores capazes de fazer funcionar um sistema de saúde que tenha a defesa da vida na antecedência de qualquer padrão técnico (CECCIM, 2008).

Contudo, a formação dos profissionais de saúde tem-se mostrado um importante reservatório da resistência contra os avanços, uma vez que

hegemonicamente não absorveu esse histórico de lutas e projeto de sociedade. A lógica que tem orientado as formações se apresenta deslocada das necessidades de saúde da população e dos propósitos assistenciais colocados pelo SUS, embora o Sistema se apresente como significativo mercado de trabalho para os profissionais de saúde (BRASIL, 2003). Ainda vigora um imaginário de saúde como prestação de serviços altamente tecnicizados, com valorização do usuário como ser meramente biológico, com o hospital no topo de uma hierarquia qualitativa de trabalho, com primazia do setor privado em oposição ao público e as práticas coletivas (CECCIM, 2008).

Como destacado por Paim (1994), a reflexão sobre os Recursos Humanos em Saúde tem como determinantes mais gerais as tendências da economia, as políticas de saúde e a organização dos serviços e como determinantes mais próximos, o modelo pedagógico predominante nas instituições de ensino e a forma de organização do trabalho nas instituições de saúde.

Nesse sentido, o autor aponta alguns pressupostos para orientar a discussão das tendências e perspectivas da formação de Recursos Humanos em Saúde: a) o tipo de RHS formado é determinado pela estruturação das práticas de saúde, condicionados pelas políticas de saúde do Estado; b) as instituições de ensino não são capazes de alterar por si só a estrutura das práticas de saúde, pois na maioria das vezes é referenciada na reprodução da estrutura, da cultura e das práticas exercidas pelos docentes; c) as mudanças nas políticas de saúde e na organização dos serviços de saúde quando ocorrem o fazem mais rapidamente que as instituições de ensino; d) mesmo considerando os limites das instituições de ensino, sua participação na reorganização dos serviços de saúde deve ser realizada esforços e lutas para a mudança na organização político-institucional (PAIM, 1994).

Situado nesse contexto, o estudo aqui apresentado buscou problematizar os aspectos colocados por Paim como determinantes “mais próximos”. Dessa forma, a discussão aqui apresentada versará predominantemente sobre os referenciais pedagógicos que sustentam os modelos e as propostas de formação na saúde em voga, bem como refletir sobre as formas de cuidado e trabalho hoje instituídas no setor saúde. A discussão quanto o Lugar dos Agentes Comunitários de Saúde no processo de formação dos profissionais para o SUS se configura no atravessamento

dessas duas questões, sendo destacados esses sujeitos como estratégicos no processo de instituição de outras referências na área da saúde.

Hegemonicamente, a formação em saúde é referenciada no modelo biomédico cartesiano, onde o conhecimento é produzido de forma fragmentada. Os currículos estão organizados na dicotomia entre teoria e prática, com precedência dos referenciais teóricos para posterior aplicação à realidade (BRAID; MACHADO; ARANHA, 2012).

Nas últimas décadas, no sentido de construir processos educacionais que fortaleçam os Sistemas de Saúde, articulando a formação profissional com as necessidades e demandas da sociedade, vem ocorrendo processos de reformas da Universidade e nos cursos de graduação na saúde.

O processo de reforma tem dado destaque à maior aproximação entre os espaços de trabalho/cuidado e educação, com o intuito de procurar vencer a pouca ou nenhuma conexão com o mundo real e a experiência vivida; o silêncio da comunidade acerca de uma discussão necessária sobre interdisciplinaridade e multiprofissionalidade, e a carência de projetos com a finalidade de buscar a superação da fragmentação do cuidado em saúde (BRAID; MACHADO; ARANHA, 2012; HADDAD et al., 2006).

No processo de mudança do modelo de atenção à saúde, a Atenção Primária apresenta-se como estratégica. E a formação de profissionais estrutura-se como importante eixo de debate/disputa para mudança no modelo de atenção mediante o fortalecimento da APS.

A implementação da Atenção Primária torna necessárias novas competências, implica um fazer diferenciado sustentado em uma nova ética, outra postura assistencial na atuação individual, no trabalho em equipe, com as famílias, com a comunidade e para o planejamento do trabalho (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001).

Nesse sentido, a rede básica de saúde é um campo de prática potencial e necessário, no qual os vários cursos de formação profissionais de saúde deverão inserir seus alunos (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001). Os estudantes devem vivenciar uma abordagem ampliada e singular de cada caso, entrar em contato com essa

complexidade, com a obrigação de trabalhar em equipe e de fazer um segmento longitudinal, possibilitando que o aluno se aproprie de competências essenciais para o exercício da profissão.

Contudo, como destaca Campos e Belisário (2001), migrar o ensino para a Atenção Básica em Saúde não significa, automaticamente, migrar o ensino para um paradigma novo. Frequentemente, a ABS reproduz, em condições limitadas, o modelo de cuidado dos serviços especializados. A abordagem integral depende da reformulação do paradigma tradicional denominado biomédico.

Pode-se observar que, apesar da mudança de cenário, a formação na ABS tende a reproduzir o modelo biomédico dominante, sendo necessários esforços continuados e sistemáticos para reformular esse tipo de prática e de saber.

Mesmo tendo como indicação a ampliação do escopo das práticas, ao se inserirem no cenário da Atenção Básica, os estudantes ainda têm como principal atividade a consulta clínica, realizando atendimentos individuais, principalmente referenciados nas áreas de clínica médica e pediatria. Evidencia-se, portanto o contraste entre a ênfase na consulta clínica e a integralidade das ações propostas pela APS (MASSOTE; BELISÁRIO; GONTIJO, 2011).

Laura Feuerwerker (2013) destaca que a inserção dos estudantes nos cenários de aprendizagem ainda interrogam pouco as relações verticais e reducionistas que em geral marcam a aproximação entre profissionais de saúde e usuários. Na maioria das vezes também produzem um desagrado e desconforto entre os estudantes por serem organizadas sem levar em consideração seus desejos e expectativas.

Diante do exposto, a equipe de Saúde da Família, com destaque para os Agentes Comunitários de Saúde, são atores fundamentais no processo de instituição da APS na relação ensino-serviço. No processo de reorientação do modelo de atenção à saúde, os Agentes Comunitários de Saúde são apresentados como atores estratégicos, uma vez que a ele é atribuída à capacidade de estabelecer o elo entre a comunidade e os serviços de saúde, questão considerada crucial nesse processo (LOPES; DURÃO; CARVALHO, 2011).

As atribuições dos ACS constroem-se, fundamentalmente, com base na política pública de saúde, a partir da definição das necessidades de saúde, as situações de risco e as atividades educativas.

Como apresentado por Silva e Dalmaso (2002), é possível classificar o fazer dos agentes comunitários de saúde em dois eixos: técnico e político. O eixo técnico está relacionado ao atendimento de indivíduos e famílias, ao monitoramento de grupos ou de problemas específicos e à intervenção e orientação para a prevenção de agravos. O segundo, mais político, compreende a inserção da saúde no contexto mais geral de vida, destacando-se a discussão desse contexto e a organização da comunidade no sentido de transformá-lo. É destacado que o caráter político dos ACS, que tem o potencial de contribuíção para alteração do modelo de atenção à saúde.

É a partir de tais referenciais que se define a pergunta que guiará o estudo aqui proposto: **Qual o lugar dos agentes comunitários de saúde na formação profissional dos universitários?**

Poucos são os estudos que tratam da inserção da política e popular na formação em saúde. Por diversas razões o que se observa é que essas temáticas são invisíveis nos currículos (OLIVEIRA et al, 2014; VASCONCELOS, 2001). Não tendo sido localizados estudos que tratem especificamente do debate entre os Agentes Comunitários de Saúde e a formação dos profissionais universitários.

Assim, na tentativa de produzir um panorama dos elementos aqui apresentados, bem como uma produção de relevância para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde em suas diretrizes progressistas, esse trabalho está organizado de forma a apresentar uma revisão da produção dos seguintes temas: a) A formação de profissionais para a saúde; b) O espaço de aprendizagem da atenção primária e; c) Os Agentes Comunitários de Saúde.

No primeiro, buscou-se contextualizar o desenvolvimento de projetos e programas que apontam para a necessidade de mudança da formação dos profissionais para a saúde e do modelo hegemônico de cuidado em saúde. Destaca-se a integração ensino-serviço-comunidade como estratégia de reorientação apresentando a problematização como ferramenta pedagógica referenciada na

Educação Permanente em Saúde e nas Perspectivas Pedagógicas Críticas. Por fim, é apresentada a relevância da Atenção Primária no processo de mudança do modelo de atenção e, conseqüentemente, a sua centralidade na formação dos profissionais para o desenvolvimento de novas competências no cuidado em saúde.

Foram debatidos os desafios para sua implementação da Atenção Primária em Saúde, destacando-se o desenvolvimento de novas competências dos profissionais de saúde como fundamentais para tal. Por fim, apresentam-se os Agentes Comunitários de Saúde como profissionais estratégicos, uma vez que, em virtude de sua inserção social/ comunitária a ele é atribuída a capacidade de estabelecer o elo entre a comunidade e os serviços de saúde, questão considerada crucial nesse processo de reorientação do cuidado em saúde.

No terceiro tópico foi feita uma revisão da constituição dos Agentes Comunitários de Saúde, retomando as experiências que os constituíram. Destacaram-se as competências presentes no trabalho desses profissionais, suas atribuições e os conceitos do cuidado em saúde que perpassam suas práticas.

Para responder a pergunta de pesquisa aqui formulada e o objetivo geral dela decorrente, foram formulados quatro objetivos específicos, a saber: caracterizar os espaços/momentos dos cursos de graduação em saúde de contato entre os estudantes e os agentes comunitários de saúde e as estratégias de ensino-aprendizagem; sistematizar os fazeres e saberes da prática profissional dos Agentes Comunitários de Saúde que são objeto do ensino-aprendizagem dos estudantes; analisar a vivência dos estudantes junto aos Agentes Comunitários de Saúde no processo de formação profissional; compreender como as Instituições de Ensino percebem o papel dos Agentes Comunitários de Saúde na formação profissional nos cursos de graduação em saúde.

Em quatro tópicos, também foi estruturada a apresentação dos resultados e discussão, em comunicação direta com os objetivos específicos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Compreender o lugar dos Agentes Comunitários de Saúde na formação profissional universitária.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- a) Caracterizar os espaços/momentos dos cursos de graduação em saúde de contato entre os estudantes e os agentes comunitários de saúde e as estratégias de ensino-aprendizagem;
- b) Sistematizar os fazeres e saberes da prática profissional dos Agentes Comunitários de Saúde que são objeto do ensino-aprendizagem dos estudantes;
- c) Analisar a vivência dos estudantes junto aos Agentes Comunitários de Saúde no processo de formação profissional;
- d) Compreender como as Instituições de Ensino percebem o papel dos Agentes Comunitários de Saúde na formação profissional nos cursos de graduação em saúde.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 Formação de Profissionais para a Saúde**

O desejo social e a agenda política de mudança na formação de profissionais para a saúde têm sido centrais no projeto de Reforma Sanitária, sendo consenso que uma transformação da política de saúde só ocorrerá com a construção de um projeto educativo correspondente (CECCIM, 2008).

Contudo, a formação dos profissionais de saúde tem-se mostrado um importante reservatório da resistência contra os avanços, uma vez que não absorveu esse histórico de lutas e projeto de sociedade. A lógica que tem orientado as formações se apresenta deslocada das necessidades de saúde da população e dos propósitos assistenciais colocados pelo SUS, embora o Sistema se apresente como significativo mercado de trabalho para os profissionais de saúde (BRASIL, 2003).

Ainda vigora um imaginário de saúde como prestação de serviços altamente tecnificados, com valorização do usuário como ser meramente biológico, com o hospital no topo de uma hierarquia qualitativa de trabalho, com o emprego público entendido como alternativa de sobrevivência e produção de práticas coletiva, em detrimento da maior dedicação do trabalho no setor privado (CECCIM; CARVALHO, 2011).

Um marco paradigmático para discussão da formação dos profissionais da saúde é o Relatório Flexner como teoria científica da educação superior em saúde, ganhando hegemonia na profissionalização pelo ensino universitário (CECCIM, 2008).

A orientação flexneriana produziu na formação a instrumentalização clínica, a valorização da incorporação tecnológica vinculado ao complexo médico-industrial e a reprodução das relações simbólicas e culturais, dos valores da medicina mercantilizada. Produziu, portanto, uma segmentação do cuidado e a crescente especialização, a perda do elo ontológico entre o cuidador e o cuidado, centrada no puro intervir e prescrever (FAGUNDES, 2003).

No entanto, nas últimas décadas, no sentido de construir processos educacionais que fortaleçam os Sistemas de Saúde, articulando a formação profissional com as necessidades e demandas da sociedade, vem ocorrendo processos de reformas da Universidade e nos cursos de graduação na saúde.

Na década de 1980, é formulada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) a proposta de Integração Docente-Assistencial (IDA) em toda a América Latina, na busca solidificar na área de ensino na saúde a integração ensino-serviço expandindo às noções de atenção integral, de integração entre formação e trabalho, entre ensino e pesquisa em saúde, fortalecendo a criação de projetos interprofissionais na graduação, na extensão e nas especializações em serviço (ALMEIDA; FEUERWERKER; LLANOS, 1999).

A OPAS, por meio da iniciativa da Fundação Kellogg, na década de 1990, lançou o Programa UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde — União com a Comunidade), que se baseou na relação de parceria entre a universidade, os serviços locais de saúde e a comunidade, como o alicerce sobre o qual devem estar fundados os processos de transformação da educação dos profissionais e dos sistemas de saúde (ALMEIDA; FEUERWERKER; LLANOS, 1999).

Nesse momento, não se tratava de uma reforma conteudista, e sim de uma mudança nos aspectos formativos, nos quais a articulação com os serviços e a população era fundamental. Também se mudava o foco da montagem de unidades-escola pertencentes às universidades para uma integração com as redes locais de saúde (CECCIM, 2008).

Na década de 1990, no processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), o debate sobre as mudanças na formação e nos projetos do exercício das profissões ganham força para gerar serviços com capacidade de acolhida e escuta aos usuários.

Em 1991, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e mais nove instituições relacionadas à profissão médica constituíram a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas

Médicas (CINAEM) com a finalidade de avaliar a educação médica e fomentar o aperfeiçoamento do Sistema de Saúde (PAIM, 1994).

Em culminância às experiências da IDA e UNI, estrutura-se a Rede Unida, configurada como um dispositivo em rede de estudos, experiências, conceitualizações e formulações de políticas de educação e de saúde. Apontando para movimentos necessários para a mudança na educação dos profissionais de saúde: necessidade de um processo de mudança não realizada de maneira isolada por profissão; que não se referisse as mudanças de conteúdo, e sim de projeto de formação; de instituir a multiprofissionalidade e o lugar dos usuários e da comunidade; e de ampliar a interação com o sistema de saúde na interface ensino e mundo do trabalho (REDE UNIDA, 2017).

Nas políticas públicas de educação, as proposições de mudança na área da educação e ensino da saúde vêm no início dos anos 2000, com a formulação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), inicialmente direcionadas aos cursos de medicina e, posteriormente, em 2005, ampliadas para os demais cursos da saúde. As Diretrizes tiveram como objetivo fomentar e apoiar a reorientação da formação profissional, a fim de garantir o desenvolvimento de habilidades que respondessem às necessidades de saúde da população e operacionalização do SUS, estabelecendo mecanismos de cooperação entre as Instituições de Ensino Superior (IES) e gestores de SUS, objetivando fomentar a integração entre a rede de serviços, ampliando as práticas dos estudantes nessa Rede.

A formulação de Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação da saúde, em substituição à ideia de currículo mínimo, aponta a necessidade de incorporação, nos seus projetos pedagógicos, o arcabouço teórico do SUS. Valorizaram ainda os postulados éticos, a cidadania, a epidemiologia e o processo saúde/doença/cuidado, e inovaram ao estimular a inserção precoce e progressiva do estudante no SUS, para garantia de conhecimento e compromisso com a realidade de saúde do seu país e sua região (HADDAD et al., 2006).

As DCN favorecem também a criação de base comum para a reorientação da formação das várias profissões da saúde, tanto com a proposição de competências<sup>1</sup> comuns para todas as profissões e orientações para a reordenação da formação e cuidado em saúde (FEUERWERKER, 2013).

Em 2003 foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e, interna a esta, os Departamentos de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde e de Gestão da Educação na Saúde, dentro do Ministério da Saúde. Em julho de 2004 foi criado o Departamento de Residências e Projetos Especiais na Saúde, na Secretaria de Educação Superior, dentro do Ministério da Educação.

No início de 2004, é lançada a Política Nacional de Educação Permanente, através da Portaria 198/2004 e do documento “Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde”, o que representa, no interior do setor da saúde, a emergência de uma formulação intelectual e política em diálogo com a área da educação. O documento trouxe uma de um campo de saberes e práticas para o desenvolvimento da educação na saúde e gestão na saúde (BRASIL, 2009b).

A Educação Permanente em Saúde é apresentada como opção político-pedagógica, sendo compreendida ao mesmo tempo como política de educação na saúde e como prática de ensino-aprendizagem.

Enquanto prática de ensino-aprendizagem, ela desloca para o cotidiano dos serviços de saúde a produção de conhecimento referenciando-se nos conceitos de ensino problematizador e de aprendizagem significativa. Assim, o ensino-aprendizagem é referenciado nas reflexões que emergem da realidade de vida, considerando a relevância da produção de tais conhecimentos para os envolvidos.

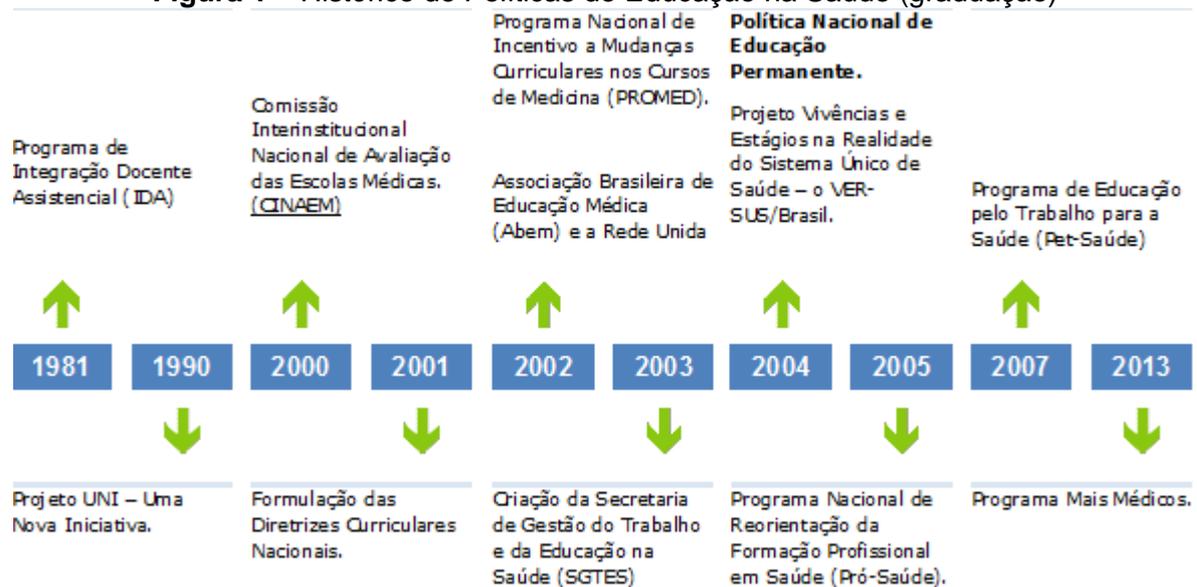
---

<sup>1</sup> O conceito de competência tem origem e usos relacionados a diferentes contextos dos processos educativos e de trabalho, não sendo objetivo desse trabalho esgotá-lo. Podem-se ser identificadas, inclusive, diferenças entre o proposto pela política de saúde e educação (MARQUES; EGRY, 2001). Aqui remeteremos a competência como compreendido pelo Ministério da Saúde nas Diretrizes Curriculares Nacionais: competência é compreendida como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2014).

Já como política de educação na saúde, trata da contribuição do ensino na construção do SUS. Apresenta a articulação entre ensino, trabalho e cidadania e a rede de saúde como espaço de educação profissional (CECCIM; FERLA, 2008).

Nessa perspectiva, estratégias e projetos têm sido propostos pelos Ministérios da Saúde e Educação, tais como: Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (Promed), Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pro-Saúde), Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet- Saúde), Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VerSUS) e, mais recentemente, o Programa Mais Médicos. Tais ações tiveram por objetivo a indução de mudanças na formação em saúde, destacando-se uma maior aproximação das instituições de ensino com a rede de serviços, bem como uma maior resposta às necessidades de saúde do SUS.

**Figura 1 – Histórico de Políticas de Educação na Saúde (graduação)**



Fonte: autora

Diante do exposto, pode-se perceber que as estratégias contemporâneas de formação de profissionais apontam para a necessidade de se instituir relações mais orgânicas entre as instituições de ensino, as estruturas de gestão da saúde, os órgãos de representação popular e os serviços de saúde, o que é apontado por Ceccim e Feuerwerker (2014) como o quadrilátero da formação em saúde.

A aproximação entre a Universidade e a realidade dos serviços aprimorará a qualidade dos serviços prestados. Fará com que a produção acadêmica nas áreas de ensino, pesquisas e serviços, constantemente espelhadas na pressão das demandas do mundo real, possa se tornar mais relevante à sociedade (BRASIL, 2009b). Nesse contexto, o sistema de saúde apresenta-se como *cenário de aprendizagem* e exerce papel fundamental no processo de transformação do ensino, dizendo respeito não somente ao local em que se realizam as práticas, mas aos sujeitos nelas envolvidas, à natureza e ao conteúdo do que se faz. Considera os processos de trabalho, o deslocamento dos sujeitos e o objetivo do ensino e revisam a interpretação das questões referentes à saúde e da doença, considerando a dinâmica social (FEUERWERKER, 2001).

Essa noção de *cenários de aprendizagem* apresenta afinidade com o pensamento de Paulo Freire (1987), uma vez que se apresenta como espaços para conhecer na ação, na realidade concreta, no mundo, que devem produzir criticamente formas de atuar em saúde, espaços de reflexão e crítica sobre a realidade.

A perspectiva pedagógica freiriana se localiza entre as concepções críticas de educação, em oposição às concepções tradicionais, definidas por Freire como bancárias (SAVIANI, 1991). Na perspectiva crítica, há uma substituição dos conteúdos formais, fixos e abstratos para conteúdos reais, concretos, dinâmicos, entendendo educação dialeticamente com a sociedade, sendo instrumento importante no processo de transformação. Desta forma, a educação tem na prática social seu ponto de partida e seu ponto de chegada.

A pedagogia proposta por Paulo Freire busca a emergência das consciências, a partir da inserção crítica na realidade. Os homens, ao refletirem sobre si e sobre o mundo vão aumentando o campo de sua percepção, vão também dirigindo sua “mirada” a elementos que até então não se destacavam (FREIRE, 1987).

Enquanto na educação bancária o educador vai “enchendo” os educandos de falso saber, que são os conteúdos impostos, na prática problematizadora, os educandos vão desenvolvendo o seu poder de captação e de compreensão do mundo não mais como uma realidade estática, mas como uma realidade em transformação, em processo (FREIRE, 1987).

Assim, de acordo com Freire (1987) problematizar é “proporcionar as condições para que se a superação do conhecimento no nível da *doxa* pelo verdadeiro conhecimento, o que se dá no nível do *logos*”. Será, portanto a partir da situação presente, existencial, concreta, refletindo o conjunto de aspirações que se pode organizar o conteúdo programático da educação. O esforço é, portanto, de propor aos indivíduos dimensões significativas de sua realidade, cuja análise crítica lhes possibilite a compreensão.

A problematização no ensino da saúde é colocada por Vasconcelos e Cruz (2011) como algo que é antigo na formação clínica em saúde, contudo, tradicionalmente, é centrada na doença e no ambiente hospitalar, ou em estudos teóricos previamente definidos.

Como colocado pelos autores (VASCONCELOS; CRUZ, 2011), através da inserção dos estudantes em situações de convivência estreita com a dinâmica de vida da população faz com o que o aprendizado se dê de forma ampliada, buscando uma compreensão da totalidade que constitui a realidade, podendo então haver a superação da forma disciplinar e especializada da área da saúde. Aponta, portanto, para a necessidade que essas experiências se deixem permear pelo espaço em que acontece e se deixando atravessar inclusive pelos acontecimentos e emoções que podem desencadear.

Ao analisar o objetivo de produção de sujeitos/profissionais capazes de protagonizar mudanças nos serviços de saúde, organizar a ação, direcionando-a para mudanças no nível organizacional, técnico-assistencial e nas relações em equipe, bem como nas formas de acolher e responsabilizar-se pelo usuário, Franco (2007) destaca o duplo caráter do SUS, de ser uma linha paralela de produção de cuidado e de produção pedagógica.

Franco (2007), ao defender a necessidade de que a ação pedagógica dispare processos de subjetivação, associados aos de cognição, parte de três pressupostos no que se refere ao processo de aprendizagem relacionado à possibilidade de construção de mudanças na saúde. O primeiro pressuposto fala que a educação não se apresenta como um objetivo em si mesmo, ou seja, sempre educamos para um desejo. Em seguida, o autor situa a educação como instituição, que opera a partir do humano, que mobiliza sujeitos que trazem como elementos constitutivos do seu ser

uma história de vida, uma origem sociocultural, saberes constituídos ao longo da sua formação e vivências no trabalho em saúde, isto é, toda a complexidade do viver que forma certa subjetividade e coloca em ação, no mundo, uma forma singular. Por último, na educação, o trabalho é, em grande medida, relacional e, tal como na saúde, é “trabalho vivo em ato”, tendo os trabalhadores da educação um grande autogoverno do seu processo de trabalho, o que permite disponibilizá-lo por inteiro aos seus “usuários”.

A subjetividade é uma produção sociohistórica tendo, portanto, um caráter dinâmico. É “o conjunto das condições que torna possível que instâncias individuais e/ou coletivas estejam em posição de emergir como território existencial autorreferencial, em adjacência ou em relação de delimitação com uma alteridade ela mesma subjetiva” (GUATTARI, 1992, p. 19). A mudança nesse núcleo é o que se chama de processos de subjetivação, capaz de alterar a intencionalidade sob a qual as pessoas atuam sobre o mundo da vida.

Lidar com a subjetividade é algo extremamente complexo e torna mais difícil de criar processos de subjetivação capazes de produzir impacto no modo como cada um interpreta e atua sobre o *socius*. Isto é possível a partir das vivências, do experimento da vida, em processos que criam a exposição das pessoas e que, ao mesmo tempo, as afetam no seu modo de pensar, ser e agir sobre a realidade (FRANCO, 2007).

Dessa forma, o desafio é a construção de uma pedagogia implicada com a construção de sujeitos autodeterminados e comprometidos, social e historicamente, com a construção da vida e sua defesa, individual e coletiva. Que se veja como amarrada a intervenção que coloca, no centro do processo pedagógico, a implicação ética e política do trabalhador no seu agir em ato, produzindo o cuidado em saúde, no plano individual e coletivo, em si e em equipe (FRANCO, 2007).

Retomando o processo de mudança na formação em sua relação com o processo de Reforma Sanitária, tem-se a premente necessidade de mudança no modelo de atenção à saúde. De acordo com Paulette Albuquerque (2003), a discussão sobre os modelos de atenção à saúde é realizada há bastante tempo por gestores e pensadores da saúde pública brasileira.

Para a autora:

O modelo assistencial que predomina no Brasil está voltado prioritariamente para as ações curativas, reforçando uma medicina de alto custo, que não consegue sobreviver sem uma forte estrutura de apoio diagnóstico mesmo para os eventos mais simples do adoecer humano. É assim, um sistema excludente e de baixo impacto na melhoria da qualidade de vida da população. A dimensão biológica do processo saúde/doença é supervalorizada em detrimento da compreensão adequada dos aspectos sócio-econômicos e culturais que possam intervir nesse processo (ALBUQUERQUE, 2003, p. 16-7).

No processo de mudança, a Atenção Primária apresenta-se como estratégica no processo de mudança no modelo de atenção à saúde. Sendo consenso entre os que analisam a efetividade da Estratégia de Saúde da Família como reordenadora do modelo de atenção à saúde, a necessidade das instituições formadoras de recursos humanos estarem comprometidas com a formação alinhada a esse modelo e cuidado.

### **3.2 Espaço de Aprendizagem da Atenção Primária em Saúde**

Deve ser destacado, no processo de mudança do modelo assistencial e de formação de profissionais para a Saúde a reorganização da Atenção Primária, a implementação da Estratégia de Saúde da Família, que torna necessárias novas competências, implica um fazer diferenciado sustentado em uma nova ética, outra postura assistencial na atuação individual, no trabalho em equipe, com as famílias, com a comunidade e para o planejamento do trabalho (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001).

Tem-se, portanto, claras evidências técnicas e éticas de que as instituições de ensino devem formar profissionais preparados para intervir nessa realidade, assumindo dessa forma, que os problemas que do SUS devem ser também das instituições formadoras (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001).

Internacionalmente, o debate sobre a Atenção Primária tem na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada no Cazaquistão, em 1978, um marco. Nesse momento, foi apresentada uma concepção de saúde compreendida *como um direito humano fundamental, e que a consecução do mais*

*alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.* A Declaração de Alma Ata destaca que é urgente a superação da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos, convocando todos os que trabalham no campo da saúde, e toda a comunidade mundial, a apoiar um compromisso nacional e internacional para com os cuidados primários de saúde, para que fosse atingida à meta de Saúde para Todos no Ano 2000 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1978).

Conforme sistematizado por Bárbara Starfield (2002), a Atenção Primária em Saúde (APS) pode ser compreendida como primeiro contato com o Sistema de Saúde, fornecendo atenção centrada na pessoa (não restrita na enfermidade), ao longo do tempo, buscando integrar a atenção em relação aos demais níveis do sistema de saúde. Em seu processo de cuidado à saúde, oferece atenção para os problemas mais comuns da população, desenvolvendo ações de prevenção, cura e reabilitação a fim de potencializar a saúde e o bem-estar. Ela visa atuar no contexto no qual a doença acontece, buscando influenciar as respostas das pessoas a seus problemas de saúde.

No Brasil, o termo Atenção Básica é utilizado como sinônimo de Atenção Primária em Saúde (BRASIL, 2012). Institucionalmente, as primeiras inovações se deram pela elaboração, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS), em 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994.

O PACS foi formulado com o objetivo central de contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna e os índices de cólera, principalmente nas regiões norte e nordeste do país (CORBO; MOROSINI; PONTE, 2007). A partir desse primeiro programa, se deu a formulação do Programa de Saúde da Família, em 1994, que é apresentado como estratégia que visa à reversão do modelo assistencial vigente, através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios. É formalmente defendida uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social (BRASIL, 1997).

O Ministério da Saúde passa a defender o PSF, não apenas como um programa que focava a atenção básica em populações excluídas de serviços, e sendo considerado enquanto uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, sendo um instrumento de universalização da cobertura da atenção básica, em consequência, um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde nesse nível (TEIXEIRA, 2006).

A Atenção Básica é orientada pelos princípios de universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Ela é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida (BRASIL, 2012).

A Estratégia de Saúde da Família é apresentada então, como estratégia de reorganização da atenção básica no país, apontando para a reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012), sendo definida como

ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de *desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades* (BRASIL, 2012, p. 19, grifo nosso).

Os profissionais que trabalham na Estratégia de Saúde da Família formam equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas,

auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais definidos em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2012).

No que se refere às ações previstas para esse nível de atenção estão: territorialização e mapeamento; o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação; ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local; garantia da atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde; acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo; realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local; responsabilizar-se pela população adscrita; realizar ações de educação em saúde à população adscrita, conforme planejamento da equipe; promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social; identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais (BRASIL, 2012).

Dessa forma, como sistematizado por Campos e Belisário (2001), a Atenção Básica deverá ser organizada em quatro grandes diretrizes: trabalho em equipe interdisciplinar; responsabilidade por um território e construção de vínculo entre equipe e usuário; abordagem do sujeito, da família e de seu contexto; e a reformulação do saber e da prática tradicional.

No documento do Ministério da Saúde, é ressaltado que o PSF não é uma estratégia desenvolvida para atenção exclusiva ao grupo mulher e criança, haja vista

que se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, bem como não é uma atenção à saúde pobre para os pobres, com utilização de baixa tecnologia:

Tal assertiva não procede, pois o Programa deve ser entendido como modelo substitutivo da rede básica tradicional – de cobertura universal, porém assumindo o desafio do princípio da equidade – e reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes (BRASIL, 1997, p. 9).

Para compreender tais afirmações, é indispensável uma aproximação com o debate sobre o contexto político-econômico do Brasil da década de 1990, particularmente à implementação do Sistema Único de Saúde, especialmente da Atenção Básica.

As conquistas do recém-criado Sistema Único de Saúde enfrentaram, no início da década de 1990, os desafios do avanço do neoliberalismo no Brasil. Foram produzidas políticas de caráter restritivo, de modo que o debate que se localizava na “episteme do sanitarismo” passará a focar a economia da saúde, revelando as repercussões dos ajustes macroeconômicos, cujo controle implicava a presença técnica e política das agências internacionais nos países devedores, o que colocava a medição da eficácia dos serviços em função dos custos e da focalização do atendimento aos pobres (CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011).

Assim, a era neoliberal no Brasil implicou dificuldades na implementação do Sistema de Saúde, relacionadas, principalmente, ao financiamento e à gestão do sistema. Os esforços do governo remetem à contenção de despesas no setor da saúde, atendendo a necessidade de assegurar um pacote mínimo de procedimentos às populações mais “vulneráveis”, conforme orientações de ajuste fiscal do Banco Mundial (BM) e do Fundo Monetário Internacional (FMI) (MARTINS, 2014).

O combate a pobreza determinado pelo BM, subordinada à promoção do “crescimento econômico”, trazia em sua proposição ideológica o aumento da produtividade e a expansão do mercado como forma de se alcançar maiores níveis de “bem-estar”. Os empréstimos realizados pelo BM estavam condicionados à adequações principalmente nas áreas estratégicas de educação, de meio ambiente e de saúde. O Relatório sobre o desenvolvimento mundial (BANCO MUNDIAL, 1993), sugeria “a medição da eficácia dos serviços em função dos custos e da

focalização do atendimento aos pobres” (LIMA; BRAGA, 2006 apud CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011, p. 44).

Paulette Albuquerque (2003) destaca que, no Brasil, a agenda do Banco Mundial não foi integralmente absorvida, com isso, a tecnoburocracia e as comunidades acadêmicas tiveram de formular uma alternativa, absorvendo parte dessa agenda e desenhando propostas para os outros itens.

O PSF tenta contrapor aos argumentos de que represente uma “cesta básica” com as propostas e ações pensadas para superar os problemas do sistema tradicional, garantindo atenção domiciliar, execução de todos os programas por uma mesma equipe, viabilizando uma visão integral do indivíduo na comunidade, oferecendo acolhimento e maior atenção ao paciente, reforçando o vínculo, garantindo o cumprimento de jornada de 8 horas diárias e o fim das filas, facilitando o acesso à população adscrita, embora isso represente a exclusão dos não adscritos Iguar o PSF brasileiro à proposta de pacote mínimo de serviços clínicos pode ser uma simplificação do processo. Não há como negar as suas características diferenciais já descritas nem seu potencial em agir nos diversos fatores determinantes da saúde (ALBUQUERQUE, 2003, p. 24).

Assim, nem o Banco Mundial conseguiu induzir a implantação de toda a sua política no Brasil, tendo havido resistências para alguns aspectos e consenso para outros, nem o Governo Brasileiro implantou a proposta para o SUS que gostaria, alheio às discussões colocadas internacionalmente (ALBUQUERQUE, 2003).

A instituição da Atenção Primária no Brasil se organizou na contradição entre um projeto progressista, que tem como objetivo a defesa do direito à saúde – compreendendo como uma defesa também da melhoria dos determinantes, destacando-se o fortalecimento da organização comunitária –, e entre uma perspectiva seletiva, onde a oferta dos serviços de saúde é uma estratégia de amortização das desigualdades sociais (ALBUQUERQUE, 2003).

No Brasil, a reorientação do modelo de Atenção Básica Brasileira seguiu a proposta da Vigilância em Saúde, com a incorporação da organização do processo de trabalho em base territorial e atuação contínua sobre o processo saúde-doença, articulado à intervenção sobre os determinantes socioambientais, se estabelecendo enquanto nova reflexão sobre Promoção da Saúde e “qualidade de vida”.

As proposições no âmbito da Vigilância em Saúde se manifestam a partir de distintas vertentes, em que a atuação no território é estratégica para reorganização na integração institucional dos sistemas de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental; ou para reorganização da atenção, por meio da análise da situação de saúde para fins de monitoração, cálculo interpretativo e recomendações normativas; ou para mudança da práxis sanitária conforme princípios constitucionais do SUS (ALBUQUERQUE, 2003, p. 33).

Mehry e Franco (2002) destacam a não efetivação da promessa de mudança do modelo assistencial através do Programa de Saúde da Família e associam essa manutenção ao referencial da epidemiologia e da vigilância a que o programa se centra. Destacam que o binômio epidemiologia-vigilância é importante na estruturação dos serviços de saúde, mas não é suficiente. A clínica precisa também ser afirmada como o campo de conhecimento competente para atender certas necessidades de assistência, com seu método próprio de intervenção sobre o corpo, singular por excelência. Além disso, a complexidade do mundo das necessidades de saúde é tal, que muitos outros saberes, além da epidemiologia e da clínica, devem ser chamados. Ao não se dispor a atuar também na direção da clínica, dando-lhe real valor com propostas ousadas como a da “clínica ampliada”, age como linha auxiliar do Modelo Médico Hegemônico (MERHY; FRANCO, 2002).

O Ministério da Saúde, ao apresentar a Política de Humanização da Saúde (BRASIL, 2009), identifica cinco eixos para compreensão da clínica ampliada. A primeira refere-se à compreensão ampliada do processo saúde-doença, na busca por evitar uma abordagem que privilegie excessivamente algum conhecimento específico, favorecendo uma ampliação do objeto de trabalho com necessária inclusão de novos instrumentos. O segundo diz respeito à construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, incluindo a equipe de saúde, a ação intersetorial e os usuários. A ampliação do “objeto de trabalho” alerta para a necessidade de se ter como princípio de cuidado as pessoas ou grupos de pessoas, substituindo a atuação hegemônica centrada nos procedimentos, diagnósticos, “pedaços de pessoas”, etc. O eixo seguinte aponta a transformação dos “meios” e instrumentos de trabalho. Nessa perspectiva identifica-se a necessidade de arranjos e dispositivos de gestão que privilegiem uma comunicação transversal na equipe e entre equipes e, sobretudo, o desenvolvimento de tecnologias necessárias ao desenvolvimento de técnicas relacionais como a capacidade de lidar com condutas automatizadas de

forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com família e com comunidade etc. Por fim, necessita-se de criação de mecanismos de suporte aos profissionais de saúde para que eles possam lidar com as próprias dificuldades, com identificações positivas e negativas, com os diversos tipos de situação (BRASIL, 2009).

Favoreto e Camargo Jr. (2002) corroboram com essa análise, ao destacar que a mudança no modelo assistencial proposta está relacionada às formas de controle e organização, assim como regulação e normatização dos processos de trabalho. Parece haver subentendida uma expectativa de que as mudanças na dinâmica de trabalho das equipes ocorrerão através da simples exposição dos profissionais a outros cenários de práticas e pela facilitação do acesso da população a médicos e enfermeiras.

Como apresentado por Albuquerque (2003), uma efetiva mudança no modelo de atenção à saúde, é preciso bem mais que um discurso e seu correspondente financiamento, é preciso garantir mudanças na estrutura, no processo de trabalho e nas práticas, na forma de atuar dos profissionais e nos paradigmas que orientam as ações de saúde. Na prática, o investimento nesse aspecto ainda é pequeno, mesmo no PSF.

Assim, é preciso uma ação que reorganize o trabalho de todos os profissionais, atuando em seus processos decisórios, que ocorrem no ato mesmo da produção de saúde. Estes novos fazeres e práticas se materializam em “tecnologias de trabalho” (MERHY; FRANCO, 1996). As tecnologias de trabalho têm sua relevância na configuração do modelo de assistência, porque perfilam o modo pelo qual se produz serviços de saúde, definindo, por consequência, a capacidade de absorção da demanda, a capacidade de efetivamente resolver problemas de saúde, os custos dos serviços, e o que é fundamental, a própria relação entre sujeitos deste processo (MERHY; FRANCO, 1996).

Para remodelar a assistência à saúde, o PSF deve modificar os processos de trabalho, fazendo-os operar de forma de “tecnologias leves dependentes”, mesmo que para a produção do cuidado seja necessário o uso de outras tecnologias. Portanto, pode-se concluir que a implantação do PSF por si só não significa que o modelo assistencial esteja sendo modificado. Pode haver PSF's *médico-centrados*,

assim como *outro/usuário-centrados*, isso vai depender de conseguir requalificar a forma de produzir o cuidado em saúde, as quais foram discutidas neste trabalho e dizem respeito aos diversos modos de agir dos profissionais em relação entre si e com os usuários (MERHY; FRANCO, 1996).

O desenvolvimento de novos saberes e práticas clínicas implica também uma nova disposição para conhecer a realidade, assim como uma transformação da clínica, condizente com as diversas dimensões envolvidas no processo de adoecer, incluindo as percepções sociais e culturais no processo saúde-doença. No PSF, a perspectiva de cuidados aos indivíduos em suas demandas e formas singulares de adoecer e sofrer têm sido ainda pouco aprofundadas, tanto pelos autores do campo da Saúde Coletiva como nos relatórios técnicos governamentais (FAVORETO; CAMARGO Jr., 2002).

No artigo intitulado “Pobreza e violência: desafios para os profissionais de saúde”, Lima, Stotz e Valla (2008) apontam que pensar o trabalho dos profissionais de saúde inseridos no contexto popular é algo de grande desafio. Em seu cotidiano, os profissionais se deparam com os impasses gerados tanto pelo preconceito social, como pelas limitações do tecnicismo da formação, da orientação normativa da ação frente ao sofrimento da população e a de resolubilidade dos serviços de saúde, sendo fundamental que os profissionais de saúde tenham a capacidade de refletir sobre a relação existente entre condições de vida e saúde.

Fala-se aqui de um processo reflexivo capaz de refutar preconceitos quanto aos determinantes das condições de saúde das camadas populares e também quanto às suas táticas de sobrevivência física e psíquica, por vezes de difícil compreensão no horizonte cultural da classe média, classe de pertencimento ou de referência predominante dos profissionais de saúde. Trata-se de assumir a concepção ampliada de saúde defendida desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde e consagrada nos textos legais que conformam o SUS, desafio posto tanto no campo da formação universitária dos futuros profissionais como no da gestão das práticas de saúde, encaminhadas por estes mesmos profissionais (LIMA; STOTZ; VALLA, 2008, p. 275).

Dessa forma, o reconhecimento de uma concepção ampliada de saúde requer, para além dos seus profissionais, a construção de propostas de intervenção social sobre o processo de saúde-doença, que serão tanto melhor sucedidas quanto

maior for a articulação entre os grupos envolvidos no processo (LIMA; STOTZ; VALLA, 2008).

É sobre o desenvolvimento dessas “competências” exigidas para a atuação na Atenção Primária, enquanto reordenadora do cuidado em saúde, que a pesquisa buscou refletir. Especialmente as relacionadas ao desenvolvimento de tecnologias leves, da clínica ampliada a partir dos aspectos sociais e culturais no processo saúde-doença. Assim, desenvolver a formação de profissionais no cenário de aprendizagem da atenção primária implica a afirmação da noção de integralidade visando responder às necessidades de saúde da população, enfatizando a escuta qualificada, a produção de vínculo, a continuidade da atenção, o trabalho em equipe, a construção de projetos terapêuticos compartilhada com os usuários etc (FEUERWERKER, 2013).

Para tanto, elegeu-se os Agentes Comunitários de Saúde, no cenário de aprendizagem da atenção primária em saúde, por serem compreendidos como profissionais estratégicos, uma vez que, em virtude de sua inserção social/comunitária a ele é atribuída a capacidade de estabelecer o elo entre a comunidade e os serviços de saúde, questão considerada crucial (LOPES; DURÃO; CARVALHO, 2011).

### **3.3 Agentes Comunitários de Saúde**

A instituição do Agente Comunitário de Saúde como profissional do Sistema de Saúde ocorreu em 1991, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e, posteriormente, em 1994, com o Programa de Saúde da Família. Contudo, a construção desse profissional remonta a experiências anteriores no Brasil, atravessadas por recomendações internacionais, no âmbito da Atenção Primária em Saúde.

Nas décadas de 1960 e 1970 são registradas, em diversas regiões do país, experiências que propuseram a formação e inserção de “agentes de saúde” principalmente por organizações religiosas, instituições acadêmicas e organizações não governamentais (SANTOS; PIERANTONI; SILVA, 2010).

Nesse período, foram incorporados às ações de saúde, trabalhadores voluntários interessados em contribuir com ações sociais para ajudar a população,

principalmente às camadas mais pobres, que não contribuíam para a previdência social e que, portanto, não tinham acesso aos serviços públicos de saúde. Alguns desses voluntários eram militantes políticos ou lideranças comunitárias vinculadas a instituições religiosas, tais como a Pastoral da Criança e às dioceses.

A experiência de Pernambuco tem destaque nesse momento. Na década de 1970, no contexto de resistência ao regime militar e na luta contra a pobreza e por melhores condições de vida, sob a liderança de Dom Hélder Câmara (CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011). As ações agregavam-se em torno da defesa da melhoria das condições de saúde, de modo que os sujeitos e movimentos sociais, a partir de uma perspectiva popular, desenvolviam ações de prevenção e reflexão sobre as condições de vida nas comunidades pobres da cidade (QUEIRÓS; LIMA, 2012).

Essas ações guardavam íntima relação com o referencial da Educação Popular. Os problemas de saúde eram discutidos dentro do conjunto dos problemas das comunidades, organizando mobilizações da população em defesa de seus direitos. A participação de profissionais de saúde estava alicerçada em uma opção política de desenvolver trabalhos junto aos movimentos populares, utilizando diferentes linguagens e objetivando principalmente a organização social. Tinham como desafios a constituição de entidades, os conselhos e associações de moradores, assim como formar os “agentes” de saúde que voluntariamente desenvolviam ações junto à população (ALBUQUERQUE, 2003).

Nesse contexto, o Movimento Popular de Saúde (MOPS) agregou grande parte dos militantes e movimentos sociais que desenvolviam ações semelhantes, e objetivavam o enfrentamento de problemas sociais, assim contava com médicos sanitaristas, estudantes, religiosos, militantes católicos, integrantes de partidos políticos clandestinos e representantes das populações atendidas (VIEIRA, 2011).

Em 1982 foi fundada, por muitos dos agentes de saúde integrantes do MOPS, a Associação Nacional de Agentes de Saúde (ANAS). A instituição incorporava a defesa da saúde e o direito à moradia, bem como o compromisso com a ampliação do número de agentes de saúde.

Além das experiências não institucionalizadas no sistema de saúde, são identificados programas e serviços que institucionalizaram auxiliares da própria comunidade nas atividades de assistência a indivíduos, grupos e famílias.

No final dos anos 1940, no Norte e Nordeste do Brasil, por desdobramento das ações realizadas nas regiões de extração de matéria-prima pelos EUA no norte do país, em parceria com a Fundação Rockefeller, os Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), depois Fundação SESP, implantou unidades sanitárias, tendo a educação como ação que perpassava todos os profissionais, entre eles, o visitador sanitário. Este era recrutado entre pessoas do município que demonstravam interesse, que realizavam visitas domiciliares e busca ativa de casos de doenças endêmicas infecciosas e parasitárias (SANTOS; PIERANTONI; SILVA, 2010).

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), inicialmente instituído na região Nordeste do país, na segunda metade dos anos 1970, tinha como objetivo a implantação de Unidades de Saúde Pública em comunidades de até 20 mil habitantes. Teve ampla utilização de pessoal de nível auxiliar das próprias comunidades a serem beneficiadas, que desenvolviam atividades que englobavam a prevenção de doenças transmissíveis, a educação para a saúde, ações de saneamento básico e atendimento de patologias mais frequentes (SANTOS; PIERANTONI; SILVA, 2010).

No estado de São Paulo, inserido no processo de expansão do PIASS para todo o país, foi criado o Projeto DEVALLE, com o objetivo de expandir a cobertura das ações primárias de saúde e de saneamento. Seus agentes, recrutados na própria comunidade, deveriam desenvolver ações de caráter mais técnico, como atendimentos de indivíduos e famílias, ações de promoção da saúde e no monitoramento de grupos ou problemas específicos, mas também em ações de caráter mais político, de organização da comunidade para transformações sociais nas estruturas vigentes, sendo essa uma marca que o distinguia dos demais programas (SANTOS; PIERANTONI; SILVA, 2010).

Internacionalmente, entre as tarefas necessárias para a construção de um sistema de saúde, estava a necessidade de desenvolvimento de trabalhadores para atuarem nos serviços primários em saúde, promovendo integração entre as atividades curativas e preventivas, individuais e coletivas, em consonância com os

compromissos assumidos na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata (VIEIRA, 2011).

Em suas recomendações é identificada a presença de profissionais de referência comunitária:

Baseiam-se, nos níveis locais e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1978).

As ideias de Alma Ata, a luta política movida pela Associação Nacional de Agentes de Saúde, bem como as experiências anteriores de incorporação de agentes de saúde nas ações de saúde, ganhou destaque nas propostas do movimento de Reforma Sanitária, culminando na sistematização de proposta na VIII Conferência Nacional de Saúde:

Incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado, sob coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde, para trabalhar em educação para a saúde e cuidados primários. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p.12).

Em 1989, o Governo do Estado do Ceará propõe a contratação exclusiva de mulheres para as chamadas Frentes de Trabalho contra a Seca, para que as mesmas atuem em visitas domiciliares orientando medidas de higiene, aleitamento materno e soro caseiro para as crianças. Tal iniciativa tem grande repercussão, garantindo a redução drástica da mortalidade infantil e, conseqüentemente, a manutenção da contratação das mulheres como agentes de saúde (SILVA; DALMASO, 2002).

A experiência do Ceará é institucionalizada nacionalmente como PNACS e, logo em seguida, é criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991 (ANDRADE, 1997). O PACS foi apresentado como importante estratégia no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar. Sua ação tem por objetivo a integração entre os diversos profissionais, com vistas a ligação efetiva entre a

comunidade e as unidades de saúde. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são pessoas escolhidas entre pessoas da própria comunidade para atuarem junto à população, de acordo com as necessidades locais, ter espírito de liderança e solidariedade, ser recrutado por meio de processo seletivo (BRASIL, 2001).

O PACS tinha o objetivo de desenvolver ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e comunidades tais como: visitas domiciliares, identificação de situação de risco e pesagem de crianças com até dois anos, incentivo ao aleitamento materno, acompanhar a vacinação, orientar a hidratação oral e prevenção à desidratação, acompanhamento da gestação, orientação sobre planejamento familiar, prevenção ao HIV, prevenção e cuidados a situações de endemia, dermatoses e parasitoses em crianças, realizar ações educativas de prevenção ao climatério e o câncer de colo de útero, realizar atividades de educação nutricional e saúde bucal, supervisionar tratamento domiciliar e dos pacientes com tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e doenças crônicas, realizar atividades de prevenção e promoção da saúde do idoso (BRASIL, 2001).

Em sequência, os agentes comunitários de saúde são incorporados no Programa de Saúde da Família, instituído pelo governo federal em 1994, formulado como estratégia de garantir uma “padronização” à organização da Atenção Básica no Brasil, em conformidade com o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1997).

A atuação do ACS no PSF mantém semelhanças com a proposta no PACS, contudo, no documento é destacado o caráter mais amplo na definição dos grupos prioritários, sendo reforçado o papel de promover educação em saúde e mobilização comunitária visando uma melhor qualidade de vida, mediante ações de saneamento e melhorias do meio ambiente. O incentivo à formação de conselhos locais de saúde; orientação quanto à aos serviços de saúde, bem como orientação dos membros destes quando a dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades; é incluído também no processo de programação e planejamento local das ações relativas ao território de abrangência, com vistas a superação dos problemas identificados (BRASIL, 2001).

Como apresentado no item anterior, o processo de implantação da atenção Básica nos anos 1990 no Brasil se dá em meio ao processo de ajuste fiscal, em virtude do capital financeiro sob influência de organismos financeiros internacionais.

É nesse processo que ocorre a institucionalização dos Agentes Comunitários de Saúde e o crescimento da atenção primária seletiva, em detrimento da atenção primária mais abrangente/ integral como proposto em Alma-Ata. A incorporação dos agentes comunitários de saúde se apresenta como uma forma de racionalização dos custos, com o emprego de uma mão de obra barata, com fracos vínculos empregatícios e de baixa qualificação (CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011).

O perfil mediador entre a comunidade e o Estado dos agentes comunitários, na lógica focalizadora, é incorporado subtraindo-se o conflito, a luta social de caráter coletivo e transformador que compunham vários movimentos populares na área da saúde, Assim, incluídos como base para pontes ou elos, alguns atributos presentes nesses movimentos, entre eles a solidariedade, acabam destituídos de seu traço mais potente de transformação (MOROSINI, 2010, p. 179).

Como destacado por Queirós e Lima (2012), no início, o recrutamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) era realizado considerando suas referências comunitárias e do reconhecimento do seu papel de liderança, tendo como ação principal a mobilização popular, sendo esse critério posteriormente alterado apenas para se morador da localidade.

Atualmente, os ACS são a maior categoria de profissionais trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família chegando a mais de 250 mil profissionais no Brasil (MOROSINI et al, 2017). Considerando o contexto de institucionalização dos Agentes Comunitários de Saúde, pode-se atribuir o crescimento do número desses trabalhadores a dois fatores: por um lado, a construção da política de saúde no sentido de romper com o modelo hospitalocêntrico, visando reconfigurar a forma de atenção à saúde no país e avançar na concretização do Sistema Único de Saúde (SUS); de outro, uma política de focalização direcionada a grupos em situação de extrema pobreza, em resposta à intensificação das políticas neoliberais a partir da década de 1990 (CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011).

Os ACS vêm definindo frentes de mobilização com o intuito de fortalecer seu reconhecimento, inserção, regulamentação e valorização. Em 2002, através da lei nº 10.507, foi formalizada a criação da profissão, o aumento da escolaridade e a qualificação em nível técnico. A partir de 2006, foi conquistada a contratação formal e direta pelo Estado, mediante seleção pública, para os ACS e agentes de endemias, garantida pela Emenda Constitucional nº 51, de fevereiro de 2006 (MARTINS, 2014).

Na composição de seu trabalho, definida pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), consta como atribuições específicas dos Agentes Comunitários de Saúde o cadastro de todas as pessoas de sua microárea; orientação das famílias quanto o acesso à rede de serviços; realização de atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; o acompanhamento, por meio de visita domiciliar, de todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade; o desenvolvimento de ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS; o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, o combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Vive-se hoje um momento peculiar na discussão da profissão dos ACS, com o Projeto de Lei Nº 6437/2016, que propõe rever as diretrizes curriculares nacionais do curso técnico, aproximar a categoria dos fazeres dos ACE e definir atribuições específicas desses profissionais. Tal projeto propõe a organização das atividades dos ACS em privativas, supervisionadas e compartilhadas (ampliando o âmbito de atuação com a inclusão de ações de cunho assistencial), bem como propõe uma formação de curta duração, com 40h, para o ingresso no trabalho e cursos de curtos que totalizem 200h mensais, podendo ser desenvolvidas na modalidade EAD.

É reconhecida pelos grupos de pesquisas e movimento dos Agentes Comunitários de Saúde a relevância de um Projeto de Lei que regulamenta as atribuições dos ACS, contudo apontam para a necessidade de reflexões quanto ao proposto (MOROSINI et al, 2017). No que se refere às atribuições profissionais é apresentado que o trabalho do ACS se dá no âmbito de uma equipe de saúde e deve estar articulado a um processo de trabalho coletivo. São apresentados os cinco âmbitos de atuação dos profissionais propondo a categorização das atribuições em três grupos próprios,

Os ACS, a partir de seus respectivos sindicatos municipais/estaduais e da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS), têm conseguido organizar mobilizações nacionais em torno das reivindicações de desprecarização do trabalho e formação profissional. Em maio de 2014 foi aprovada, no Senado, a regulamentação do piso nacional salarial (MARTINS, 2014).

A despeito dos avanços da institucionalização de tal profissional, há constante ameaça a sua continuidade e do foco de suas atribuições. Em 2016 foi publicada pelo Ministério da Saúde a Portaria Nº 958 que alterava a composição da equipe de Atenção Básica, retirando a obrigatoriedade dos Agentes Comunitários de Saúde, podendo esse profissional ser substituído pelo Técnico de Enfermagem (BRASIL, 2016). Com a mobilização do Movimento dos Agentes Comunitários de Saúde, tal portaria foi revogada em poucos dias.

No ano de 2004, o Ministério da Saúde publicou o Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde. Neste documento são apresentadas as diretrizes para a realização dos Cursos Técnicos, bem como é apresentado o Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2004).

O referencial curricular destaca o interesse em formar profissionais com capacidade de aumentar o vínculo entre as equipes de saúde e as famílias/comunidade, de facilitar o acesso dos usuários ao sistema de saúde e de liderança, potencializando à autonomia dos sujeitos em relação à própria saúde e à responsabilização coletiva pela promoção da saúde de indivíduos, grupos e meio ambiente, destacando-se enquanto mediador entre distintas esferas da organização da vida social.

---

compartilhadas e as supervisionadas. Essas últimas se referem à possibilidade de inclusão de ações de assistência, como aferição de pressão e glicose (MOROSINI et al,2017).

Quanto à proposta de processo de formação é destacado que cursos de qualificação inicial e continuada não conferem habilitação profissional, uma vez que não permitem o aprofundamento de conteúdos que promovam a formação crítica e ampliada dos trabalhadores do SUS. Critica-se também a perspectiva de formação via EAD já que o trabalho do ACS como um educador em saúde que desenvolve atividades baseadas na interação e na escuta e no diálogo, sendo fundamental a formação que se desenvolve no encontro entre os educandos, o desenvolvimento da perspectiva da educação popular em saúde que exige uma aproximação às diferentes realidades, mediante a metodologia de construção crítica, reflexiva e compartilhada do conhecimento (MOROSINI et al, 2017).

O perfil de competências profissionais do agente comunitário de saúde foi elaborado mediante um processo de sistematização com participação de grupos de especialistas e trabalhadores e consulta pública e tem por objetivo subsidiar instituições formadoras na elaboração de programas político-pedagógicos de formação (BRASIL, 2004).

Na proposição, competência profissional é compreendida como capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, segundo uma inteligência prática sobre o que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores na mobilização de suas capacidades (ZARIFIAN, 1999 apud BRASIL, 2004).

É destacado que no contexto de consolidação do Sistema Único de Saúde, na busca da reordenação setorial e institucional, as competências profissionais dos trabalhadores de saúde são compreendidas como um dos componentes fundamentais para a revolução qualitativa desejada para os serviços de saúde (BRASIL, 2004).

São apresentadas cinco competências onde cada uma expressa uma dimensão da realidade de trabalho, incorporando cada uma das três dimensões do saber: saber-ser, saber-conhecer e saber-fazer. Segue quadro sistematizando a organização das competências apresentadas:

**Quadro 1** – Competências e Atribuições dos ACS de acordo com o Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde e Política Nacional da Atenção Básica (continua).

| Competências  | Atribuições ACS PNAB   |
|---|--|
| 1. Integração da equipe de saúde com a população local – Desenvolver ações que busquem a integração entre as equipes de saúde e a população adstrita à unidade básica de saúde, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades. | Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;<br><br>Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade; |

**Quadro 1** – Competências e Atribuições dos ACS de acordo com o Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde e Política Nacional da Atenção Básica (conclusão).

| Competências   | Atribuições ACS PNAB  |
|--|---|
| 2. Planejamento e avaliação – Realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adstrição da unidade básica de saúde.   | Trabalhar com a descrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;<br><br>Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;   |
| 3. Promoção da saúde – Desenvolver, em equipe, ações de promoção da saúde visando à melhoria da qualidade de vida da população, à gestão social das políticas públicas de saúde e ao exercício do controle da sociedade sobre o setor da saúde.                  | Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe. |
| 4. Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário – Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco ambiental e sanitário para a população, conforme plano de ação da equipe de saúde.                                  | Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco;  |
| 5. Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades – Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos específicos e a doenças prevalentes, conforme definido no plano de ação da equipe de saúde e nos protocolos de saúde pública. | Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;  |

Fonte: Brasil (2012)

As atribuições dos ACS constroem-se, fundamentalmente, com base na política pública de saúde, a partir da definição das necessidades de atenção, das situações de risco e das atividades educativas. Como apresentado por Vieira, Chinelli e Lopes (2011), isso não os descompromete da população pela qual são responsáveis, contudo de maneira diferente da origem de sua constituição, quando

era um braço do movimento popular. No momento atual, o polo comunidade não é, de forma alguma, abandonado ele é continuamente requisitado como fundamental para a construção do SUS. Porém, o olhar sobre ele ganha uma dimensão diferenciada, que precisa ser reconhecida e problematizada – ele se desenha referenciado pelas políticas sociais do Estado.

Como apresentado por Silva e Dalmaso (2002), é possível classificar o fazer dos agentes comunitários de saúde em dois eixos: técnico e político. O eixo técnico está relacionado ao atendimento de indivíduos e famílias, ao monitoramento de grupos ou de problemas específicos e à intervenção e orientação para a prevenção de agravos. O segundo, político, compreende a inserção da saúde no contexto mais geral de vida, destacando-se a discussão sobre e a organização da comunidade no sentido de transformá-la. É destacado que o caráter político dos ACS possui o potencial de contribuição para alteração do modelo de atenção à saúde.

Muitas vezes contraditória, a integração desses dois aspectos no trabalho dos ACS, é marcada por tensões na prática cotidiana. Integrar os dois polos de trabalho, por exemplo, ao mesmo tempo em que monitoram as questões de saúde da população e intervêm preventivamente aos problemas de saúde, os ACS repensam as necessidades de saúde da população, com base nos contextos e nas condições de vida (VIEIRA, 2011).

Assim, o nível de ação do ACS exige, por um lado, a utilização de tecnologia simplificada no controle da doença. Por outro, exige um conhecimento bastante complexo para acompanhar indivíduos e grupos, no âmbito da identificação de risco ambiental, da promoção da saúde e da prevenção de doenças prevalentes. Este deve ser habilitado a identificar problemas que têm impacto sobre a saúde e o bem-estar da comunidade e a conhecer os recursos necessários para sustentar sua ação e atuação, de forma criativa e autônoma (MENDONÇA, 2004).

Considerando as competências apresentadas, buscaremos debatê-las a luz dos conceitos relevantes para as práticas dos agentes comunitários de saúde. Não é objetivo dessa revisão o resgate profundo dos conceitos, sendo um recurso para subsidiar o debate que será feito na discussão dos resultados produzidos.

### *3.3.1 A mediação entre a equipe de saúde e usuários/ unidade de saúde da família e território de referência*

A mediação é necessária nas sociedades complexas desiguais que possuem heterogeneidade sócio- cultural, onde no transito entre os mundos socioculturais os indivíduos são expostos a experiências muito diferenciadas. Tem-se, portanto, que alguns indivíduos desempenham papel de mediadores entre os mundos (VELHO; KUSCHNIR, 2001).

Os mediadores são indivíduos que lidam com vários códigos e vivem diferentes papéis sociais. A sua atuação tem, portanto, potencial de alterar fronteiras, com o seu ir e vir, comunicando valores. É um agente de mudança quando, através de seu cosmopolitismo objetivo e/ou subjetivo, traz, para o bem ou para o mal, informações e transmite novos costumes, hábitos, bens e aspirações . A mediação é um fenômeno fundamental não só ao estabelecer pontes entre diferentes, mas ao reinventar códigos, redes de significados e relações sociais, importante para a expansão e desenvolvimento de uma nova e mais complexa concepção de cidadania (VELHO; KUSCHNIR, 2001).

Assim, como destacado pelo autor, a mediação pode ter um caráter criador, mas também há a possibilidade de mediações que fazem a manutenção do status quo, num processo de controle de informações e valores (VELHO; KUSCHNIR, 2001).

No caso dos agentes comunitários de saúde, esses são apresentados como estratégicos no que se refere às trocas de experiências estabelecidas, especialmente entre os saberes populares e os conhecimentos médico-científicos (NUNES; ALMEIDA, 2002). Ao mesmo tempo em que a mediação é destacada como central no trabalho dos ACS, onde o seu caráter relacional seria central, existe uma crítica a essa consideração. Acredita-se que ao se ressaltar o papel mediador do ACS tenderá a afastá-lo do principal atributo de sua atividade que é a de ser um trabalhador que, por vivenciar e compreender a cultura local com possibilidade de traduzir s anseios e da população com a qual convive, assim seu principal saber é a inserção social (VIEIRA, 2012).

### 3.3.2 Território e Territorialização

A geografia de um lugar é formada por fluxos e fixos. Os fixos, representados pelas casas, ruas, fábricas, igrejas etc, contudo, são os fluxos que dão vida aos objetos (BARCELLOS; MOREIRA; MONKEN; 2008) que devem ser entendidos a partir do contexto dos lugares.

Esses são as condições objetivas e subjetivas da vida de um lugar, que podem influenciar ou condicionar de forma direta ou indireta as pessoas e objetos, dependendo de como elas estão localizadas no território, do ponto de vista social, econômico, político, cultural etc.

Assim, as ações de saúde devem ser guiadas pelas especificidades dos contextos dos territórios da vida cotidiana que definem e conformam práticas adequadas a essas singularidades, garantindo com isso uma maior e mais provável aproximação com a produção social dos problemas de saúde coletiva nos diversos lugares onde a vida acontece.

Para compreender os contextos sociais onde acontecem as relações humanas é necessário entender as práticas cotidianas baseadas em determinadas regras sociais e recursos implicados na relação entre pessoas e coletividades. Por exemplo, as unidades de saúde e outros objetos construídos como recursos socioculturais de integração social e com o sistema como um todo (instituições, firmas, governo municipal, estadual e federal, por exemplo) ou locais para rotinas socioculturais principais, como, por exemplo, as igrejas, entidades civis (associações de mães, moradores, etc.) clubes e outros (BARCELLOS; MOREIRA; MONKEN; 2008).

A adscrição é uma diretriz da Atenção Básica, diz respeito ao território sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território. É destacado que adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2012). Na política de

saúde, os territórios são identificados a partir das seguintes divisões: território-distrito; território-área; território-microárea e território-moradia.

A operacionalização desses territórios tem a territorialização como pressuposto. Essa, no campo da saúde pública, pode ser compreendida como:

Um processo de habitar e vivenciar um território; uma técnica e um método de obtenção e análise de informações sobre as condições de vida e saúde de populações; um instrumento para se entender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas (econômicos, sociais, culturais, políticos etc.); um caminho metodológico de aproximação e análise sucessivas da realidade para a produção social da saúde (MONKEN; GONDIN, 2009, p. 397).

O reconhecimento desse território pelos profissionais de saúde, intervindo na vida cotidiana de comunidades, é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas e necessidades de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Além disso, permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população.

### *3.3.3 Promoção da saúde; Processo Saúde-Doença; Educação em Saúde*

Ainda que a Estratégia de Saúde da Família apresente como atribuição de todos os profissionais a mobilização e participação da comunidade, é destacado como sendo papel dos ACS a aproximação com a comunidade. Compreende-se que o trabalho educativo pode ser de grande valor no processo de mudança do modelo de atenção, na medida em que pode fortalecer a autonomia da população e a expressão de suas necessidades, sua organização e humanização.

Tradicionalmente, as condições e as razões que levam as pessoas a adotar estes comportamentos ou atitudes ficam à margem das preocupações da maioria dos profissionais dos serviços e dos técnicos com responsabilidade gerencial. São dimensões que estão “fora” do setor saúde.

As necessidades de saúde são, necessidades de milhões de indivíduos ao mesmo tempo em que necessidades coletivas, somente podendo ser satisfeitas

como necessidades sociais. Contudo, a questão que se coloca é como organizar as práticas de saúde de modo a contemplar a dialética do individual e do coletivo.

É destacada a metodologia da Educação Popular como base para a uma mediação transformadora na abordagem dos problemas de saúde, necessária para a reorganização dos serviços de saúde. As experiências de Educação Popular em Saúde são voltadas para a superação do fosso cultural existente entre os serviços de saúde, as organizações não governamentais, o saber médico e mesmo as entidades representativas dos movimentos sociais de um lado e, de outro lado, a dinâmica de adoecimento e de cura do mundo popular (STOTZ; DAVID, WONG, 2005).

Nesse sentido, além de mudanças na forma da atuação clínica, garantindo acolhimento e humanização do atendimento, a equipe de saúde precisa incorporar novas práticas, baseadas num processo educativo. Sem isso, parece que dificilmente conseguirá atuar efetivamente na promoção da saúde, da qualidade de vida e da cidadania, correndo o risco de reproduzir modelo tradicional em nova roupagem. A incorporação desse conceito ampliado de saúde e a atuação nos fatores determinantes e condicionantes da saúde vão levar os profissionais necessariamente a ações intersetoriais e à participação popular. (ALBUQUERQUE 2008).

Certamente, o alcance de iniciativas de educação popular será tanto maior quanto mais estiveram articuladas em redes sociais. A interação social e, portanto, a comunicação dialógica, é imprescindível para lidar com a complexidade, a incerteza e o elevado impacto das ações de saúde. O resultado deste processo no âmbito dos serviços e do sistema de saúde será a produtividade social, porque os recursos públicos, orientados de modo a garantir ações de saúde integral, resultarão de fato nas melhores formas de encaminhar os problemas de saúde e de garantir qualidade de vida à população (STOTZ; DAVID, WONG, 2005).

#### *3.3.4 Integralidade*

Se é possível para fins de debate a divisão em partes dos saberes e habilidades presentes na prática dos agentes comunitários de saúde, é importante

destacar que operacionalizam de maneira integrada no processo de cuidado. É destacado o cuidado integral como uma das principais diretrizes da Atenção Básica no Brasil, assim, buscaremos apresentar a noção de integralidade como integradora do trabalho do agente comunitário de saúde e da APS no Brasil.

Mattos (2014) destaca atenção integral como sendo uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde e apresenta três sentidos para esse conceito, a saber: a integralidade como um atributo das práticas de saúde; a integralidade como modo de organizar as práticas; a integralidade e as políticas especiais como forma do governo dão respostas a específicos problemas de saúde. Assim, a integralidade é apresentada como imagem objetivo do sistema de saúde e das práticas de nele desenvolvida. Destacaremos aqui o primeiro sentido.

O primeiro sentido tem origem no movimento internacional de questionamento na prática médica tradicional que, como forma de superação, propõe a medicina integral. A crítica tinha como mote a oposição o referencial flexineriano de organização dos currículos, o que gerou o processo de proposição de currículos em novas bases. Questionava-se assim o que era considerado básico quer pela introdução de outros conhecimentos relativos ao adoecimento e à relação médico paciente, bem como relativos à sociedade e aos contextos culturais; como também se buscou enfatizar o ensino nos ambulatórios e nas comunidades, lugares que, ao contrário das enfermarias, permitem mais facilmente o exercício de apreensão do contexto de vida dos pacientes. Assim, a integralidade nessa proposta era compreendida pela recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e, portanto, a queixa desse paciente (MATTOS, 2014).

No Brasil, a medicina integral, ao entrar em contato com o movimento preventivista, compreendeu a fragmentação e reducionismo como tendo sua origem não apenas na formação/currículo, mas como sendo algo da base do saber médico, de sua racionalidade. Assim, para se atingir a integralidade seria necessário superar alguns limites dessa medicina anátomo-patológica e, portanto, dessa racionalidade médica (MATTOS, 2014).

Nesse sentido, cabe defender a integralidade como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se

expressa na forma como os profissionais respondem as pessoas que os procuram (MATTOS, 2014).

A resposta à procura de cuidado deve compreender o problema que o motivou, mas também deve buscar ofertar outros cuidados relacionados a outros aspectos da vida das pessoas, desenvolvendo assim, uma ação de caráter preventivo, a fim de precaver que outros fatores produzam problemas na saúde (MATTOS, 2014).

Contudo, não se trata apenas de ofertar ações preventivas não demandadas referenciadas em condutas e protocolos, mas de se adotar uma postura que identifica a partir do conhecimento técnico as necessidades de prevenção e as assistenciais, e que seleciona as intervenções a serem ofertadas no contexto de cada encontro (MATTOS, 2014).

Mattos (2014) destaca que essa ação implica duas coisas: uma apreensão ampliada das necessidades do sujeito, que englobe tanto as ações de assistência como as voltadas para a prevenção de problemas futuros; e a capacidade de contextualizar adequadamente as ofertas a serem feitas àquele sujeito, de modo a identificar os momentos propícios a tal oferta.

Tradicionalmente o conceito de necessidades em saúde tem sido o operacional, associando necessidades ao consumo de um serviço de saúde, geralmente uma consulta médica. Nessa compreensão as necessidades de saúde são entendidas como falta de algum procedimento para se adquirir a saúde. Limitadas a essa dimensão, a saúde se reduz aos aspectos fisiopatológicos, as disfunções do corpo e da mente (STOTZ, 1991 apud MATTOS, 2014).

Dar conta das necessidades de saúde de forma mais ampla é uma das perspectivas na proposta de modelo assistencial colocadas no movimento de Reforma Sanitária em seu projeto de democratização da saúde como uma determinada forma de distribuir o poder na saúde capaz de, em última instância, favorecer a melhoria das condições de vida e de trabalho da maioria da população (STOTZ, 2004).

As necessidade de saúde, como apresentadas por Eduardo Stoz (2004), se situam nas necessidades sociais mais gerais, mas, ainda que sejam determinadas e

constituídas social e historicamente, só poderão ser apreendidas em sua dimensão individual, expressando a relação entre o individual e coletivo.

Cecílio (2009) apresenta uma categorização das necessidades de saúde em quatro grandes grupos: o primeiro denominado de *boas condições de vida* diz respeito aos fatores que determinam o processo saúde-doença. O segundo compreende a necessidade de ter se ter acesso a tecnologias de saúde que possam garantir e prolongar a vida. O terceiro se refere a necessidade de criação de vínculos (a) efetivos entres os profissionais de saúde e os usuários. O quarto e último diz da necessidade de aquisição de graus crescentes de autonomia para que as pessoas possam levar suas vidas de modo a poderem se reconstruir os sentidos de sua vida incluindo a capacidade de luta pela satisfação das demais necessidades.

Assim, a capacidade dos profissionais de saúde em “escutar as necessidades de saúde” tem o potencial de ampliar as intervenções. Essa capacidade necessita, portanto, de diferentes habilidades e saberes a fim de produzir a mudança no foco dos serviços e das ações para as necessidades individuais e coletivas dos usuários, produzindo relações de acolhimento, vínculo e responsabilização (MEHRY; FRANCO, 2003).

Assim, a integralidade está relacionada aos encontros entre equipe de saúde e as pessoas, ou seja, é uma prática intersubjetiva nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos.

Práticas intersubjetivas envolvem necessariamente uma dimensão dialógica. Isso confere às práticas de saúde um caráter de prática de conversação, na qual nós, profissionais de saúde, utilizamos nossos conhecimentos para identificar as necessidades de ações e serviços de saúde de cada sujeito com o qual nos relacionamos, para reconhecer amplamente os conjuntos de ações que podemos pôr em prática (incluindo ações como o aconselhamento e as chamadas práticas de educação em saúde) para responder as necessidades que apreendemos. Mais do que isso, defender a integralidade nas práticas é defender que nossa oferta de ações deve estar sintonizada com o contexto específico de cada encontro (MATTOS, 2004, p. 1414).

Como destaca Mattos (2014), não se trata de apreender tudo; não se trata de uma postura holística. Trata-se mais de um exercício de seleção negociada

relevante para a construção de um projeto de intervenção de dar oportunamente respostas ao conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde.

Paulette Albuquerque (2003), ao realizar uma revisão da literatura sobre a integralidade apresenta uma síntese:

- a) integração de ações preventivas, de promoção da saúde, curativas e reabilitadoras; b) na garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema, bem como na horizontalização das ações, fazendo com que cada nível incorpore as ações de promoção, proteção, prevenção e reabilitação; c) na visão integral do indivíduo e da família, na comunidade, unindo interdisciplinarmente os saberes técnicos necessários a cada situação e o saber popular; d) no desenvolvimento de ações intersetoriais na comunidade, criando e reforçando os canais de participação popular e de construção de cidadania; e) No processo de gestão da atenção à saúde, juntando vigilância, planejamento e implementação de ações na comunidade (ALBUQUERQUE, 2003, p. 35).

A autora, por fim, apresenta uma síntese sobre a compreensão proposta:

A integralidade como um princípio pelo qual as ações relativas à saúde devem ser efetivadas, ao nível do indivíduo e da coletividade, buscando atuar nos fatores determinantes e condicionantes da saúde, garantindo que as atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde sejam efetivadas de forma integrada, nos diversos níveis de complexidade do sistema, numa visão interdisciplinar que incorpore na prática o conceito ampliado de saúde e possibilite a participação popular (ALBUQUERQUE, 2003, p 36).

Tais conceitos serão retomados na discussão a fim de debater os saberes dos Agentes Comunitários de Saúde que são objeto da aprendizagem dos estudantes.

## 4 METODOLOGIA

A proposta metodológica do estudo está situada no campo dos estudos qualitativos em saúde, tendo caráter de pesquisa descritiva. Como apresentado por Minayo (1992), a abordagem qualitativa se refere aos estudos que tem como objetivo investigar, interpretar os produtos que os humanos fazem de si e a respeito de como vivem, sentem, pensam e constroem seus artefatos e a si mesmos. Eles atestam que nenhum processo e produto são apenas funções técnicas, mas frutos de negociações de sentidos a partir das interações, superando, portanto, o falso objetivismo científico, tão caro ao campo da saúde.

Trata-se, portanto, de um modo de fazer pesquisa que investe em um tipo de objeto que dificilmente pode ser traduzido em relações quantitativas ou numéricas. Tem como objetivo oferecer outros instrumentos de análise que permitem, não apenas analisar a produção, mas como se produz (MINAYO, 1992).

Em afinidade com essas compreensões, o referencial teórico metodológico que guiou essa pesquisa se situa na perspectiva das *práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano* (SPINK, 2014).

Nessa perspectiva, o *sentido* é compreendido como um empreendimento coletivo, interativo, por meio do qual as pessoas – na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas – constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta, sendo uma prática social, dialógica, que implica a linguagem em uso, sendo definida a partir de três dimensões básicas: linguagem, história e pessoa (SPINK, 2014).

A concepção de linguagem adotada esta centrada na *linguagem em uso*. Nessa, busca-se abordar a linguagem como prática social, trabalhando com os seus efeitos performáticos e suas condições de produção, entendidas tanto como contexto social interacional quanto em referência às suas construções históricas. A partir dessa compreensão, é feita uma diferenciação entre os conceitos de discurso e práticas discursivas (SPINK, 2013).

O discurso, diferenciando-se das práticas discursivas, remete às regularidades linguísticas, aos processos instituídos, sendo essa regularidade

presente tanto no nível macro dos sistemas políticos e disciplinares, como no nível mais restrito de grupos sociais. Sendo institucionalizado, há uma tendência à permanência no tempo, embora o contexto histórico possa mudar radicalmente os discursos (SPINK, 2013).

Por sua vez, o conceito de práticas discursivas remete aos momentos de ressignificações, de rupturas, corresponde aos momentos ativos do uso da linguagem, nos quais convivem tanto a ordem como a diversidade. Podem ser definidas como as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam nas relações sociais cotidianas (SPINK, 2013).

Ou seja, a investigação de referência na linguagem, a análise do discurso ou das práticas discursivas, é, antes de tudo, uma questão de foco, de distinção entre o que se elege como figura/fundo.

Mesmo compreendendo os processos de ressignificações, rupturas e produções presentes na linguagem em uso, a perspectiva das práticas discursivas considera que o mundo social tem uma história, dessa forma, trabalhar no processo de produção de sentidos implica em retomar também a linha da história, de modo a entender a construção social dos conceitos que utilizamos no processo cotidiano de dar sentido ao mundo (SPINK, 2013).

É importante destacar que esse processo não se restringe às produções orais. Um texto escrito, por exemplo, constitui uma prática discursiva impressa, um elemento de comunicação verbal que provoca discussões ativas: pode ser elogiado, comentado, criticado, pode orientar trabalhos posteriores (SPINK, 2013).

No processo de investigação das práticas discursivas três são as noções de *tempos históricos* propostos: o tempo longo, que marca os conteúdos culturais, definidos ao longo da história; o tempo vivido, das linguagens sociais aprendidas pelos processos de socialização, e o tempo curto, marcado pelos processos dialógicos. Essa proposição tem como objetivo trabalhar as práticas discursivas em diferentes níveis, buscando apreender a cristalização em discursos institucionalizados, as posições socialmente disponíveis e as estratégias linguísticas utilizadas para nos posicionar na interação. Possibilita, portanto abordar o paradoxo de enunciados que pertencem concomitantemente à ordem das regularidades,

possibilitando visualizar as permanências que sustentam o compartilhamento, e à da polissemia dos repertórios, que sustenta a singularidade dos processos de produção de sentido (SPINK, 2013).

Por fim, a noção de *pessoa*. A adoção do conceito de pessoa é proposta como superação das noções presentes na pesquisa social que se situam nas dicotomias sujeito-objeto, indivíduo-sociedade. A pessoa, que, em última análise, pertence ao tempo longo da história, é localizada no jogo das relações sociais, está inserida num constante processo de negociação, desenvolvendo trocas simbólicas, num espaço de intersubjetividade ou, mais precisamente, de interpessoalidade (SPINK, 2013).

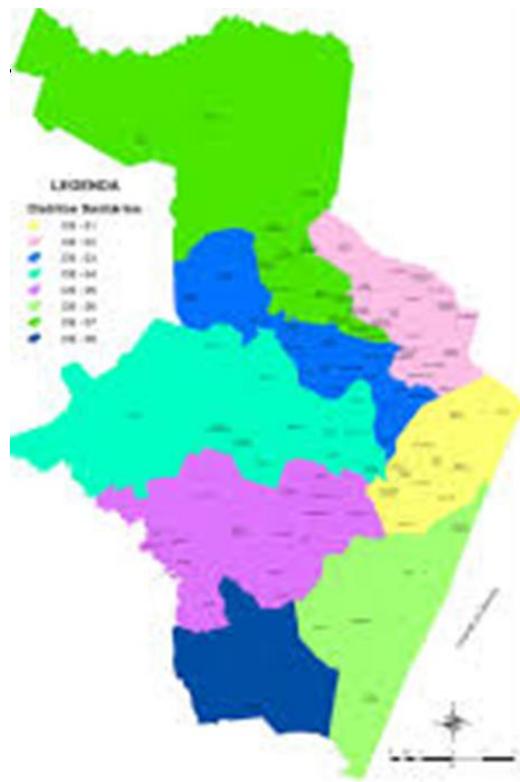
Diante do exposto, essa pesquisa ao buscar analisar O lugar dos agentes comunitários de saúde na formação dos profissionais saúde à nível de graduação não teve como figura os processos oficiais ou disciplinares, mas a investigação de como esses processos têm se construído no cotidiano, buscando identificar os movimentos, negociações e tensões presentes, referenciando-os nos processos historicamente instituídos.

Partindo dessa perspectiva teórico-metodológica, o estudo aqui proposto teve como campo de produção de sentido “dados” o território de três Distritos Sanitários (DS) do município de Recife e dois cursos de saúde da Universidade de Pernambuco (UPE) localizados na Região Metropolitana do Recife.

O município de Recife é uma cidade da região nordeste do Brasil e tem um total de 1.625.583 habitantes (IBGE, 2016). No processo de organização territorial no setor saúde, recentemente houve nova territorialização e a cidade foi dividida em oito distritos sanitários, que totalizam 251 Equipes de Saúde da Família.

Na Rede de Saúde de Recife a inserção das instituições de ensino é realizada a partir de um processo de territorialização dos campos de prática e formação. Cada Instituição de Ensino Superior tem um território de referência para a inserção dos estudantes nos serviços como intuito de promover a corresponsabilidade sanitária do território de referência. A Universidade de Pernambuco tem como territórios de referência para inserção de estudantes os serviços dos DS II, III e VII.

**Figura 2** – Organização territorial da cidade do Recife- Distritos Sanitários



Fonte: Recife (2014)

Considerando tal organização, foram realizados três grupos com os Agentes Comunitários de Saúde, um em cada distrito sanitário. Foram definidas três USF'S que são cenários de aprendizagem para os estudantes dos cursos de saúde da UPE a partir dos seguintes critérios: possuir histórico de receber estudantes e disponibilidade para tal participação. Foi solicitado aos coordenadores distritais de integração ensino-serviço que indicassem os serviços de saúde. Após indicação, a pesquisadora fez contato com representante do serviço (os enfermeiros) e com alguns dos Agentes Comunitários de Saúde para apresentação dos objetivos da pesquisa e agendamento de data para realização dos grupos.

Assim, os três grupos realizados contaram, no total, com a participação de 12 Agentes Comunitários de Saúde. Dois dos grupos contaram com Agentes Comunitários de uma mesma Equipe de Saúde da Família, em apenas um dos grupos houve a participação de ACS de diferentes equipes de um mesmo distrito sanitário. Foram realizados no espaço de três Unidades de Saúde da Família, contou com a participação da pesquisadora, que coordenou o grupo e de uma

colaboradora, que auxiliou no registro de informações e com questões operacionais. Os grupos com os Agentes Comunitários de Saúde seguiram um roteiro semiestruturado (APÊNDICE A).

Ressaltamos que a opção por realizarmos de grupos justifica-se pela compreensão desses como espaços interativos semelhantes às situações do cotidiano, mesmo que artificial. Trata-se de um contexto interativo que possibilita a circulação de repertórios oriundos dos três tempos históricos apresentados, sendo espaços nos quais é possível assumir posições, compartilhar experiências, fazer negociações e coproduzir sentidos (SPINK, 2014).

A Universidade de Pernambuco (UPE) é uma instituição de ensino, pesquisa e extensão, com função político-social de formar profissionais cidadãos para atuarem e promoverem mudanças na sociedade. Em 1990, foi publicada portaria que criou a Fundação Universidade de Pernambuco, entidade pública mantida pelo erário estadual. Tem estrutura de ensino multicanais com unidades em regiões geográficas diferenciadas, tanto na capital como no interior, com características peculiares, tendo em vista a oferta de ensino superior nas diversas regiões do estado de Pernambuco (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, 2013).

A UPE possui dois campus com cursos na área da saúde na Região Metropolitana do Recife (Campus Santo Amaro e Campus Camaragibe), contemplando os seguintes cursos: Medicina, Enfermagem, Saúde Coletiva, Educação Física, Ciências Biológicas e Odontologia. Como apresentado, o cenário das unidades de saúde investigados são cenários de aprendizagem dos diversos cursos de saúde da UPE, assim compreendemos que os resultados produzidos atravessam a todos, preservando as particularidades. Contudo, com a finalidade de garantir um maior aprofundamento da investigação, foram definidos dois cursos para realização de entrevistas e grupos com os docentes e estudantes, respectivamente, bem como analisados os currículos e outros instrumentos pedagógicos de planejamento e acompanhamento.

Assim, foram definidos os cursos de medicina e saúde coletiva. Essa definição teve como critério o fato dos cursos possuírem diferente caráter de atuação profissional, o primeiro com a responsabilidade assistencial e outro de atuação na gestão dos serviços e sistema de saúde. Destaca-se também serem o

mais antigo e o mais recente cursos, respectivamente, da Universidade de Pernambuco.

Como instrumentos ou ferramentas de produção de dados, foram realizadas entrevistas com os docentes dos cursos de medicina e saúde coletiva da UPE e grupos com os estudantes dos mesmos cursos. Seguiu roteiro semiestruturado (APENDICE A).

Destacamos a relevância das entrevistas como uma forma de acesso às práticas discursivas de um grupo ou sociedade e permite perceber as práticas sociais no processo de coprodução da realidade (SPINK, 2014).

Considerando o referencial teórico-metodológico aqui apresentado, as entrevistas e grupos foram analisados em diálogo com os currículos dos cursos de saúde incluídos nesse estudo. O currículo se caracteriza como uma prática cultural, histórica e socialmente condicionada às políticas, processos administrativos e institucionais, culturais, filosóficos, teóricos (epistemológicos, científicos, pedagógicos etc.) e códigos curriculares traduzidos em diretrizes para a prática pedagógica, sendo permeado por valores, concepções, crenças e (pré) conceitos, acerca do aluno, do ensino e da aprendizagem; por conseguinte, o currículo como elemento constituinte e construtor da escola, é instância viva de todo esse processo (BRAID; MACHADO; ARANHA, 2012).

Os grupos e entrevistas foram registrados por gravação após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM/FIOCRUZ-PE sob o Número do Parecer PlaBr 1.861.058.

A análise proposta seguiu a formulação de *mapa de associação de ideias* (SPINK, 2014).

Os mapas de associação de ideias constituem um instrumento de visibilidade dos conteúdos interpretativos, das rupturas, do processo de produção, das disputas e negociações de sentidos. Visualmente é um quadro com linhas e colunas que, em geral, é organizado de acordo com: a) os objetivos do estudo em questão – que também podem orientar a definição dos temas/categorias; b) os temas identificados na transcrição sequencial; e c) e o que for relevante para análise. A elaboração dos

mapas de associação de ideias é realizada a partir de duas etapas: 1) a transcrição sequencial (TS) e 2) a transcrição integral (TI) (SPINK, 2014).

A transcrição sequencial é a aproximação com o material a ser analisado e auxilia na definição dos temas ou categorias para uso no mapa. Ela é feita a partir da identificação das falas e vozes presentes no áudio, imagens ou textos. Não se trata de uma transcrição completa da fala, mas versa, portanto, sobre a conversa e como ela acontece (SPINK, 2014).

Assim, na transcrição sequencial foram definidos cinco grandes temas: Organização para inserção dos estudantes; Saberes dos ACS's; Fazeres dos ACS's; e Interação dos estudantes com os ACS's e território, O papel de educadores dos ACS's.

A transcrição integral do áudio ou vídeo incluiu todas as falas e expressões comunicadas, ou seja, é feita de forma literal, de modo a preservar o discurso original do contexto de pesquisa. Temos assim quem fala sobre o que fala e como cada um/a fala (SPINK, 2014).

Uma vez definidos os temas e categorias, estes foram utilizados em todos os mapas dialógicos.

#### **4.1 Considerações Éticas**

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães, seguindo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (Resolução Nº 466/12), tendo sido aprovada pelo parecer em anexo (ANEXO A).

De todo modo, três estratégias são destacadas com vistas a garantir um maior respeito em relação aos informantes, considerando implicações e cuidados éticos na condução das entrevistas e grupos focais, a saber:

Consentimento de consentimento livre e esclarecido, que consiste na solicitação dos (as) informantes e as instituições de um consentimento, por escrito, de que eles(as) se dispõem a colaborar com o estudo e autorizam o uso do material discursivo e documental produzido durante a pesquisa ou fornecido pelos

informantes. Esse acordo selado é, obviamente, passível de ser revisto durante o desenvolvimento da pesquisa; é um direito que assiste aos informantes (APÊNDICE B).

Anonimato – mesmo obtendo, por partes dos(as) informantes, autorização para uso e referência aos relatos e opiniões, isso não isenta a necessidade de manter em sigilo a identificação dos(as) participantes. Pretende-se solicitar-lhes nomes pelos quais eles gostariam de ser identificados;

Resguardo das relações de poder abusivo – consiste numa relação de confiança entre pesquisador(a) e participantes, considerando que não há, nem deve haver relações hierárquicas, nem abuso de poder dos pesquisadores(as) no trato com os informantes, ou seja, que o(a) pesquisador(a) não se deixe levar pela curiosidade pessoal, respeitando, inclusive, o direito de não resposta por parte do entrevistado(a).

A participação neste estudo não trará nenhuma ameaça a integridade física, social dos participantes. Se por ventura, algum desconforto moral/emocional ocorrer ou for relatado pelo participante será interrompida a entrevista/ grupo e o material deles decorrentes serão descartados. As informações fornecidas nessa pesquisa serão úteis para a produção de conhecimento na área da saúde, ofertando também benefícios aos participantes por ser um momento de reflexão sobre suas práticas.

A pesquisadora assumirá a responsabilidade quanto ao uso apropriado dos dados apenas para a investigação e publicações dela decorrente.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A apresentação dos resultados e a discussão aqui realizada se basearam nos objetivos específicos propostos nessa pesquisa, estando organizado em quatro tópicos: o cenário de aprendizagem da atenção primária em saúde e a integração com os agentes comunitários de saúde; os fazeres e saberes da prática dos agentes comunitários de saúde que são objeto do ensino-aprendizagem dos estudantes; a experiência dos estudantes no território e no contato com os agentes comunitários de saúde; a relação dos agentes comunitários de saúde e a universidade: os aspectos organizativos e o reconhecimento desses como educadores.

Em cada tópico foram discutidos os resultados produzidos nas entrevistas com os docentes, estudantes e agentes comunitários de saúde, bem como nos documentos e instrumentos dos cursos de graduação em medicina e saúde coletiva da Universidade de Pernambuco.

### **5.1 O cenário de aprendizagem da Atenção Primária e a integração com os Agentes Comunitários de Saúde**

Nesse tópico serão apresentados os cursos de graduação de medicina e saúde coletiva, os momentos de inserção dos estudantes no cenário da atenção primária, destacando-se a integração com os agentes comunitários de saúde, bem como as estratégias de ensino- aprendizagem que norteiam tal inserção/integração.

As estratégias de ensino-aprendizagem dizem respeito aos conteúdos, momentos e metodologias desenvolvidas no processo de ensinar e aprender. Estas podem ter um caráter teórico, prático e vivencial, mediados por instrumentos e tecnologias.

O Curso de Medicina da UPE integra a Faculdade de Ciências Médicas – (FCM). A faculdade tem seu reconhecimento no ano de 1951 e o curso de medicina no ano de 1953. O Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de Medicina mais recente é do ano de 2016, estando atualizado à Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014 do Ministério da Saúde, que define as novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina. No PPC é destacado o pioneirismo do curso de medicina e a sua contribuição nos processos nacionais de definição das diretrizes para a

formação médica no Brasil (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, 2016). São destacados os programas nacionais de indução da formação nas mudanças curriculares do curso de medicina como o Pet – Saúde.

É apresentado como perfil do profissional egresso o médico generalista, com visão humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar com princípios éticos, no processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção. Que desenvolva ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com responsabilidade social e compromisso com a cidadania (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, 2016).

O currículo de medicina da FCM/UPE é estruturado tendo como base três eixos: o Teórico-Demonstrativo, o Humanístico e o Prático Construtivista. Considerando os objetivos dessa pesquisa, as atividades aqui analisadas compreenderão o terceiro eixo, particularmente as atividades do primeiro ano.

O primeiro ano do curso médico tem como tema principal a Promoção à Saúde. Os dois primeiros semestres têm como cenários de aprendizagem as Unidades Básicas de Saúde - UBS, junto às Equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários II, III e VII, o Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM) e a Creche da UPE (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, 2008).

O módulo Atenção Primária à Saúde I desenvolve-se predominantemente na área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde onde se realizam ações da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Programa de Saúde Ambiental (PSA). Ao entrar em contato com a realidade de vida das comunidades, os estudantes são estimulados a refletir sobre:

- a) o conceito ampliado de saúde e do processo saúde-doença; conceito de território; as condições de vida; a relação do ambiente com a saúde e a complexidade da causalidade da saúde; o perfil epidemiológico local; b) os princípios do sistema único de saúde; a organização do serviço de saúde para a atenção primária; sua base legal e os níveis de prevenção; c) os direitos humanos à saúde, no âmbito individual e coletivo; o papel dos profissionais de saúde na atenção primária e d) informação, comunicação e educação em saúde (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, 2017a).

O módulo de Atenção Primária à Saúde II é apresentado pela docente da seguinte forma:

O módulo, ele tem participação, hoje, de quatro disciplinas né, até pouco tempo três disciplinas, que era puericultura, tocoginecologia e saúde coletiva. Hoje, agora foi contratado um médico pra atuar como representante da disciplina de medicina, família e comunidade, que, assim, tá chegando, recém-chegado, né? Então até esse momento ele, a gente funcionava com a formação de saúde coletiva. Então o módulo, ele se inicia com quatro aulas teóricas sobre, duas sobre pré-natal e duas sobre puericultura, os cuidados iniciais da criança, uma criança recém-nascida, vacina, a puericultura em si né, os cuidados com alimentação, amamentação. E na parte da obstetrícia né, sobre as situações normais do pré-natal, pré-natal de baixo risco, os cuidados com a gestante e o planejamento familiar. A gente trabalha na saúde coletiva com a organização mesmo do programa de saúde da família, o processo de trabalho das equipes, as atribuições de cada profissional. Em seguida, assim, a organização mesmo do trabalho em equipe, acolhimento, o processo de visita domiciliar, a gente trabalha também, agora a gente incorporou algumas ferramentas da abordagem familiar, que é o Genograma, o Ecomapa, o Modelo de Calgary e a Escala de Coelho e Savassi. Aí a gente trabalha também a atividade educativa, assim, como desenvolver uma atividade educativa que não seja meramente uma palestra, então a gente faz toda essa crítica à forma do conhecimento bancário e tenta introduzir, bem de uma forma bem leve, a umas questões relacionadas à educação popular. E a gente tem uma ênfase também bem importante na questão da comunicação, quer dizer, na formação do estudante pra poder aprender a falar com o usuário né, conversar, se portar dentro da visita domiciliar, dentro da própria atividade educativa né, da vacina, em todos os ambientes em que ele vai tá atuando (Docente Medicina).

O módulo de APS II desenvolve-se a partir da observação e da vivência em Unidades de Saúde da Família (USF), na Creche Prof. Francisco do Amaral Lopes, PCR/UPE, e na maternidade do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM-UPE) (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, 2017b).

No cenário das USF os estudantes são acompanhados pelos agentes comunitários de saúde, conforme apresentado pela docente do curso:

Tem agente comunitário como o preceptor responsável por todos eles, e o agente comunitário acompanha cada um em três visitas domiciliares a cada mês, então são nove visitas no semestre, pelo menos. Então eles acompanham os agentes no ritmo que eles fazem, de uma visita por mês, então fazem três visitas no primeiro mês, três visitas no segundo mês, as

mesmas famílias, e três visitas no terceiro mês as mesmas famílias (Docente Medicina).

A abordagem metodológica proposta encontra-se ancorada na problematização, buscando a construção do conhecimento a partir da reflexão da realidade vivenciada, da incorporação de diversas técnicas pedagógicas: exposição dialogada, leituras de texto, oficinas e exercícios, trabalhos em pequenos grupos, discussão de situações saúde-doença, acompanhamento das atividades práticas (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, 2016).

É também momento do curso de medicina em que os estudantes desenvolvem atividades na Atenção Primária em Saúde o internato médico, estágio curricular supervisionado. No curso de medicina o internato médico está dividido em duas fases: o primeiro ano realizado preferencialmente na rede SUS e o segundo ano no Complexo Hospitalar da UPE, também integrante da rede SUS (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, 2016).

No internato médico, a inserção dos estudantes no cenário da atenção primária é obrigatória entre os rodízios, conforme definido nas Diretrizes Curriculares Nacionais. Contudo, nesse momento, a inserção dos estudantes é mediada principalmente pelo profissional de medicina da Unidade de Saúde, sendo a ação centrada nas atividades assistenciais médicas.

O curso de graduação em Saúde Coletiva da UPE é o mais recente curso de saúde de seu campus Santo Amaro, criado no ano de 2013, sendo o primeiro implantado no estado de Pernambuco e o terceiro do nordeste brasileiro.

O debate sobre a criação da graduação em saúde coletiva no Brasil remete à década de 1980, quando os movimentos de saúde debatiam o fortalecimento do ensino da Saúde Coletiva nas graduações das profissões de saúde. Nos anos seguintes ao debate, contudo, produziu a expansão das pós-graduações em saúde coletiva. Bosi e Paim (2010) destacam que, mesmo sendo hoje uma realidade, a formação de sanitaristas em nível de graduação ainda é tema de debate quanto à pertinência de tal estratégia e o seu processo de profissionalização. Contudo, “tal modalidade de formação inegavelmente adere à consolidação do SUS, cuja

estabilidade requer profissionais com perfis não visíveis em quantidade e qualidade requerida pelo sistema” (BOSI; PAIM, 2010, p. 2032).

Atualmente, encontra-se em debate a definição das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Graduação em Saúde Coletiva, havendo sido elaborada proposta em 2015 pelo Fórum de Graduação em Saúde Coletiva (FGSC-ABRASCO). Recentemente, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou resolução onde apresenta recomendações para a formulação. No documento é destacado que

A graduação em Saúde Coletiva se expressa, portanto, como uma necessidade do Sistema Único de Saúde de fortalecer a formação de profissionais comprometidos com a garantia do direito universal a saúde, ampliar a capacidade institucional do sistema e potencializar o trabalho interdisciplinar em saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2017, p. 1).

Assim, para fins de debate sobre as diretrizes nacionais para formação de sanitaristas em nível de graduação, essa pesquisa se referencia na resolução aprovada pelo CNS.

O Anteprojeto para implantação do Curso de Graduação em Saúde Coletiva da UPE (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, 2012) foi construído considerando as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição como imagem em espelho para o curso de Saúde Coletiva.

É apresentado como perfil do egresso:

Profissional com formação generalista, humanista, ética e política. Especificamente estes profissionais deverão ser capazes de realizar ações de vigilância em saúde, planificação, gestão, controle, avaliação e auditoria, além de intervenções sociais organizadas dirigidas a promoção da saúde, a proteção e a prevenção das doenças e agravos à saúde (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, 2012, p. 4).

A “concepção pedagógica” adotada pelo curso é a da problematização e trabalha com a ferramenta do planejamento estratégico. É desenvolvido em uma perspectiva de currículo integrado, no qual é destacada a integração “ensino-

trabalho” que supõe planejar uma série encadeada de atividades de aprendizagem que surgem das situações do próprio serviço.

O curso se estrutura, ele tem um eixo que é, vamos dizer, que nós colocamos como, são alguns componentes que em cada período, vai sendo o norteador e, vamos dizer a oportunidade de prática dos vários outros componentes que são teóricos. Então, para o primeiro período, o curso faz um contato com, dois dias na semana, com a atenção primária, e visa, ele visa entenderem como se dá o processo de organização da unidade, como esta unidade administra o território, e como, e qual é essa realidade, qual é esse diagnóstico desse território, inclusive o produto é esse (...) Sim, no primeiro período ainda, pode-se ressaltar que os alunos estão trabalhando a prática com o módulo Interprofissional, que tem um olhar pra como a equipe se estrutura, pra gente é muito importante. Inclusive nós fizemos um esforço pra começar o curso junto com o módulo. Então, desde o primeiro momento os nossos alunos passaram por esta evidência, desse módulo interprofissional, de fazer essa aprendizagem do processo de equipe, né? Da aprendizagem em equipe, junto com outros estudantes (Docente Saúde Coletiva).

Como é possível identificar na fala da professora, o primeiro período letivo tem o propósito de introduzir o estudante no campo da Saúde Coletiva, a partir da visão do Território Sanitário das Unidades de Saúde da Família, cujo olhar dirige-se para a complexidade da vida familiar. Nele é desenvolvida a Atividade de Campo I, que tem por objetivo a produção de um Diagnóstico Sociossanitário do Território.

O módulo interprofissional ao qual a docente se refere é um módulo que tem por objetivo a integração de todos os cursos de saúde da UPE desenvolvidos em Recife, assim como *propiciar ao estudante a construção do entendimento sobre o processo de trabalho* (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, 2017c).

Nele são realizadas atividades de reflexão/concentração e prática/dispersão. Essas últimas são desenvolvidas em equipes de estudantes na perspectiva da integralidade e cuidado na atenção à saúde, referenciadas na problematização, que orientará a teorização e construção dos conceitos nos momentos de reflexão, integrando teoria e prática.

Os cenários de aprendizagem são os Equipamentos da Atenção Primária em Saúde (Programa Academia da Cidade, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Programa Saúde na Escola, Programa de Saúde Ambiental e Vigilância em Saúde)

dos territórios das Unidades de Saúde da Família do Município de Recife (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, 2017c).

Outro momento do curso de graduação em saúde coletiva onde os estudantes são inseridos no cenário de prática da saúde coletiva é no Estágio Curricular Supervisionado, durante os dois últimos semestres. Este está estruturado em rodízios obrigatórios por nível de gestão: Rodízio 1 – Nível Local (Território, USF e Distrito Sanitário); Rodízio 2 – Nível Municipal; Rodízio 3 – Nível Regional/Estadual.

Os processos avaliativos do curso tem caráter abrangente, inclusiva e cooperativa, não devendo se restringir ao desempenho do discente, mas também fornecer subsídios para avaliar o desempenho do docente e de outros profissionais envolvidos na formação acadêmica (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, 2012).

Ao analisar as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina e de Saúde Coletiva (BRASIL, 2014; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2017) é possível identificar que ambas destacam a relevância de inserção precoce dos estudantes nos cenários de aprendizagem da rede de gestão e atenção à saúde, em articulação com os diferentes componentes curriculares.

Pode-se perceber, portanto, que os cursos investigados propiciam a inserção dos estudantes na atenção primária em dois momentos: nos primeiros semestres do curso, destacando-se o primeiro ano e posteriormente nos últimos semestres.

Nos primeiros períodos a integração com os agentes comunitários de saúde ocorre de maneira mais sistemática. Nesse momento os ACS são a referência ou responsáveis pela inserção dos estudantes no território, sendo a figura de mediação das aprendizagens ocorridas nesses momentos.

Em ambos os cursos e ao longo dos demais semestres, os estudantes deslocam seu cenário de aprendizagem da atenção primária para os demais níveis de atenção da rede de saúde (serviços especializados, hospitais de referência e de alta especialidade, gestão distrital, gestão municipal, estadual e federal).

Os estudantes retornam ao cenário da Atenção Básica nos últimos semestres dos cursos, momento de realização do estágio supervisionado (no caso de medicina

obrigatoriamente, no curso de saúde coletiva o estágio deverá ocorrer a nível local podendo ser no Território, USF ou Distrito Sanitário). O estágio supervisionado refere-se à “profissionalização” onde o estudante atuará de forma mais independente desenvolvendo as atividades previstas para o profissional em questão.

Nesse momento os estudantes não tem o Agente Comunitário de Saúde como referencia/responsável pela sua supervisão, sendo essa realizada pelo profissional do serviço de nível superior correspondente.

Abaixo, apresentamos um quadro com sistematização dos momentos de inserção dos estudantes na APS, integração com os Agentes Comunitários de Saúde e estratégias de ensino-aprendizagem.

**Quadro 2** - Sistematização dos momentos de inserção dos estudantes na APS, integração com os Agentes Comunitários de Saúde e estratégias de ensino-aprendizagem (continua).

| <b>Curso</b> | <b>Momento de inserção dos estudantes na Atenção Primária</b> | <b>Estratégias de ensino e aprendizagem</b>   | <b>Integração com os Agentes Comunitários de Saúde</b>   |
|--------------|---|---|--|
| Medicina     | 1º Período-APS  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diário de campo individual para registro das atividades realizadas, dúvidas e observações.</li> <li>- Visita no território.</li> <li>- Registros fotográficos.</li> <li>- Elaboração de portfólio.</li> <li>- Apresentação do portfólio nas unidades de saúde da família.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Visita ao território com os Agentes de Endemia;</li> <li>- Levantamento dos dados dos prontuários e Ficha A.</li> <li>- Visita domiciliar ACS;</li> <li>- Atividades de comunicação e educação em saúde.</li> </ul> |
|              | 2º Período-APS  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Descrição do território, incluindo mapas, famílias de maior risco e outras informações que o estudante julgar relevante.</li> <li>- Descrição e análise do processo de construção de vínculo com as famílias e elaboração de um plano de cuidados para cada família, incluindo ações de promoção, orientação e prevenção.</li> <li>- Planejamento de atividades educativas.</li> <li>- Relatos das famílias acompanhadas incluindo informações sobre o processo saúde doença.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definição de ACS de referência</li> <li>- Visitas domiciliares com os ACS</li> <li>- Vivências no território</li> <li>- Atividades educativas</li> </ul>  |

**Quadro 2** - Sistematização dos momentos de inserção dos estudantes na APS, integração com os Agentes Comunitários de Saúde e estratégias de ensino-aprendizagem (conclusão).

| Curso          | Momento de inserção dos estudantes na Atenção Primária | Estratégias de ensino e aprendizagem   | Integração com os Agentes Comunitários de Saúde   |
|----------------|--|--|---|
| Saúde Coletiva | 1º período   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupo de Aprendizagem tutorial (GAT), produção de dados para o diagnóstico socio-sanitário</li> <li>- Atividades de campo (vivências), leitura, exposição dialogada e seminários.</li> <li>- Diário de campo para registro livre das vivências</li> </ul> Instrumentos padronizados e roteiros de atividades. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação das atividades realizadas pelos ACS.</li> <li>- Observação dos aspectos socioambientais.</li> <li>- Identificação dos equipamentos sociais.</li> </ul> Identificação das condições socio-sanitárias da família e do domicílio. |

Fonte: autora

A partir da sistematização das estratégias de ensino-aprendizagem dos dois cursos é possível disparar algumas discussões. Ambos os cursos têm a perspectiva pedagógica da problematização. Esta possui a potência de articular ações internas e externas ao serviço, possibilitando tratar de maneira integral temas, conteúdos e ações. Assim, a problematização deve utilizar a realidade para o desenvolvimento do aprender e do ensinar, aumentando a capacidade em detectar e resolver os problemas reais e descobrir soluções. A problematização, enquanto ferramenta crítica, não deve estar restrita ao estudo dos acontecimentos particulares, deve servir para a leitura das dinâmicas mais gerais, a partir da referência de situações e lutas concretas do cotidiano (VASCONCELOS, 2011).

Nessa perspectiva, portanto, vê-se que a realidade tem centralidade, integrando a reflexão da experiência em diálogo com os conteúdos teóricos. Contudo, ainda é um desafio que os conteúdos discutidos na formação dos estudantes sejam determinados pelas necessidades e demandas de saúde da população e dos serviços de saúde (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN; PINHEIRO, 2011). Esse foco tem como potência deslocar a formação da lógica organizacional e nas rotinas do sistema de saúde local, atuando de maneira a gerar tensões no sentido de produzir a transformação cotidiana dos processos de trabalho e do cuidado.

Foi identificado que as práticas dos estudantes no cotidiano do território de saúde são guiadas por instrumentos definidos pela universidade que, muitas vezes, reduzem a experiência e o contato dos estudantes com as necessidades de saúde da população. Essa definição de instrumentos é objeto de debate entre os docentes a fim que se possa definir uma boa medida para tal condução:

Por exemplo, a gente às vezes, em alguns desses níveis, tem professores que já estão com os, vamos dizer, os instrumentos todos prontos. Eu, por exemplo, no primeiro momento, muita gente não tinha esse, esse instrumento pronto. A gente preferiu que ele primeiro conhecesse a unidade, e trouxesse de lá o que é que tem estruturado, o que é que eles conheceram, tá entendendo, quais são os dados da própria unidade. É óbvio que depois você, tem gente que tem uma tendência a buscar justamente uma normatização disso. E aí você cai em papéis, né, em normas e procedimentos, é, vamos dizer, prontuários que devem ser operacionalizados (Docente Saúde Coletiva).

Esse debate também é retomado na fala dos ACS, eles apresentam que, assim como o processo de cuidado é mecanizado, o processo de ensino também pode sê-lo. Eles destacam que a inserção dos estudantes guiadas por instrumentos predefinidos, muitas vezes, faz com que os estudantes tenham a nota, o cumprimento da atividade, como central e não a aprendizagem a ser desenvolvido a partir das necessidades do território, o que Vasconcelos (2013) chama de “prostituição do ato de estudar”.

O processo hoje na saúde é muito mecânico, essa que é a verdade. É muito questão de documento, preenche isso, preenche aquilo, bota no sistema, joga lá e eles pensam da mesma forma, eles pensam e vir pra cá, ah porque eu quero garantir minha nota, eu quero a família, tal, me dá a família fulana de tal aí. Muitas vezes eles pegam até o prontuário sem a gente saber. Vai ali no... porque eu já vi muitas vezes, eles sentados ali, pegando prontuário, levando lá pra dentro e fazendo suas fichas (ACS).

Eu sou de uma faculdade e eu preciso mandar vinte estudantes lá pro Morro da Conceição, porque que eu tenho que mandar estudante lá pra fazer pesquisa? Porque não manda os vinte estudantes e vai lá, pega os agentes de saúde, interajam com eles, vai lá visitar, acompanha, vê, pergunta. Dentro disso a gente vai passar por outra interação, aí o estudante já volta pra comunidade em um outro momento, pode até ser no mesmo período, mas aí eu tenho aquelas perguntas, mas porque eu vou fazer essas perguntas se o agente de saúde disse que eu fizesse assim... Ao invés de tudo prontinho, pode ser interessante, tá entendendo (ACS).

Destaca-se também a relevância de experiências voltadas para a integração de conhecimentos de diversas áreas antes abordados por diferentes disciplinas e momentos de maneira desconexa (CECCIM; FERLA, 2008).

Pode-se observar que em ambos os cursos o desenvolvimento de espaços de aprendizagem na rede de serviços de saúde busca a integração de diferentes disciplinas.

O curso de medicina, através da proposta de módulo busca integrar os conhecimentos da puericultura, tocoginecologia e saúde coletiva. Em semelhança, a Atividade de Campo I do curso de graduação em saúde coletiva, tem como objetivo a produção de diagnóstico socio-sanitário, para tal integra os conhecimentos tratados nas disciplinas teóricas do primeiro período, a saber: Determinantes sociais da saúde, Saúde da Comunidade, Saúde no indivíduo, Metodologia do estudo (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, 2012).

Contudo, é importante destacar que a integração entre os conhecimentos disciplinares presentes nos currículos e articulação com os cenários de aprendizagem ainda é um desafio e não acontece sem tensionamentos. Como relatado por uma das docentes, a integração das diferentes disciplinas no Módulo de Atenção Primária II encontra barreira na integração das atividades dos estudantes:

Por mais que eu tenha tentado né, assim, fazer pontes entre o pessoal da pediatria, o pessoal da obstetrícia, com as unidades de saúde, não tem nenhuma sensibilidade, nem tem nenhuma, assim, reconhecimento, nem luzinha no fim do túnel de que é aquilo, entendeu? Por exemplo, a gente tem a creche da UPE né, a gente podia tá vendo, assim, quais são os agentes de saúde dessas crianças, dessa creche, pra a gente fazer o movimento inverso. Isso a gente tentou uma imensidão de vezes, mas não consegue nem sequer que o professor dê o retorno pra creche, pras crianças. E também não consegue no pré-natal, e nem nesse pós-parto, né? Porque assim, a gente também podia ter uma vinculação, o nome das gestantes, onde é que elas moram, pra a gente ver os outros ACS envolvidos, e tá podendo dar um retorno né, ou mesmo dizer "ó, essa parturiente ela é lá do Alto do Capitão, vamo pegar, o bebê, vai voltar, vai"... Então, isso é uma andorinha só, entendeu, na multidão, a gente, né? (Docente da disciplina Atenção Básica em Saúde da UPE).

## 5.2 Fazeres e saberes dos Agentes Comunitários de Saúde que são objeto do ensino-aprendizagem dos estudantes

Ao serem convidados a apresentar as atividades que realizam, os Agentes Comunitários de Saúde, corroborando com o previsto nas normativas (BRASIL, 2012), destacaram as apresentadas a seguir.

Levantamento/cadastramento das famílias, visitas domiciliares, territorialização. Fazem acompanhamento de grupos identificados como prioritários como crianças menores de dois anos, gestantes, idosos, hipertensos e diabéticos, realizando também o acompanhamento das informações de saúde/doença desses, realizando busca ativa quando necessário. Foi destacado por alguns ACS que eles também buscam aproximar grupos que são pouco vistos pela USF, como por exemplo o dos adolescentes. Realizam também o acompanhamento de bolsa família, atualizando as informações das crianças e famílias.

Foi destacada também a realização de atividades coletivas e em grupos, como ações de educação, prevenção e promoção da saúde. Foi relatado o desenvolvimento de grupos de hipertensão, grupo de emagrecimento, um grupo de homens. Quanto a esses, foi registrado que a responsabilidade de organização do grupo é responsabilidade dos ACS, havendo a participação de outros profissionais da equipe e do NASF. Participam também do acolhimento realizado nas USF.

Os ACS se reconhecem como profissionais da ponta “*que bate, que leva as porrada*”.

Ele é a ponta principal, é o principal de uma equipe de saúde de qualquer unidade, porque ele faz de tudo. Ele participa de grupo, acolhimento, tudo é o agente de saúde. E quando falta alguém, ou alguém entra de férias, ele ocupa também aquele espaço da pessoa, pra que a pessoa saia bem acolhida daquela unidade (ACS).

Os agentes comunitários de saúde também relatam uma tensão entre o que entendem que são atividades dos ACS e algumas atribuições que atualmente são destinadas aos ACS. Importante destacar que a fala sobre atribuições mais burocráticas esteve mais presente nos ACS mais novos.

[...] é muito burocrático hoje, o agente de saúde, o foco maior tá sendo esse. Então assim, nós somos exigidos na burocracia, tem que lançar no sistema, tem que fazer isso tudo... até o próprio contato com o familiar muitas vezes inexistente, que é verdade, inexistente, deixa um pouco de lado o processo familiar pra focar no burocrático (ACS).

Foi apontado que no início da profissão era previsto que os ACS fossem pessoas que desempenhassem ações na comunidade. Com o tempo isso foi se perdendo trazendo apenas a exigência de que morassem nela.

[...] isso. E estar em alguma atividade da comunidade. Da igreja, do conselho de moradores, alguma coisa relacionada com a comunidade (ACS).

[...] é, e tinha que ser indicado por alguém da comunidade. Quando a gente entrou. Depois a gente fez um treinamento (ACS).

Em pesquisa realizada por Lopes, Durão e Carvalho (2011) é destacado o aumento atual das atribuições dos agentes comunitários de saúde, especialmente o excesso de competências e ações propostas para esse profissional. Em alguns locais, existe uma primazia das competências técnicas sobre as de caráter político. Assim, o foco do trabalho ganha contornos a depender das regiões, destacando-se as cobranças e as recompensas oferecidas em cada contexto em que se desenvolve a ESF.

O diálogo com as famílias e os conhecimentos da comunidade e do território são destacados como sendo fundamentais para a realização do seu trabalho. É através do diálogo que os ACS conseguem captar o que acontece com as famílias, criando um entrosamento para o desenvolvimento das ações.

Isso propicia uma maior abertura com a população fazendo com que as famílias falem com os Agentes Comunitários o que não é relatado com os demais profissionais. Estes, muitas vezes, são considerados pela população como estranhos, uma vez que não convivem dentro da comunidade, possuindo contato com a comunidade apenas através do espaço da unidade de saúde. O fato de morar na comunidade garante a inserção e maior proximidade, ao mesmo tempo em que faz com que a atuação do agente comunitário se dê de forma contínua no território:

É a facilidade de termos que, assim, outros profissionais não convive dentro da comunidade. Eles conhecem as pessoas, é como é que se diz, de segunda a sexta. É como eu digo a minha médica, ela aprendeu. A comunidade, como ela sabe onde eu moro, ela vai direto na minha casa, né? Não importa se seja domingo, segunda, terça, feriado, se eu for ao supermercado... Tem que me perguntar alguma coisa... Eu já deixei de ir pra festa, assim, me convidaram pra ir num aniversário na casa de uma família, teve um dia eu cheguei lá, a mulher simplesmente tirou a roupa da criança e veio me mostrar as pregas. Aí eu fiquei olhando, eu digo eu também não vou nessa não. Aí ela fez, minha médica disse "mas você tem que dar um limite", eu digo "e qual é esse limite?". Porque eu não vou tratar mal uma pessoa que tá precisando somente dizer, aí eu "não menina, mostra não. Leva pra segunda-feira, segunda-feira tu mostra a médica" (ACS).

Ao trazer a discussão sobre a mediação realizada pelos agentes comunitários de saúde, Lotta (2012) sistematiza quatro práticas de mediação desses profissionais: 1) os ACS utilizam referências da comunidade em sua prática; 2) os ACS intercalam saberes locais e saberes técnicos da saúde; 3) os ACS realizam tradução de saberes; 4) os ACS fazem triangulação.

Na primeira, os ACS utilizam a história da comunidade, familiares dos usuários, histórias vividas pelos próprios ACS, situações compartilhadas. Utilizando essas referências os ACS, por exemplo, conseguem construir ações de educação para a saúde de forma mais legitimada que permite aos usuários compreenderem e excitarem e adotarem as recomendações feitas (LOTTA, 2012).

A capacidade de intercalar os saberes locais e saberes técnicos da saúde é desenvolvida através de linguagens utilizadas comumente pelos comunitários e que passam a fazer prática das rotinas de práticas dos implementadores. O diálogo acontece variando entre o saber adquirido enquanto profissional de saúde e o saber que vem das vivências comunitárias (LOTTA, 2012).

Intimamente relacionado à anterior, está a capacidade de traduzir saberes, traduzindo as linguagens técnicas para a linguagem popular de forma a se fazerem entender, legitimarem e se aproximarem dos usuários, bem como vice-versa, traduzindo para os profissionais da equipe de saúde o que é dito pelos comunitários. Nesse momento, desempenham função didática (LOTTA, 2012).

Aí eu fui explicar pra ela o que é tuberculose, forma de transmissão, como é a patologia, como se deu a patologia, e ela começou a entender. Agora eu não expliquei de uma forma médica, como o médico explica, né? Eu fui explicando numa visão mais clara, como a gente fala com eles.(ACS)

A triangulação se dá no processo de intermediar fisicamente o processo de interação e acesso: agendam consultas, fazem encaminhamentos, pegam e entregam medicamentos etc (LOTTA, 2012).

Novata [a médica], chegou agora, aí as pessoas ficam meio receosas. Aí em grupo, assim, nas salas, aí foi pegar a receita de medicação controlada... Fazia tempo que ela não levava a menina pro psiquiatra, aí eu disse "doutora, é, a senhora tem que... é eu não sei se vai ser o seu procedimento, faz tempo que a irmã dela não vai pro psiquiatra, e eu acho que era bom encaminhar"... aí a médica disse "e por que não me falou?", aí ela disse "porque eu me esqueci", entendesse? A posição de falar sobre isso, naquele momento, com ela assim, aí ela ficou lá toda retraída e saiu... Aí eu disse "não, deixa", eu fiz e ela assinou. Quer dizer, chega na frente da médica, aí fica... Mas, se você entrar aqui e ficar mudo, ela não... não existe um diálogo, entendeu? E as pessoas começam a se abrir quando existe o diálogo, né? (ACS).

Segundo os ACS é diferenciada a forma como enxergam as pessoas e suas necessidades de saúde. Destacam também o seu compromisso com a saúde da população:

A gente vê na comunidade, por exemplo, no momento o que é que tá acontecendo. Se o problema maior for dengue, a gente vê a necessidade da comunidade, a gente vai tentar fazer ação educativa sobre a dengue. A gente vai fazer uma ação educativa na escola, se o problema for pediculose, a gente vai fazer uma ação educativa em cima da pediculose. A gente vê a necessidade do momento pra poder realizar a ação (ACS).

Os ACS nomearam de *olhar crítico* a capacidade de compreender o que acontece nas casas e na comunidade. A capacidade de observar as condições da moradia ao realizar as visitas, de identificar possíveis problemas na relação dos familiares. A compreensão do que é observado permite aos ACS pensarem em intervenções em situações delicadas, que envolvem as relações familiares ou no território.

Eu acho que você precisa de um pouco de psicologia, sabe? Essa coisa assim do bom senso, saber que eu tô andando no território do

inimigo, tem que escolher que tipos de arma eu vou usar, eu não vou chegar pra ela e botar o dedo na cara e acusar, porque isso vai fechar as portas e aí... é sempre fazer uma leitura, sabe? Isso é muito importante, usar da psicologia, tá o meu problema tá ali, como é que eu vou ajudar essa criança, com esse problema, ou como eu vou influenciar, sei lá, interagir aí de alguma forma que venha trazer a solução ou amenizar esse problema, entendeu? Mas isso é de você em cada momento, acho que um pouco de psicologia que todos nós temos, eu acho na verdade que todo ser humano tem, só precisa aflorar de alguma forma. Tem que aflorar de alguma forma, há um ditado que diz, uma expressão que diz que a dor do parto é que ensina a parir, e você de repente se vê agindo numa situação que você jamais que fosse capaz de fazer... de agir. Entendeu, porque o momento te diz, por isso que eu falo da função de associar olhar crítico e psicologia, e o bom senso também né? (ACS)

Como apresentado por Lopes, Durão e Carvalho (2011), ainda que tenha acesso quase sempre a pequenos cursos fragmentados, o ACS constrói a partir de sua prática um saber que o orienta no cotidiano do trabalho e de vida, orientando as suas respostas tanto às demandas das diretrizes das políticas públicas, quanto as demandas da equipe e dos usuários.

A gente vai aprendendo com os colegas como faz a visita, como agenda a visita, o que perguntar [...] porque não é só preencher, tem toda uma questão de observar [...] (ACS).

[...] vai aliando o conhecimento técnico com a vivência na comunidade (ACS).

A partir das falas dos Agentes Comunitários de Saúde é possível ver emergir a noção de Integralidade, articulada ao conceito de necessidades de saúde, conduzindo a atuação desses profissionais e as suas compreensões sobre o cuidado em saúde.

Conforme apresentado no debate teórico desse trabalho, a integralidade apresenta-se como importante dispositivo para o processo de trabalho com vistas a uma produção do cuidado eficaz, humanizada, centrada nas necessidades dos usuários individuais e coletivos.

No âmbito da formação dos profissionais de saúde, os autores destacam que para a construção de práticas inovadoras é importante pensar em uma proposta de organização ensino-aprendizagem que tenha como referencial a perspectiva da integralidade (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN; PINHEIRO, 2011).

É denominado paradigma da integralidade em oposição ao paradigma flexeneriano. Esse tem como imagem objetivo uma formação mais contextualizada que considere as dimensões sociais, econômicas e culturais da vida da população, ofertando subsídios para se enfrentar os problemas do processo saúde doença de maneira mais contextualizada (CAMPOS, 2001).

Esse paradigma tem por potência produzir um modelo pedagógico que equilibra a relevância técnica e a relevância social. Para tal, é necessário o fortalecimento da interação entre as universidades, os serviços e grupos comunitários a fim que se possa garantir o planejamento conjunto do processo de ensino-aprendizagem centrado nos problemas sanitários prevaletentes e nas mudanças necessárias na estrutura de administração acadêmica. Assim, o aprender é produto da construção ampla e integrada com o trabalho. Segundo Campos (2001), a dinâmica das necessidades sociais da população daria forma à organização dos serviços, a qual, por sua vez, determinaria o processo educativo dirigido à formação de profissionais.

Uma análise das Diretrizes Curriculares dos cursos investigados também permite uma identificação de competências com a finalidade de desenvolver uma atuação profissional referenciada no princípio da integralidade:

A formação do Bacharel em Saúde Coletiva proporcionará competências específicas e interprofissionais para o exercício profissional nos sistemas, programas e serviços, assim como em outros espaços sociais e intersetoriais em que se desenvolvam ações na perspectiva da integralidade da saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2017, p 2).

Os conteúdos fundamentais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade e referenciados na realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em saúde (BRASIL, 2014, p. 10).

Os Agentes Comunitários de Saúde apresentam-se, portanto, como estratégicos na aproximação com o referencial da integralidade na formação dos estudantes. A sua característica central de inserção social, traz a potência de aproximação dos estudantes com dimensão social, econômica e cultural dos territórios, sendo mediadores desses com a população e seus modos de vida.

A seguir relatos que materializam a contribuição dos ACS na experiência dos estudantes.

Uma das docentes entrevistadas aponta que os aprendizados são de diferentes ordens, e agrupa-os em três habilidades “*questões éticas e do comportamento junto à comunidade, aspectos comunicativos e os aspectos técnicos do cuidado em saúde*”. No primeiro campo estão situadas o respeito as práticas e aos modos de vida da comunidade, bem como o comportamento que os profissionais devem ter de respeito aos comunitários e discrição. Quanto aos processos de comunicação, é a abordagem às famílias e a maneira de transmitir informação etc. Os aspectos técnicos dizem respeito ao acompanhamento, por exemplo, “*como é que se vê o cartão, como é que você vê a questão do que tiver de controle da dengue, como é que ele vê as coisas dentro do ambiente doméstico né, pra ver se tá tomando o remédio ou não*”. Esses aspectos destacados se fizeram presentes também nas falas dos estudantes e Agentes Comunitários de Saúde.

O desenvolvimento da capacidade de escutar/ acolher as necessidades de saúde e de contextualiza-las para criação de estratégias de superação dos problemas de saúde é fundamental na formação referenciada na integralidade. Tal capacidade é desenvolvida através da própria realidade, no processo de articulação entre os saberes científicos e os saberes dos usuários dos serviços de saúde (SILVA; DALMASO, 2002).

O acolhimento propõe a inversão na lógica de organização da assistência prestada, deslocando-a para ser usuário-centrado, compreendendo algumas mudanças: a) a responsabilidade de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população; b) deslocar o eixo do trabalho do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; c) qualificação da relação trabalhador-usuário, que deve se desenvolver em parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Para efetivação desse processo, o desenvolvimento da comunicação, como apresentado pela docente, possui grande destaque.

O modelo tradicional de formação dos profissionais não estuda as pessoas e, muito menos, a comunicação e os aspectos relacionais da interação entre os

profissionais e as pessoas sob seus cuidados. A noção de integralidade pressupõe o processo interativo que possibilitem alternativas de soluções de problemas, construção de vínculos e responsabilidade mútua (MULLER NETO, 2012).

Assim, a comunicação não implica apenas o desenvolvimento da capacidade de falar. Na verdade essa só se efetiva quando do desenvolvimento da capacidade de escutar. Uma escuta qualificada permite que os participantes do diálogo se envolvam em condições de expressar suas opiniões e decidir, por meio do entendimento, as ações que possam determinar sua vida e saúde (MULLER NETO, 2012).

Como destacado pelo autor, os processos formativos costumam adotar modelos comunicativos monológicos, não dialógicos. Propõe que o desenvolvimento das habilidades comunicativas inclui o conhecimento baseado na biomedicina e na epidemiologia associado aos conhecimentos sobre trabalho em equipe, valores, crenças e cultura das pessoas, famílias e coletividades (MULLER NETO, 2012).

Pode-se ver a seguir a fala de uma estudante relatando o seu contato com as noções de escuta e cuidado através dos Agentes Comunitários de Saúde e a relevância para sua formação.

Pra mim, eu acho assim, teve uma ACS que eu acompanhei, que foi o cuidado que elas tiveram com a pessoa com quem ela tava conversando, que muitas vezes o médico não tinha na unidade e elas tinham, quando, tipo assim, elas iam fazer a visita, o cuidado, como elas falavam. e até aquela, já existia uma certa familiaridade né, aquela coisa mais... é cuidado a palavra, é difícil você pensar em outra palavra, o acolhimento, acho que é um acolhimento muito melhor, eu acho. Então tipo, isso que a gente, que a gente quer levar pra prática médica né, não é aquela coisa mecanizada, do médico (Estudante).

A aproximação com a comunidade no modelo positivista biomédico é tido como algo prejudicial ao trabalho dos profissionais de saúde. Nessa compreensão, o trabalho em saúde tem componente estritamente técnico guiado pelo cumprimento de normas e procedimentos, a racionalidade científica preocupava-se para que as interações subjetivas não comprometam o trabalho realizado. Desconsideram-se assim os aspectos importantes como escuta desenvolvimento da autonomia, afeto etc. (LOPES; DURÃO; CARVALHO, 2011).

Como destacado por Albuquerque (2008) é mais forte ainda a ausência da compreensão do caráter político da relação entre as equipes de saúde e população na formação dos profissionais de saúde. É marcante a influência da equipe nas relações sociais da comunidade.

Assim, se não participavam da política antes do PSF, os profissionais desconhecem seus meandros, seus códigos, sua “ética” e tendem a não querer conhecer, como se fosse algo que não dissesse respeito ao seu trabalho, podendo ser até prejudicial à comunidade. A formação dos profissionais, por sua vez, não proporciona uma discussão sobre essas questões e muito menos sobre o papel do Estado, o patrimonialismo ou o clientelismo, a influência destes na saúde. Com tudo isso, torna-se frequente que o profissional, no pedestal do poder técnico, tenha dificuldades em procurar pessoas de referência da comunidade para conversar e aprender sobre os processos políticos comunitários (ALBUQUERQUE, 2008).

Prepondera a ideia de que todas as ações são técnicas ou justificadas tecnicamente, num aparente desconhecimento da necessidade de opção política, opção de se colocar ao lado dos desfavorecidos economicamente, de vincular as precárias condições de saúde com a pobreza, a pouca consciência e poder político, de assumir que a mudança na qualidade de vida só acontecerá com a organização da comunidade e a luta política. Para as equipes, essas ações não fazem parte de suas funções, como se não tivessem diretamente a ver com a promoção da saúde (ALBUQUERQUE, 2008).

É destacado por uma professora que o acompanhamento dos estudantes pelos ACS tem por objetivo aproximá-los do território.

O que o ACS faz tem muito mais a ver com esse olhar pro território, com esse olhar pra uma realidade que, que é o que a gente quer que ele aprenda. Que ele aprenda e ele veja de, quem é aquela população né, e quais são as ações, de promoção e de prevenção, que eles precisam se, vamos dizer, ver que aquela unidade tá desenvolvendo (ACS).

Através do contato com os Agentes de Saúde eles conseguem identificar como se dá a organização de uma unidade básica de saúde e como essa se relaciona com território e as famílias, identificando os principais problemas daquele território, fazer um diagnóstico (Docente Saúde Coletiva).

É no contato com os ACS e estudantes tem acesso às famílias e suas compreensões quanto às condições de saúde do território e das pessoas.

Eu acho que o fato de você conhecer a família, tipo, dá uma certa propriedade, tanto pra você, quanto pra o paciente, porque ali você tem a liberdade de perguntar como tá fulano, e tá fazendo o que, e ali você já tá até sabendo do problema de fulano, e podendo ver uma forma de agir, e que às vezes, se eu não tenho essa relação, eu nunca vou ter essa informação, se eu não tenho a confiança e, tipo, não conheço meu paciente, como eu vou saber como é a família, como tipo, tem uma outra pessoa doente na família, com as mesmas coisas e talvez ele tá doente por conta dessa pessoa. Ou não só doente, isso de saber dos problemas em si, então eu acho que dá mais uma visão, assim, do, assim, da família, de geral, assim (Estudante).

Estágio aqui na comunidade, se fosse direto só na escola e depois ele fosse pra um hospital, ele não ia conhecer a realidade da comunidade. Porque muitas vezes o médico tá lá no consultório e não sabe uma realidade de uma comunidade. Chega um paciente lá, que tá com depressão, o médico só medica e não sabe a realidade da comunidade. O que ele vive lá na comunidade, o que vive ao redor dele, a família dele. Aqui não, aqui na comunidade você conhece a família, sabe? Tem todo um contexto, não só da pessoa, mas aqui eles podem ter um contexto de tudo que tá acontecendo com ele pra poder se chegar até uma medicação. Eu achei bem interessante isso que ele falou, que gostou nesse sentido, porque aqui ele pôde descobrir, pôde conhecer a comunidade, não só o paciente. Eu acho que isso eles já, eles já levam isso daqui da gente também né? (ACS).

O conhecimento do território é de grande relevância para o desenvolvimento da integralidade apontando para o desenvolvimento de ações de prevenção de promoção da saúde. O contato com as condições de vida da população produzem a ampliação da compreensão sobre saúde.

Futuramente, quando ele terminar e tiver atendendo como médico formado já, vai entender que muitas vezes né, algumas vezes a questão não tá somente da saúde não é só que não está doente, existem coisas por trás daquilo também. Então, vai ajudar ele também a investigar isso né? A buscar mais né, a causa da doença, aquela causa. Que eu acho que os médicos de futuramente vai estar mais preparado, assim, em relação a isso, com essa vivência a partir da gente, a gente vai dando essa formação também (ACS).

E é mais assim, o que eu acho muito neles é, na aprendizagem deles é assim, é pela prevalência da doença, que às vezes a pessoa não tá com problema nenhum, mas diz que tá com dor aqui, dor lá... Às vezes é um problema psicológico e familiar... (ACS).

Esse olhar é desenvolvido através da mediação dos agentes, mas também no contato direto com os próprios comunitários.

Nesse sentido é, assim, o que a gente passa pra ele é o que é a realidade né? É a vida de dentro de uma comunidade né? E eles vivenciam naquele momento, porque eles vão duas vezes na semana se não me engano, parece que é uma vez, dessa vez acho que é na quinta-feira que ele ia, na semana. E aquele pouco tempo que eles tem, eu acho que eles tem que lidar com muita experiência né, que eles ficam visitando aquelas mesmas pessoas, entendeu, durante esse período, vamos dizer, um mês ele visita quatro vezes aquela pessoa e ele, já tem uns que já vão com eles, já conversam, se abrem. Tem uns idosos que gosta muito né? Que a família não gosta muito de tá ouvindo o idoso falar, aí quando chega alguém diferente aí eles conversam... Aí eu deixo eles lá a vontade conversando, e eles ganham, assim, experiências, aquela idosa, "É mesmo, a senhora fez isso? Ah, eu fiz minha filha. Eu dei uma fugida. É mesmo? É!", E fica aquela interação né? Eu acho lindo (ACS).

Os estudantes destacaram as ações educativas realizadas. A partir do contato deles com o território definiram uma ação que realizaram. As ações tinham caráter coletivo e os Agentes Comunitários de Saúde colaboravam com a construção da proposta identificando estratégias para abordagem do tema, bem como auxiliavam na articulação com a comunidade.

O nosso, no meu foi na escola, a ACS ela, tipo assim, ela só acompanhou. Ela não participou da discussão nem nada não, ela só fez acompanhar a gente. Foi assim, a gente pediu uma dica e tal, pra a gente poder fazer, aí ela falou "ah, tem a escola e tal", ela meio que, tipo assim, norteou a gente, mas não, tipo, participou da dinâmica (Estudante).

É, deu meio que uma certa orientação pra gente (Estudante).

A gente também tem, por exemplo, eles têm que fazer uma atividade educativa, então muitas vezes a atividade educativa é articulada junto com os ACS né, então eles, tanto pra os ACS convidarem as pessoas, como também pra articular outros espaços, o espaço de uma igreja, o espaço de uma escola, de um grupo comunitário. Tem ACSs que são muito, são protagonistas desse processo né, no Vila Boa Vista mesmo, a agente, é uma ACS que faz essa coordenação né? Ela tem um grupo né, que eles participam, ela faz as atividades de promoção da saúde no sentido mais amplo na comunidade, por exemplo, agora tá tendo compostagem, então ela vai fazer a compostagem com eles, eles vão ajudar. Então varia um pouco nisso né, em outros lugares não, é um médico, é um enfermeiro que toma esse papel de protagonizar essas ações (Docente Medicina).

Quando foram questionados sobre a visão que tem dos Agentes Comunitários de Saúde os estudantes os identificaram como profissionais que possuem pouca estrutura para realizar seu trabalho, por possuir uma quantidade muito grande de famílias sob sua responsabilidade, além da quantidade de famílias para os demais profissionais da equipe. Esse fato, segundo os estudantes, impossibilita que os ACS's possam dar retorno ao que identificam no contanto com as famílias.

Destacaram também o empoderamento de alguns, que desenvolvem ações, muitas vezes, independente da equipe, sobre tudo voltadas para educação popular. Eles destacaram também se mostrarem impressionados com o conhecimento dos agentes comunitários sobre o território, o conhecimento dos comunitários: *Elas sabiam pelo nome, véi. O nome de todo mundo* (Estudante).

Sistematizando os elementos destacados na aprendizagem dos estudantes a partir do contato com os Agentes Comunitários de Saúde é possível apresentar: leitura do território garantindo a aproximação com os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença; acolhimento e vínculo; o comportamento junto à comunidade, destacando os aspectos comunicativos da interação; o cuidado ampliado.

Abaixo apresentamos quadro que buscou sistematizar os aprendizados dos estudantes relacionando-os com as competências dos Agentes Comunitários de Saúde e as previstas nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação Medicina e Saúde Coletiva.

**Quadro 3.** Sistematização Competências Agentes Comunitários de Saúde e DCN Medicina e Saúde Coletiva (continua)

| Aprendizados dos estudantes  | Competências dos ACS   | Competências DCN Medicina  | Competências DCN Saúde Coletiva   |
|--|--|--|---|
| Leitura do território garantindo a aproximação com os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. | Promoção da saúde-Desenvolver, em equipe, ações de promoção da saúde visando à melhoria da qualidade de vida da população, à gestão social das políticas públicas de saúde e ao exercício do controle da sociedade sobre o setor da saúde. | Dados demográficos, epidemiológicos, sanitários e ambientais, considerando dimensões de risco, vulnerabilidade, incidência e prevalência das condições de saúde.                         | Análise de Situação de saúde. Prevenção e controle de condicionantes e determinantes dos estados de saúde doença-agravos, de riscos e danos à saúde das populações.   |
|  | Planejamento e Avaliação- Realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adscrição da unidade básica de saúde.   | Participação no planejamento e avaliação dos projetos e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), prestando contas e promovendo ajustes, orientados à melhoria da saúde coletiva. | Análise da conjuntura e identificação dos atores implicados na produção da saúde; Construção, negociação e implementação de políticas de saúde; Articulação de segmentos e atores;  |
| Educação em Saúde  | Promoção da saúde-Desenvolver, em equipe, ações de promoção da saúde visando à melhoria da qualidade de vida da população, à gestão social das políticas públicas de saúde e ao exercício do controle da sociedade sobre o setor da saúde. | Estímulo à inserção de ações de promoção e educação em saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde.            | Educação Popular em Saúde e Ativismo Comunitário nas dimensões: Ação comunitária em projetos de vida e saúde, cultura e saúde, movimento social e saúde, luta por direitos e enfrentamento das desigualdades sociais e sanitárias. Estratégias e tecnologias sociais de ação em saúde. Estratégias para a popularização da ciência. |

**Quadro 3.** Sistematização Competências Agentes Comunitários de Saúde e DCN Medicina e Saúde Coletiva (continuação).

| Aprendizados dos estudantes  | Competências dos ACS  | Competências DCN Medicina   | Competências DCN Saúde Coletiva  |
|--|---|---|--|
| Acolhimento e vínculo.   | Integração da equipe de saúde com a população local- Desenvolver ações que busquem a integração entre as equipes de saúde e a população adscrita à unidade básica de saúde, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades. | Construção de vínculo, valorizando as preocupações, expectativas, crenças e os valores relacionados aos problemas relatados trazidos pela pessoa sob seus cuidados e responsáveis, possibilitando que ela analise sua própria situação de saúde e assim gerar autonomia no cuidado. |  |
| O comportamento junto à comunidade, destacando os aspectos comunicativos da interação. | Integração da equipe de saúde com a população local- Desenvolver ações que busquem a integração entre as equipes de saúde e a população adscrita à unidade básica de saúde, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades. | Comunicação por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado.          | Sistemas de informação, divulgação e comunicação relativos à saúde em populações |

**Quadro 3.** Sistematização Competências Agentes Comunitários de Saúde e DCN Medicina e Saúde Coletiva (conclusão).

| Aprendizados dos estudantes | Competências dos ACS  | Competências DCN Medicina  | Competências DCN Saúde Coletiva |
|-----------------------------|---|--|---------------------------------|
| O cuidado ampliado.         | Integração da equipe de saúde com a população local- Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa a propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias, das coletividades e da própria comunidade. | Cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho Interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado. |                                 |

Fonte: Brasil (2004, 2014) e Conselho Nacional de Saúde (2017)

### **5.3 A experiência dos estudantes no cenário da APS: as vivências no território e na interação com os agentes comunitários de saúde**

A experiência está atrelada a uma ação que nos atravessa, que nos modifica, que nos acontece, que nos move e que nos toca. A experiência é um encontro ou uma relação com algo que se experimenta que se prova (LAROSSA, 2002).

Nesse contexto, seguindo em movimento contrário, tem-se a “informação” como o que não é experiência, como espaço da técnica, do experimento, como um caminho seguro e previsível, nas palavras do autor, a informação “não faz outra coisa que cancela nossas possibilidades de experiências” (LARROSA, 2000, p. 20-21).

Larossa (2000) coloca que o sujeito da experiência não é incapaz de conhecimento, de compromisso e de ação, mas que o saber da experiência, se dá na relação entre o conhecimento e a vida humana, a experiência como uma espécie de mediação entre ambos. O saber da experiência tem a ver com a elaboração de sentido quanto ao que acontece, logo é um saber que não pode ser separado do indivíduo concreto que a encarna, não está, como o conhecimento científico, fora de nós e não compreende um processo de reprodução.

Em afinidade, produzindo reflexão sobre a formação dos profissionais na saúde, Franco (2007) destaca dois aspectos que se desenvolvem em articulação, o componente cognitivo e o desenvolvimento de subjetividades.

Assim, nesse tópico da análise buscaremos discutir a dimensão da experiência da formação dos estudantes no contato com o território e os Agentes Comunitários de Saúde.

A educação, como instituição que opera a partir do humano, mobiliza sujeitos que trazem como elementos constitutivos do seu ser, uma história de vida, uma origem sociocultural, saberes constituídos ao longo da sua formação etc. O ensino voltado para a integralidade deve definir como atitude fundamental a ampliação dos pontos de vista e o confronto com enfoques nos diferentes momentos do processo de trabalho em saúde (SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L.; PINHEIRO, 2011). É nesse confronto entre as histórias de vidas e concepções dos estudantes e as experiências nos territórios que se desenvolve a formação.

O início da vivência dos estudantes nos territórios é marcado pelo estranhamento em virtude da não aproximação desses com a periferia da cidade. Os estudantes universitários, sobretudo os de medicina, têm como territórios cotidianos os espaços urbanos centrais e nobres da cidade. A realidade da periferia da cidade, particularmente as áreas das unidades pesquisadas, marcadas por morros, é um espaço de estranhamento. Muitas vezes, é o primeiro contato dos estudantes com os serviços da rede pública de saúde, particularmente a Estratégia de Saúde da Família.

Eu não sou daqui de Recife né, então tipo, a primeira vez que eu tive contato foi aqui, e no começo eu ficava achando que isso aqui só existia em Recife, mas tipo, eu não conhecia mesmo. Eu fiquei caramba, que massa que tem, nunca vi isso aqui, tipo, em Fortaleza e tal, deve ser uma coisa nova. Eu não tive contato (Estudante).

Não, quando eu cheguei na minha área ela fez "como é que vai subir?" E eles tudo espantado... "e essas barreiras? como é que?" A necessidade obriga. Tava tudo molhado que tinha chovido e a barreira tava encharcada, eu disse "não passa daí não que você pode descer com a barreira e a casa fica lá em cima", aí ficaram tudo espantado na comunidade. Chegou aqui e falou do cheiro de lixo (ACS).

Contudo, como percebido pelos agentes comunitários, esse recorte está mudando. Em virtude de políticas de democratização de acesso ao ensino superior, estudantes de outras origens sociais estão se inserindo nas universidades o que acaba produzindo outra experiência com os agentes comunitários de saúde. A UPE tem destinado 50% das vagas para estudantes que realizam o SISU e os demais pelo Sistema Seriado de Avaliação, sendo que desde 2005, 20% dos ingressantes é constituído de egressos do sistema público de educação estadual e municipal (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, 2016).

Filho de médico, filho de deputado, filho de, tinham que ter... Hoje em dia eu acho que a universidade ela se abriu mais, ela ampliou as suas coisas... E eu vejo assim, eles se misturam e são mais despojados, eles não tem essa preocupação de tá, como é, se mostrando com aqueles celular de última geração não... Eles são simples... É uma coisa assim, com uma linguagem igual à nossa, quase (ACS).

Origem diferente é vista nos estudantes de saúde coletiva. A maioria vem de áreas periféricas da cidade ou de municípios vizinhos, em sua maioria relataram ser residirem em território cadastro no programa de saúde da família.

No território, os Agentes Comunitários de Saúde relataram algumas dificuldades em relação ao comportamento dos estudantes. Em contato com uma realidade tão diversa da sua, muitas vezes os estudantes assumem uma postura de discriminação dos comunitários:

[...] andando na rua falando "ah, entrei naquela casa, vixe que casa horrível, nem um cachorro moraria ali"... É, assim, foram atos assim que, realmente foi meio chato pra gente, e a gente até falou com o próprio coordenador, que tava com os estudantes, é até [nome suprimido]. Aí conversamos com ele, e ele foi e conversou com esses estudantes, viu que eles têm que se comportar, quando for fazer um cadastramento tem que ter ética, em questão de não sair comentando o que fez na casa, isso também é ruim, até pra nós que somos, que trabalhamos aqui, da área e até o próprio constrangimento para os próprios comunitários (ACS).

O comportamento dos estudantes é atribuído à “existência ou não de um perfil” para o trabalho na Estratégia de Saúde da Família. Os ACS apontam atitudes necessárias para o trabalho em comunidade e em equipe com *força de vontade, tem que ter compromisso, responsabilidade, carinho*.

Assim como as tensões presentes no contato com os comunitários/território, os Agentes Comunitários relataram tensões no contato dos estudantes com eles. Relataram uma deslegitimação dos Agentes Comunitários de Saúde como educadores, a posição de futuro médico, ainda que estudante, produz uma hierarquia.

E às vezes tem um certo olhar crítico pra você, achando que você quer impor certas coisas pra ele, e eu sou o médico, não posso ficar aqui recebendo ordem de ACS. Uma vez um ficou de cara feia pro meu lado, porque eu disse olha, tu não faz assim, faz assim... e ele: eu sei o que eu tô fazendo. Aí eu fiquei meio assim, se ele acha que ele sabe o que ele tá fazendo, você faz da maneira que você achar melhor, porque aí eu não vou interferir no que você tá fazendo não (ACS).

O que faz com que o trabalhador aja de uma forma ou de outra é a sua subjetividade, estruturada com base na sua história de vida, das suas experiências, dos valores que adquiriu e que vão determinar uma certa forma de analisar e intervir sobre o mundo do trabalho em saúde. Desafio é o desenvolvimento de processos de

subjetivação que com base em princípios humanitários e de solidariedade (FRANCO, 2007).

A ideia da Pedagogia do Fator de Exposição considera a experiência como fonte de formação. Assim,

Os fatores de exposição são objetos recortes da realidade vivenciada, modos de ver e de delimitar um determinado campo da organização da vida, com existência real, natureza própria e sempre em produção, para os quais podemos dispor de um conjunto de saberes e tecnologias que nos permitem compreender, significar e intervir (SANTOS, 2005 apud FRANCO, 2007, p. 432).

Assim, a formação se dá a partir da reflexão da exposição do educando à realidade concreta vivida de forma implicada, de modo que os saberes são buscados como insumos e construídos na tentativa de intervenção e transformação daquela realidade (BRITO, SANTOS, 2006).

É no estranhamento do encontro – e de si mesmo –, que se processa a mudança da subjetividade, muitas vezes formada com base na representação social da medicina e do médico, construção imaginária de um tipo idealizado que, muitas vezes, não corresponde à prática cotidiana no Sistema Único de Saúde (FRANCO, 2007).

Eymar Vasconcelos (2001) destaca a importância da criação de espaços pedagógicos nos cursos de saúde que deem conta das vivências subjetivas para que possam ser discutidas e compartilhadas. Disciplinas com conteúdo não definido anteriormente, mas baseadas na problematização de situações imprevistas, mas que sempre surgem, e no compartilhamento carinhoso das emoções despertadas. Essas exigiriam professores dispostos a abandonar a segurança de ir para a sala de aula sabendo o que será discutido, isto é, professores hábeis na criação de ambientes de acolhimento.

Assim, a partir da exposição dos estudantes aos territórios existe a potência em propiciar mudanças. Em alguns estudantes, a experiência desperta o interesse em trabalhar na Estratégia de Saúde da Família, apontando um novo caminho profissional. Um dos Agentes Comunitários usa a expressão “*se dar ao prazer*”

destacando a abertura de alguns estudantes e a experiência positiva que pode ser experimentada.

[...] Mas tem outros que a gente vê que a pessoa tem "ah, eu vou voltar". Agora mesmo, essa turma que veio, esse, ele é de Serra Talhada, se eu não me engano, ele disse "eu vou me formar e vou voltar pra minha terra pra clinicar lá", eu disse "faz muito bem" (ACS).

E sabe o que foi o melhor, de fato, do projeto? Que a gente escutou deles mesmos, que eles nunca pensava que ser um médico de PSF era assim. E assim, criar até uma possibilidade de, futuramente, ser médico de PSF, porque antigamente não queria não, ser médico de PSF não, se for falando na faculdade né? Mas eles disseram que com a gente, a prática (ACS).

Assim, o espaço de aprendizagem também é o local onde preconceitos podem ser colocados em questão. A ativação do pensamento pelo confronto de preconceitos é uma questão que pode permitir que a aprendizagem se aproxime da justiça social (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN; PINHEIRO, 2011).

Sobre isso, eu ia falar as positivities, porque nem tudo é só negativo. Já houve... eu já percebi assim, de estudantes que vieram pra cá, mudanças de comportamento, por exemplo, dizer assim, não... eu achei... eu com medo, eu vim com medo, achando que ia encontrar uma coisa assim, não tô dizendo que é diferente, entendeu? Vejo que tem pessoas de bem, pessoas educadas, vem com um conceito completamente diferente, é de favela, só tem marginal e etc. e tal, esse conceito mudou (ACS).

Durante muito tempo, principalmente dentro da área da saúde coletiva, se acreditou que a mudança na formação se daria pela inserção no currículo dos cursos de disciplinas teóricas, como por exemplo, sociologia, antropologia, educação popular, etc. Contudo, as experiências têm demonstrado que a maioria das transformações tem ocorrido em decorrência da inserção dos estudantes no território dos serviços de saúde, em contato pessoal com os profissionais e comunidade. As reflexões mais marcantes da carreira desses profissionais tiveram de ser elaboradas apenas na esfera privada de suas vidas ou nos movimentos sociais em que se inseriram (VASCONCELOS, 2011).

Assim, também foram relatados casos de boas relações construídas entres os ACS e os estudantes, produzindo laços que perduraram para depois das experiências acadêmicas.

E os estudantes, alguns, não são todos. O bom é que a gente, eles se adaptam tanto à equipe, que a gente termina criando laços com eles. Tem gente que vai na nossa casa. Tem estudante de medicina que vai me visitar na minha casa, vai pra aniversário do meu filho, entendeu? Que me visita e a gente criou esse vínculo. Tem muitos que vem por aqui que quando eu chego no hospital tá lá, aquele estudante que veio aqui. É muito bom a gente ver isso, que assim, e eles, assim, e lembra: "menina, tu tá aqui!". O vínculo que a gente cria é muito bom, esse laço é muito forte entre a gente. Não com todos, mas a maioria deles a gente tem um vínculo muito (ACS).

Os estudantes também relatam boas experiências do contato com o território e com os Agentes Comunitários e com os demais integrantes da equipe.

Eu gostava muito, tipo assim, do lugar, da unidade de Guabiraba, porque como eu passei dois anos lá, na mesma unidade, não sei se isso é com todo mundo, acho que era né? Aí acaba que a gente meio que, tipo, conhecia tipo, a pessoa que trabalha na recepção, os ACS tudinho já conhecia, a médica, os médicos eram sempre os mesmos, a enfermeira. Então, meio, tipo, fica um pouco mais familiarizada. Eu achava mais bacana por isso (Estudante).

Vasconcelos (2011) destaca que, a partir de experiências com a inserção de estudantes no cenário da atenção primária, é possível identificar que, diferente dos estudantes dos períodos mais avançados, os estudantes dos primeiros períodos atuam de forma mais eficaz. Eles apresentam maior envolvimento, inclusive emocional, com a totalidade dos problemas familiares e sociais, mostrando-se mais sensíveis à invenção de estratégias para enfrentamento dos problemas.

Em afinidade, os estudantes destacaram a importância do contato com os ACS ocorrer nos primeiros períodos do curso e a capacidade de identificá-los como referência.

É porque assim, a gente tava muito... O que é uma coisa até boa, assim, pra gente, é que a gente tava muito no começo, e aí a gente não tinha nenhum conhecimento, assim, conhecimento de doença mesmo era muito pouco. Então realmente, o que eles diziam pra gente era algo, tipo, novo, de como tudo funcionava, de como eles iam abordar, porque a gente não tem uma noção de, tipo, como aquilo funciona, então realmente, naquele momento, ele era pra mim, tipo, minha referência, sabe? Então, se ele não dita as regras, tipo assim, de como, como dever se portar, tipo, como é a abordagem, como chegar na casa de alguém. Tipo, você tá entrando na casa de uma pessoa, tipo, como é essa posição. A gente colocava a bata lá,

mas tipo, a gente não é médico nem nada né, só tava lá de... Eu lembro de alguns casos, tipo, um que teve uma família, que ela disse que a mulher ela tinha algum transtorno mental, e aí ela fez "mas não tenham medo, tipo, não tenha medo porque ela não vai fazer nada com vocês. se ela, ela pode ficar um pouco agressiva, tipo, na hora, mas não se preocupem que, tipo, nada vai acontecer com vocês. fiquem calmos, fiquem tranquilos e a gente vai". E realmente, tipo, transcorreu super bem, às vezes ela se exaltava um pouco, a mulher, assim, mas ela passou tanta segurança pra gente, tipo, disse como a gente devia ficar naquela situação que foi bom, tipo, acho que era isso mais que a gente esperava, assim, de dizer como a gente devia ficar. Então, acho que é mais isso, assim, de como a gente deve se portar lá (Estudante).

#### **5.4 A relação dos Agentes Comunitários de Saúde e a Universidade: dos aspectos organizativos ao reconhecimento como educadores**

A integração ensino-serviço-comunidade é entendida como trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Dessa forma, aponta para a necessidade de se instituir relações mais orgânicas entre as instituições de ensino, as estruturas de gestão da saúde, os órgãos de representação popular e os serviços de saúde, o que é apontado por Ceccim e Feuerwerker (2004) como o quadrilátero da formação em saúde.

O estabelecimento de parceria entre órgão formador, serviços de saúde organizações comunitárias é fundamental para a formação dos profissionais de saúde, não apenas pela característica prática da profissão, mas pela necessidade de promover uma consciência crítica da realidade, desenvolvendo o compromisso da educação com a construção de saber para a melhoria da qualidade de vida e de saúde da população. A articulação e cooperação entre as instituições e ensino e os serviços permite trazer novos temas e desafios ao processo de ensino e de produção de conhecimento, além de contribuir com a reorientação do modelo assistencial (SILVA; DALMASO, 2002).

Esse processo, assim, é complexo, uma vez que envolve atores que ocupam lugares e posições diferentes, mas que necessitam estabelecer pactuações e acordos para se atingir um objetivo comum (SANTANA; FALBO; SAMICO, 2014).

Assim discutiremos nessa etapa qual a relação entre os atores do processo de integração ensino serviço, particularmente as instituições de ensino, os serviços de saúde e os trabalhadores ACS.

Cabe às instituições de ensino, em diálogo com os gestores e serviços de saúde, o planejamento da inserção dos estudantes nos cenários de prática. Esse planejamento integrado é fundamental para o estabelecimento de vínculo entre os envolvidos favorecendo o desenvolvimento de outras ações.

Como apresentado, a inserção dos estudantes no território ocorre semestralmente quando são definidas as Unidades de Saúde da Família que realizarão o acolhimento dos estudantes e são realizadas reuniões com profissionais que serão responsáveis pelo acompanhamento dos estudantes.

A pactuação da inserção dos estudantes varia de acordo com o contexto de cada serviço. Em alguns casos é realizada diretamente com os agentes comunitários de saúde e em outros com os gestores responsáveis pela integração ensino-serviço-comunidade.

Depende muito da unidade e muitas das unidades a gente tem uma participação maior dos agentes de saúde né? Como eu te falei, lá em algumas unidades a gente tem o agente de saúde como responsável por todo o grupo né? No Córrego da Bica a gente tem uma agente de saúde que já se formou, é psicóloga, mas mesmo antes ela já era responsável por todo o grupo, então ela faz a distribuição dos alunos nas atividades, diz "ó, vai pra consulta. vai pra vacina, vá pro pré-natal", e ela também articula os outros agentes pra tá saindo pra visita domiciliar (Docente Medicina).

No nosso caso, a gente tá tentando estruturar, atualmente, inclusive eu é que tô coordenando isso, fazer com que cada professor, de cada período e coordenador desta prática, venha discutir com o serviço como, vamos dizer, otimizar, qualificar e melhorar essa, esse momento de aprendizagem. Desde o primeiro momento, a gente tentou ter esse objetivo do curso e buscou fazer uma reunião. Geralmente, a gente não faz a reunião com quem tá lá na ponta, é com a pessoa que tá responsável pela, que articula, que é da

SEGETES, seja no caso do estado, ou lá do município, do distrito, como é do primeiro período (Docente Saúde Coletiva).

Contudo, nas entrevistas foram indicadas algumas fragilidades no processo de planejamento que acabam por dificultar o desenvolvimento das atividades dos estudantes. Foi destacada a fragilidade na apresentação dos objetivos das práticas dos estudantes nos territórios. Esse fato, como apresentado por (SANTANA; FALBO; SAMICO, 2014) pode produzir uma ação educacional dissociada dos objetivos educacionais.

Eu acho que era mais por, de uma falta de comunicação com a faculdade, assim, dos três, tanto da gente, como estudante, de saber o que a gente tem que fazer, quanto, tipo, até as limitações por, pra os profissionais que recebiam a gente, porque eles não sabiam, muitas vezes a gente que dizia o que era, né? As enfermeiras, elas sabiam já mais, mas a gente, assim, um pouco, mas quem acompanhava mesmo a gente não eram elas, eu fiquei um dia pra, tipo, aprender a vacinar, na época que tinha campanha da vacina, a gente foi lá no sábado, aí disseram "venha cá, pra ajudar", aí tipo, "a gente ensina vocês", e a gente foi lá, mas esse foi o único contato na enfermaria. Aí tipo, uma ou duas consultas em puericultura, era tipo, muito pouco. Realmente, no primeiro período a gente ficava muito mais no território e com os ACS, aí eu acho que foi, tipo assim, pra faculdade, faltou um pouco mais de estrutura, assim, pra a gente aproveitar (Estudante).

No caso do curso de graduação em saúde coletiva, a explicitação dos objetivos da formação dos estudantes se torna ainda mais necessário, uma vez que se trata de uma graduação nova, não relacionada diretamente as ações assistenciais, não possuindo referência profissional no cenário das Unidades de Saúde da Família.

Os Agentes Comunitários de Saúde destacam como sendo problemática essa ausência das instituições de ensino nos serviços de saúde, pois isso, além de contribuir para melhor inserção dos estudantes, forneceria uma melhor compreensão dos docentes da organização dos serviços e dos territórios.

Tradicionalmente, as atividades dos docentes nas Instituições de Ensino estão relacionadas à docência e pesquisa, tendo foco sobre tudo teórico. É um desafio a aproximação com os conhecimentos que são construídos a partir das ações desenvolvidas nos serviços de saúde. Os profissionais que atuam nos

serviços de saúde, por sua vez, também se distanciam do conhecimento mais teórico, deixando ambos de fazer a integração entre teoria e prática (SANTANA; FALBO; SAMICO, 2014).

O eu acho que tantos os estudantes vindo pra cá, os professores deveriam vir [...] devia vir pra cá e conhecer o lugar, é o melhor jeito de orientar seus estudantes. O lugar lá é assim e tal, tal, tal e preparar esse pessoal. E outra coisa é, esse pessoal que não quer vir na comunidade, olha vem quem quer, não tem postura, ele nunca vai ser um médico de saúde da família, enquanto pensar assim, que eu sou o deus grego, eu sou o cara que sabe, eu vou me formar para curar as pessoas, tá entendendo? E não é assim cara, não é assim. Todo mundo aprende todos os dias com todo mundo, quando você não tem a percepção de que você mais aprende do que você ensina, você nunca vai ser nada (ACS).

Ao mesmo tempo foram os ACS que destacaram uma maior instrução dos estudantes.

Mudou assim[...]O que mudou muito do começo pra agora, eu acho que é a, como é que se diz, assim, a própria universidade eu acho que tá instruindo, porque quando eles foram mandados, eles não tinham noção do que era uma comunidade, né? Porque muitos, eles vevem num mundo de, de redoma né? E agora não, assim, essa abertura, muitos tá vindo também da periferia né? Muitos estudantes de medicina, houve uma grande abertura de pessoas que não, classe [...] (ACS).

A instituição de outros cenários de aprendizagem, além do espaço acadêmico, inserem os profissionais dos serviços como educadores, denominados preceptores. É papel do preceptor – propor, viabilizar e problematizar atividades que, ao mesmo tempo, façam sentido para o estudante, para a unidade e para os usuários e que agreguem elementos relevantes à produção do perfil profissional (FEUERWERKER, 2011).

Como apresentado pela autora, mesmo que na legislação do SUS esteja prevista que é atribuição de todos os profissionais a formação dos estudantes, o grau de institucionalização dessas práticas nos serviços é diversa. Nos serviços hospitalares, sobretudo na formação médica, a inserção dos estudantes e residentes, bem como a atividade de preceptoria, é desenvolvida de forma mais orgânica. Já para as demais profissões de saúde e cenários de prática essa

inserção, tradicionalmente, é menos sistemática, bem como o papel do preceptor ainda precisa ser melhor construído (FEUERWERKER, 2011).

Assim, a função da preceptoria implica uma compreensão dos profissionais, bem como um reconhecimento das instituições de ensino. No caso dos profissionais em foco nesta pesquisa, os Agentes Comunitários de Saúde, o (não) reconhecimento apresenta-se como central no processo de integração- ensino- serviço- comunidade.

Assim, eu acho que uma coisa que a gente precisa também destacar, pra poder registrar, é a total desvalorização, dos outros professores, do papel do ACS. Então assim, por mais que eu tenha tentado né, assim, fazer pontes entre o pessoal da pediatria, o pessoal da obstetrícia, com as unidades de saúde, não tem nenhuma sensibilidade, nem tem nenhuma, assim, reconhecimento, nem luzinha no fim do túnel de que é aquilo, entendeu? [...]Tem coisas outras também que eu acho que são importantes, por exemplo, é muito sacrificado pra gente, professor do módulo, eu não sou coordenadora mais do módulo né, não tenho obrigação nenhuma de emitir declaração de preceptoria pra equipe, mas se eu não fizer a declaração de preceptoria ninguém faz. E muitas vezes, assim, eu tenho que fazer dos outros módulos, porque o outro módulo não entregou, e a gente tem que fazer, se não a gente nem entra na unidade. Então assim, é uma coisa muito, muito cansativa, dolorosa, de você ficar o tempo inteiro tentando, tentando, tentando, e a gente termina desistindo mesmo e fazendo aquele básico que a gente tem que fazer, quando tem um gazinho, a gente se renova, mas (Docente Medicina).

A - Aí tem aquela coisa assim, eu não recebo mais estudantes. Eu não sou obrigado a receber estudantes... ah porque você é educador, eu não sou obrigado a ser preceptor. Eu não sou preceptor [...] não, nunca me colocaram como preceptor, oficialmente nunca me colocaram como preceptor, eu não tenho obrigação de estar com estudante, eu não recebo estudantes mais, não sou obrigado.

Entrevistadora - Nem por parte da faculdade, nem por parte da prefeitura?

A - não, os preceptores são os médicos e os enfermeiros, eles são os preceptores, entendeu?

Entrevistadora - E vocês acham que esse não reconhecimento faz diferença? Nessa relação com o estudante, nesse respeito...

A - Faz sim, porque eles só se reportam aos seus preceptores, essa que é a verdade.

B - Colocaram [...] como preceptor, mas não dava nota (ACS).

Tradicionalmente, a preceptoria é realizada por profissionais do mesmo núcleo profissional e de nível superior. Assim, é possível indicar um duplo tensionamento no processo de preceptoria pelos Agentes Comunitários de Saúde: o fato de não serem profissionais de outro núcleo profissional e serem profissionais com formação de nível fundamental/ médio e técnico.

Ao debater as noções de núcleo e campo, a primeira trata dos conhecimentos, a identidade de uma área de saber e de práticas profissionais. O campo é um espaço onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. *Metaforicamente, os núcleos funcionariam em semelhança aos círculos concêntricos que se formam quando se atira um objeto em água parada. O campo seria a água e o seu contexto* (CAMPOS, 2000).

Assim, conforme discussão realizada anteriormente, a formação profissional deve compreender o saber próprio da profissão, como também se apropriar de saberes e práticas comuns ao campo da Atenção Primária em Saúde na perspectiva de um cuidado integral. Os agentes comunitários, portanto, são os profissionais que propiciam essa aproximação com o campo, sobretudo na perspectiva da promoção da saúde e da aproximação entre as equipes de saúde da família e a comunidade/ território.

Contudo, historicamente, por a formação dos profissionais ser desenvolvida de forma não integrada com as noções de multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, verifica-se resistências ao contato com outras categorias profissionais.

O outro elemento que contribui para desvalorização do papel de educador dos ACS é o seu baixo nível de formação formal. A formação técnica dos profissionais tem sido um eixo de desenvolvimento da profissão dos ACS. É destacado que a formação, por proporcionar processos de transformação da realidade, é uma importante agenda, devendo ser sustentada em propostas de qualificação do trabalho e desenvolver o trabalho e o saber crítico, reflexivo e transformador da realidade. Deve compreender que a formação técnica não deve

colocar como objetivo a transformação desse profissional apenas em técnico, mas como importante estratégia de organização da carreira desse profissional (QUEIROZ, 2012).

Desde que eu entrei, eles já tinham essa função, essa parte da visita domiciliar já tava colocada. O agente, assim, a parte da atividade educativa, ela foi crescendo no decorrer do processo. Às vezes, no início, quando eu cheguei, em 2006, 2007, tinha uma participação da atividade educativa mais formal, assim, dentro da unidade, com caráter mais de palestra mesmo. Eu vejo que, assim, tem dois grandes processos dentro da participação do ACS. Um deles é o curso técnico, acho que o curso técnico, ele deu um papel, assim, ele trouxe mais essa fortaleza pra os ACS se entenderem como pessoas que tão ali, que podem ensinar né, que tem esse potencial. É, o curso técnico, ele teve um papel assim de aumentar a autoestima né, de muitos ACSs de uma forma muito importante. A gente, nesse ano mesmo do curso técnico, que foi um semestre muito difícil, porque eles tavam saindo pra aula, mas a gente levou os meninos pra formatura, levou eles pra mostra dos trabalhos finais dos ACSs. Então, os alunos viram isso, participaram, acompanharam. Um outro processo que eu acho que foi muito importante foi a ida dos ACSs para a universidade, eu acho que isso também tem um papel muito importante de tá também dando essa autoestima. A gente, na UPE, a gente teve sempre muito claro essa oferta para o ACS, dessa preceptoria funcionar como pontos pra ele mesmo na universidade. Então a gente oferecia como monitoria, a gente oferecia como preceptoria depois, mas no período em que a gente oferecia como monitoria, logo depois foi, veio uma portaria, uns editais de seleção, de residência eu acho, mas outros também, pra dizer que monitoria fora da sua universidade não contava ponto. Isso quebrou essa história da monitoria, mas a gente ficava sempre inventando essas formas, essas modalidades de valorização do trabalho como professor por conta de ter mesmo a consciência de que tinha esse valor né, e de achar que isso tinha que ser valorizado mesmo, né? Eu acho que o EdPopSUS ele também teve um papel, principalmente pra alguns ACSs, sabe, pra algumas pessoas em especial né, então, por exemplo, essa menina da Vila Boa Vista, ela, a mudança dela depois do EdPopSUS é muito grande, mas assim, também não são muitos que tiveram essa, essa (Docente Medicina).

Outra estratégia apresentada para o desenvolvimento dos Agentes Comunitários de Saúde como educadores é a formação para o desenvolvimento de habilidades pedagógicas. Muitas vezes os ACS tem dificuldade de atribuir-se a função de educador em virtude de considerar possuir limitações técnicas e educacionais, mesmo que desempenha com compromisso a preceptoria (OLIVEIRA, 2016).

Vamo lá, eu preceptor, qual é a função do preceptor? O que faz um preceptor? Como faz um preceptor? Tá entendendo, então o cara vai pra rua comigo, beleza, mas como foi o desenvolvimento dele lá, ninguém procurar saber, nem se ele foi. Agora se eu faço uma formação como preceptor num curso, olha, vou, vai fazer isso, você vai avaliar isso, ter o conhecimento, não é o conhecimento dele, ele tá lá no curso superior dele, eu tenho meu curso técnico, mas dentro do meu conhecimento, do que ele veio fazer comigo, eu deveria saber como avaliar, ter uma ferramenta pra fazer isso. Certo? E como preceptor, qual seria... eu nem sei como dizer isso, sabe? Porque até agora, nenhuma. Porque se ele não vem pra aprender, eu não posso fazer nada, nesse momento eu sou (...) só um degrau pra que ela preencha um questionário e vá embora, mero acompanhante (ACS).

Ao mesmo tempo é destacado que a Universidade tem buscado desenvolver estratégias de reconhecimento desse papel. Mesmo que ainda seja uma barreira dentro da própria instituição.

Hoje a gente entrega a declaração de preceptoria para os agentes comunitários né? (Docente Medicina).

Aí sempre quem, quando encaminhava os estudantes, encaminhavam pra médica, ela era a preceptora. A gente era quem andava com eles, e a gente era o que? Nada. Entendes? Aí teve uma vez que eu falei lá e, eu acho que não só eu, outros colegas também falaram, e eu acho que mudou um pouco a visão do programa. Agora não, eles vão pro agente de saúde primeiro. O APS 1, a primeira entrada dele dentro da comunidade é com os ASAs, que é pra fazer o mapeamento do território, e junto com o ACS, fazer essas visitas domiciliares. A médica ficou de fora, entendeu? A gente é que é o tutor dele, é tutor não [...] Preceptor, entendeu? Quer dizer, houve nesse período esse reconhecimento. Porque antigamente a gente não tinha esse reconhecimento. era, ele vinha direto pra mão da médica, só que a médica só fazia dizer "você vai sair, você e você", se a gente quisesse, no caso né, quisesse levar. Porque tinha muitos colegas que "não, vou não, não sei o que". [...] Eu me sinto orgulhosa disso. Porque, como eu disse a você, eu encontrei esse, eu tava com meu filho lá, no Osvaldo, no Getúlio e encontrei um estudante de 2010, né? E ele lembrou, que ele tava lá na unidade. Apesar que ele não ficou na minha equipe, mas foi em outra equipe, mas a gente sempre tinha uma interação de uma equipe com a outra né, e a gente sempre quando faz a organização chamava eles, quando tava perto de final de ano, assim... E tem muitos que são, era muito perceptível, muito novinho. E, de 2010, eu falando com ele "foi, eu fui, eu fiquei lá, estagiei lá!" lembrou o nome do agente de saúde, que é minha colega, e eu fiquei muito feliz né, de saber que ele tava ali, e foi lá de minha unidade né (ACS).

Importante perceber a importância desse reconhecimento para os ACS.

Eu não sei se eles reconhecem, eu só sei que eu me reconheço. Porque, no período em que eu estou aqui, nesse tempo todinho, eu já consigo, tanto eu como minhas colegas e meu colega, a gente já faz uma análise do perfil daquele paciente mais ou menos, a gente já sabe o que tá acontecendo com ele. Quando chega na médica, aí até que bate aquilo que a gente pensava que era. Então assim, é um conhecimento que a gente tem que deixa a gente muito gratificante, porque a gente consegue detectar, nas nossas visitas, uma coisa que poderia se agravar e, com a nossa visita, com o nosso acolhimento, com o nosso conhecimento, a gente conseguiu reverter o quadro. [...] E o estudante do nosso lado, ele vê a gente identificando aquilo. Eles até ficam assim, porque a gente, durante a conversa, a gente identifica algo e eles tão ali olhando, tão conversando, e ele vê que a gente identificou. Aí quando chega, na verdade eles aprenderam aí alguma coisa. [...] A a gente se sente assim né, ele vem praqui como estudante e hoje tá lá no hospital. Saber que, de certa forma, a gente tem uma pontinha ali que a gente ajudou, de certa forma. É muito bom isso (ACS).

Eu acho que eles reconhecem, porque assim, eu já tive o privilégio de ir pra apresentação final deles, num seminário lá na UPE, e eles todos assim, homenagearam bastante o posto, falaram lá e até pediram pra a gente tudo ficar lá na frente, homenageou as pessoas que estavam lá. Isso foi gratificante (ACS).

A aproximação entre a Universidade e a realidade dos serviços pode aprimorar a qualidade dos serviços prestados, ampliando a possibilidade de cuidado nos serviços e reorganizar os mesmos. Também tem a potência de fazer com que a produção acadêmica nas áreas de ensino, estejam referenciadas nas necessidades do mundo real.

Contudo a contribuição da Universidade e dos estudantes para o serviço e a população também foi um aspecto destacado.

Veja, desde o primeiro momento, o curso inclusive partiu pra uma, dizer que a gente queria, isso pra o estágio curricular obrigatório, a gente bota como obrigação mesmo, qual é a demanda que o serviço traz, vocês tão fazendo o que, precisa de ajuda pra isso, mas no primeiro momento a gente também tentou fazer um entrosamento entre a demanda do serviço. Por exemplo, na minha experiência, eu estava em Peixinhos, a enfermeira precisava fazer um levantamento da imunização das crianças menores de um ano. Então, os alunos que tavam passando, durante aquele estágio, fizeram esse

levantamento e foi um momento de tá mais com ela, dela explicar como é que é feita a imunização, porque é que tinha aquele controle e tudo o mais, e eles fizeram, em cada setor. Um foi mais a questão do, de um mapa, pra poder fazer a identificação das casas pra os ACS, me parece que isso foi em Camaragibe. Isso eu tô lembrando, já faz desde 2013, mas assim, a ideia é que a gente sempre vincule a oportunidade, mas a gente sabe que é restrita, porque é prática em serviço, não é o estágio, que eles vão todo dia. Então eles vão duas vezes, esse sendo pontual, às vezes, vamos dizer, oportuniza pouca, vamos dizer, uma demanda mais que tenha uma continuidade, certo? Agora a gente tem essa preocupação, no curso, de fazer eles... Como é o curso, tem a visão do sanitaria, como é que vocês podem botar a mão na massa naquele nível? O que é que o distrito tá fazendo? É uma campanha, é o? A unidade, o que é que tá vendo, né? Então, que eles se envolvam, não é, diretamente. E se tivesse uma demanda específica dos ACS, do ponto de vista de alguma coisa, como teve essa história de fazer a questão mais de localização das casas, fazer o levantamento. Eles também, a gente também orientaria pra isso. Agora, nem sempre tem, por conta que, eu acho que dessa descontinuidade, certo? Que favorece mais os alunos do estágio curricular obrigatório, não é, quando tão já no sétimo e no oitavo, e aí ele já tem mesmo (Docente Saúde Coletiva).

É porque a teoria ela é muito boa, porque imagina, vem um estudante, que visita uma família, que conhece uma família e vai pensar em como pode ajudar aquela família e depois volta pra dar uma devolução, isso é muito bom, isso é uma teoria perfeita, assim, sendo que na prática não é isso (ACS).

Já que a universidade mandam eles virem pra cá e eles precisam vir, tá, mas aí a partir daquilo que foi coletado, onde é que nós podemos ajudar a comunidade, já que interferiu lá, já interferiu no trabalho da saúde, já que torrou a paciência desses comunitários, depois o que eu posso fazer? Nada. Tenho fechamento de trabalho que é deles, é uma apresentação... acabou. Uma vez os estudantes chegaram aqui, nossa, poxa é verdade... uma que veio mesmo na casa de dona Maria Anunciada, pensando numa forma de melhorar e tal, a pessoa tal, tal (ACS).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível perceber que, mesmo sendo destacada a primazia da Atenção Primária como reorientadora do modelo de atenção à saúde, ainda é pequena a inserção dos estudantes nesse cenário de aprendizagem, sendo restrito ao primeiro e último ano dos cursos de graduação. Nos demais anos, os estudantes são inseridos aos demais níveis de atenção.

Nos primeiros semestres os estudantes têm os ACS como profissionais de referência para inserção no território, algo que não se mantêm nos outros períodos do curso, quando os estudantes têm como referência os profissionais do seu núcleo profissional. É questionado pelos ACS que os instrumentos que organizam as práticas dos estudantes no território reduzem o contato dos estudantes com o cotidiano e a família.

Destaca-se, portanto, a relevância de que as ações desenvolvidas nestes cenários de aprendizagem estejam referenciadas nas necessidades de saúde do território, fato que ainda apresenta-se como desafio ao se organizar as práticas de cuidado.

Sistematizando os elementos destacados na aprendizagem dos estudantes no contato com os Agentes Comunitários de Saúde é possível apresentar: a leitura do território, garantindo a aproximação com os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença; acolhimento e vínculo; o comportamento junto à comunidade, destacando os aspectos comunicativos da interação; assim como o cuidado ampliado. Tais saberes referem-se às seguintes competências dos Agentes Comunitários de Saúde: promoção da saúde; planejamento e avaliação; e integração da equipe de saúde com a população local. Tais saberes e competências são fundamentais para o cuidado em saúde referenciados na perspectiva da integralidade.

Vê-se, portanto, a potência desses profissionais para o aprendizado dos estudantes, ampliando o cuidado a ser ofertado, inserindo aspectos sociais e culturais. Destaca-se que tais aprendizados já estão previstos nas Diretrizes

Curriculares indicando a necessidade de reconhecimento e maior institucionalização de estratégias que favoreceram esse desenvolvimento, como é o caso da interação com os ACS.

Tal institucionalização encontra barreira no reconhecimento dos ACS como educadores. Podem-se indicar dois fatores: o baixo grau de escolarização de tais profissionais, e o não reconhecimento de seu saber para a atuação dos núcleos profissionais, referenciado no modelo biomédico de cuidado. Tem-se, portanto a premente necessidade de processos formativos que desenvolvam profissionalmente tais trabalhadores da saúde e que contribuam no processo de legitimidade de seus saberes.

Destaca-se, assim, a corresponsabilidade das instituições de ensino com o desenvolvimento da rede de saúde. Os serviços de saúde carecem de ações que, considerando a integração ensino-serviço-comunidade, os fortaleçam enquanto cenário de aprendizagem. Por exemplo, a formação dos trabalhadores para práticas pedagógicas, bem como a instituição de espaços de pactuação que visem o planejamento, acompanhamento e avaliação de tais ações.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. C. de. **A Educação Popular em Saúde no município de Recife-PE: em Busca da Integralidade**. 2003. Tese (Doutorado Interinstitucional em Saúde Pública de Pernambuco) - Escola Nacional de Saúde Pública, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2003.

ALBUQUERQUE, V. S. et al. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 3, n. 32, p. 356-362, 2008.

ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. C. (Org). **A educação dos profissionais de saúde na América Latina**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999.

ANDRADE, L. O. C. de. **Gestão e Financiamento do Sistema Único de Saúde à Luz das Normas Operacionais Básicas**. 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1997.

BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1993**: investindo em saúde. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1993.

BATISTA, P. S. S. **Ética no cuidado em saúde e na formação universitária na perspectiva da educação popular**, 2012. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

BORNSTEIN, V. J. **O agente comunitário de saúde na mediação de saberes**. Rio de Janeiro, 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública, Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2007.

BORNSTEIN, V. J.; MATTA, G. C.; DAVID, H. O processo de trabalho do agente comunitário de saúde e sua incidência sobre a mudança do modelo de atenção em saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. (Org.). **O território e o processo saúde doença**. Rio de Janeiro: EPSJV, FIOCRUZ, 2007. p.191-219

BOSI, M. L. M; PAIM, J. S. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 15, p. 2029-2038, 2010.

BRAID, L. M. C.; MACHADO, M. F. A. S.; ARANHA, Á. C. Estado da arte das pesquisas sobre currículo em cursos de formação de profissionais da área da saúde: um levantamento a partir de artigos publicados entre 2005 e 2011. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 16, n. 42, p 679-692, 2012.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8.1986, Brasília, DF. **Relatório Final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1997.

\_\_\_\_\_. **Programa Agentes Comunitários em Saúde (PACS)**. Brasília, DF, 2001

\_\_\_\_\_. **Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas**. Brasília, DF, 2003.

\_\_\_\_\_. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, DF, 2009a.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF, 2009b.

\_\_\_\_\_. **Planilha de cobertura, Trab. competência de maio de 2011**. Brasília, DF, 2011.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde**. Brasília, DF, 2004.

BRITO, A. C.; SANTOS, C. M. Especialização Integrada em Saúde Coletiva modalidade Residência Multiprofissional: em foco uma experiência de formação do Centro de Educação Permanente da Saúde do Município de Aracaju no modelo saúde todo dia. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília, DF, 2006, p 61-80.

CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S. A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 133-142, 2001.

CAMPOS, F. E. et al. Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, n. 25, v. 2, p. 53-59, 2001.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao.html>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

CECCIM, R. B. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades. **Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, 2008.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 14, p. 41-65, 2004.

CECCIM, R.B.; CARVALHO, Y.M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: CECCIM, R.B; MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS, UERJ, 2011.p 78-91.

CECILIO, LC de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R., Araújo. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, 2009.p 113-126.

CHAUÍ, M. A universidade pública sob nova perspectiva. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, Campinas, , v. 24, p. 5-15, 2003.

\_\_\_\_\_. **Escritos sobre a universidade**. São Paulo, UNESP, 2001.

CHINELLI, F.; LACERDA, A.; VIEIRA, M. A reconfiguração gerencial do Estado brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990. In: VIEIRA, M. **Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.p 33-78.

CORBO, A.; MOROSINI, M. V. G. C.; PONTE, A. L. M. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M. V. G.C. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.p. 69-106.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Recomendações Do Conselho Nacional De Saúde À Proposta De Diretrizes Curriculares Nacionais Do Curso De Graduação Em Saúde Coletiva**.Brasília, DF, 2017. Disponível em <<https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2017/03/Nota-Tecnica-DCN-Saude-Coletiva.pdf>>. Acesso em: 01 mai. 2017.

DA SILVA MARQUES, C. M.; EGRY, E. Y. As competências profissionais em saúde e as políticas ministeriais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 1, n. 45. p. 187-193, 2011.

DAVID, H. M. S. L.; ACIOLI, S. Formação profissional e educação popular a partir de uma experiência curricular em graduação em enfermagem. In: BRASIL. **II Caderno de Educação Popular em Saúde**. Brasília, DF, 2014. p. 157-164.

FAGUNDES, N. C. **Em busca de universidade outra: a inclusão de “novos” espaços de aprendizagem na formação de profissionais de saúde**. 2003. Tese (Doutorado em educação)- Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

FAGUNDES, N. C.; BURNHAM, T. F. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 9, n. 16, p. 105-114, 2005.

FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO JR., K. R. de. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 12, p. 59-65, 2002.

FEUERWERKER, L. Estratégias para a mudança da formação dos profissionais de saúde. **Cadernos CE**, Fortaleza, v. 2, n. 4, p. 11-23, dez 2001.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 15, p. 345-53, 1999.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: redução do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 427-38, 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**, 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GUATTARI, F. Da produção da subjetividade. In: GUATTARI, F. **Caosmose: um novo paradigma estético**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

HADDAD, A. E. et al. **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. 15 v.: il. tab.

LAMPERT, J. B. **Tendência de Mudanças na Formação Médica no Brasil: tipologia das escolas**. São Paulo: Hucitec; 2002.

LEONARDO, V. T. **Mobilizando coletivos e construindo competências culturais no cuidado à saúde: estudo antropológico da política brasileira de Atenção Primária à Saúde**, 2010. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

LIMA, C. M.; STOTZ, E.; VALLA, V. Pobreza e violência: desafios para os profissionais de saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**. Juiz de Fora, v. 11, n. 3, p. 273-284, 2008.

LIMA, J. C. F. O Sistema Único de Saúde e a Educação Profissional na Área de Enfermagem. In: MORSINI, M. V. G. et al. (Org.). **Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013.p.11- 22

LOPES, M. R.; DURÃO, A. V.; CARVALHO, V. A disputa sobre os sentidos do trabalho e da formação dos agentes comunitários de saúde. In: VIEIRA, M. **Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.p.161-208.

LOTTA, G. S. Saberes locais, Mediação e Cidadania: o caso dos agentes comunitários de saúde. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.21, supl.1, p.210-222, 2012.

MARTINS, A. L. X. **O agente comunitário de saúde e a promoção da saúde: uma revisão de literatura sobre a centralidade do seu trabalho na Atenção Básica da Saúde**. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde)- Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2014.

MASSOTE, A. W.; BELISARIO, S. A.; GONTIJO, E. D. Atenção primária como cenário de prática na percepção de estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online], Rio de Janeiro, v. 4, n. 35, p. 445-453, 2011.

MATTOS, R. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 5, n. 20, p.1411-1416, 2004.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDONÇA, M. H. Profissionalização e Regulação da Atividade do Agente Comunitário de Saúde no contexto da Reforma Sanitária. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 353-365, 2004.

MERHY, E. E; FRANCO, T. B. Programa Saúde da Família: somos contra ou favor? **Saúde em debate**: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Rio de Janeiro, Ano XXVI, v. 26, n. 60, jan./abr, p.118-122, 2002.

MERHY, E. E. et al. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998.

MERHY, E.E.; FRANCO, T. PSF: contradições e novos desafios. **Conferência Nacional de Saúde On-Line**, 1996. Disponível em <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-17.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2017.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; 1992.

MIRANDA, A. C.; BARCELLOS, C., MOREIRA, J.C.; MONKEN, M.. **Território, ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

MOROSINI, M. V. **Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

MOROSINI, M. C. S et al. **Observações e contribuições sobre o PL 6437 de 2016 (acerca dos agentes comunitários de saúde)**. Rio de Janeiro, 2017. (não publicado)

MONKEN, M.; GONDIM, G. M. de M. Territorialização em saúde. In: **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009. Disponível em <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>> Acesso em: 08 fev 2017.

MULLER NETO, J. S. Gestão do cuidado e educação permanente sob o paradigma da linguagem e do agir comunicativo. In: PINHEIRO, R.; SILVEIRA, R. P.; LOFEGO, J.; SILVA JÚNIOR, A. G. (Org.). **Integralidade sem Fronteiras: itinerários de justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado**. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ/ Abrasco, 2012, p.112-118.

OLIVEIRA, M. W.; MONTRONE, A. V. G.; AQUILANTE, A. G.; PINTO, F. G. Diálogo com práticas populares de saúde na formação profissional. In, BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (Org.), **II Caderno de Educação Popular em Saúde**, Brasília, DF, p. 157-164., 2014.

OLIVEIRA, M.W.; STOTZ, E. N. Perspectivas de diálogo no encontro entre organizações não governamentais e instituição acadêmica: o convívio metodológico. **Reunião Anual da ANPED**, v. 27, p. 17, 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários De Saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em <<http://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata>>. Acesso em: 25 de abr. 2017.

PAIM, J. S. **Recursos humanos em saúde: problemas crônicos e desafios agudos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

PAIM, J. S. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 143-146, 2001.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 1, n. 35, p. 103-109, 2001.

PINTO, I. C. de M. et al. **Trabalho e Educação na Saúde: a produção técnico científica**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2012.

QUEIRÓS, A. A. L.; LIMA, L. P. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 10, p. 257-281, 2012.

RECIFE. Governo Municipal. Secretaria de Saúde do Recife. Secretaria Executiva de Coordenação Geral. Gerência Geral de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde 2014–2017**. Recife, 2014.

REDE UNIDA. **Textos, imagens e documentos sobre a trajetória da Rede Unida**. Disponível em <<http://www.redeunida.org.br/rede-unida/nossa-historia/>>. Acesso em: 25 abr 2017.

SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L.; PINHEIRO, R. Seleção De Conteúdos, Ensino-Aprendizagem e Currículo Na Formação Em Saúde. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. G.; MATTOS, R. A. (Org). **Ensinar Saúde: A Integralidade e o SUS nos Cursos De Graduação Na Área da Saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ ABRASCO, 2011,p.102-116.

SANTANA, C. M. B.S.; FALBO ; A. R.; SAMICO, I. C.. Avaliação da integração ensino-serviço da rede SUS escola recife no âmbito da estratégia saúde da família. In: Gilliatt , H.G. et al (Org) **Livro de resumo das dissertações: turmas 01 e 02**. Recife: FPS,2014, p. 29-31.

SANTOS, M. R.; PIERANTONI, C. R.; SILVA, L. L. Agentes comunitários de saúde: experiências e modelos do Brasil. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 20, p. 1165-1181, 2010.

SAVIANI, D. **Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações**. São Paulo: Cortez, 1991.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. Agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-96, fev. 2002.

SPINK, M. J. P. **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais (publicação virtual), 2014.

\_\_\_\_\_. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. Edição virtual, 2013.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**, Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STOTZ, E. N. A cultura e o saber: linhas cruzadas, pontos de fuga. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, p. 132-134, 2001.

\_\_\_\_\_. Enfoques sobre educação e saúde. n: VALLA, Victor Vincent; STOTZ, Eduardo Navarro. **Participação Popular, Educação e Saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p.11-22.

STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S. L.; WONG-UN, J. A. Educação popular e saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social. **Revista de Atenção Primária à Saúde**. Juiz de Fora, v. 8, n. 1, p. 49-60, 2005.

TEIXEIRA, C. F. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: EDUFBA, 2006

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO. Faculdade de Ciências Médicas. Núcleo Integrado de Saúde Coletiva. **Anteprojeto para implantação do Curso de Graduação em Saúde Coletiva da UPE**. Recife, 2012.

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO. **Plano de Desenvolvimento Institucional 2014/2018**. Recife, 2013.

\_\_\_\_\_. **Projeto Pedagógico do curso de Medicina**. Recife, 2016.

\_\_\_\_\_. **Módulo Atenção Primária a Saúde I 2017.1**. Recife, 2017a.

\_\_\_\_\_. **Módulo Atenção Primária a Saúde II 2017.1**. Recife, 2017b.

\_\_\_\_\_. **Manual de Orientação Módulo Interprofissional na Área de Saúde – Atenção à Saúde na Perspectiva do Cuidado, Integralidade da Atenção e Trabalho em Equipe**. Recife, 2017c.

VALLA, V. V. Debatendo a presença das classes populares nos projetos UNI. In: ALMEIDA, M; FEUERWERKER, L; LLANOS, M. C. (Org.), **A educação dos profissionais de saúde na América Latina**. São Paulo: Hucitec, 1999.p.205-211.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v.5, n.8, p.121-126, 2001.

VASCONCELOS, E. M; CRUZ, P. J. S. C. (Org.), **Educação popular na formação universitária: reflexão com base em uma experiência**. São Paulo: Hucitec; João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2011.

VIEIRA, M. **Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

VELHO, G.; KUSCHNIR, K. (Org.). **Mediação, Cultura e Política**. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2001.

## APÊNDICE A – Roteiros de Grupos/ Entrevistas

### Roteiro do Grupo com os Agentes Comunitários de Saúde

| Etapa  | Atividade   | Duração | Material                                  |
|--|---|---------|---|
| Etapa 1:<br>Introdução                             | Apresentação dos objetivos da pesquisa  | 10 min  | Leitura dos objetivos                     |
|  | Questões éticas- legais- TCE e apresentação do processo.  | 20 min  | Entrega dos TCE'S                         |
|  | Apresentação: pedir para que os ACS se organizem em duplas, o critério deve ser aqueles mais se conhecem, ou acham que mais conheçam. Apresentar o colega de dupla respondendo as perguntas: a) <i>é ACS de qual unidade/ território?</i> b) <i>Há quanto tempo é ACS?</i> Após ser apresentado pedir para que cada um diga se está certo e se quer completar alguma coisa. | 20 min  | Gravador, caderno e caneta para anotação. |
| Etapa 2:<br>introdução à prática e saberes dos ACS | Entregar duas duplas de tarjetas de cores diferentes e solicitar aos ACS que em duas delas escrevam que <i>atividades realizam</i> .<br>Pedir para que todos os ACS apresentem as atividades que destacou breve comentário dos demais.<br>As tarjetas são coladas na parede/ cartolina.   | 30 min  | Tarjetas grandes - Atividades e Saberes   |
|  | Ler com os ACS todas as atividades coladas na parede e questioná-los quais - <i>são os saberes/ conhecimentos são necessários para a realização de tais atividades?</i>   |         |   |

|   |   |        |              |
|---|---|--------|--------------|
| Etapa 3:<br>A<br>presenç<br>a dos<br>ACS na<br>formaçã<br>o | <p>Roda de conversa sobre a relação dos ACS com estudantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>As USF que vocês trabalham, recebem estudantes de graduação?</i></li> <li>- <i>Faz quanto tempo que recebem?</i></li> <li>- <i>Como é? Quem encaminha? Como chegam?</i></li> <li>- <i>E os ACS, como participam do acompanhamento desses estudantes?</i></li> <li>- <i>Que atividades os estudantes fazem junto com os ACS?</i></li> <li>- <i>Quem define essas atividades? Qual o objetivo dessas atividades?</i></li> <li>- <i>Existe integração entre os ACS e a equipe no planejamento das atividades?</i></li> </ul> | 40 min | 2 gravadores |
|   | <p>Saberes dos ACS e Formação: Retomar os saberes colocados na parede e pedir para que em dupla debatam as seguintes questões:</p> <p>a) <i>esse saber é relevante para o cuidado em saúde? Por quê?</i> b) <i>Os ACS são educadores? Podem ensinar o que sabem aos estudantes? Como?</i></p>   | 30min  | 5 Cartolinas |
| Etapa 4:<br>Avaliação do Grupo                              | Os ACS devem avaliar como foi a oficina de forma livre, e colocando sugestões.  | 10 min |              |

### Roteiro do Grupo com os Estudantes

| Etapa                  | Atividade   | Duração | Material              |
|------------------------|---|---------|-----------------------|
| Etapa 1:<br>Introdução | Apresentação dos objetivos da Pesquisa e Oficina        | 10 min  | Leitura dos objetivos |
|                        | Questões éticas-legais: TCLE e apresentação do processo | 10 min  | Entrega dos TCE'S     |
|                        | Apresentação: pedir para que os                         |         |                       |

|  |   |        |              |
|--|---|--------|--------------|
|  | estudantes se apresentarem respondendo as seguintes perguntas: <i>qual o período do curso vocês estão?</i>  | 10 min |              |
| Etapa 2:<br>A presença dos ACS na formação | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Vocês começam a ir para as USF's a partir de qual período?</i></li> <li>- <i>Quais são as atividades que vocês realizam nas USF's?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Que atividades são desenvolvidas pelos estudantes com a participação dos ACS?</i></li> </ul> </li> <li>- <i>Quem define essas atividades? Qual o objetivo dessas atividades?</i></li> <li>- <i>E os ACS, como participam do acompanhamento desses estudantes?</i></li> <li>- <i>Como são apresentados às atividades que os estudantes irão desenvolver? Como avaliam os estudantes e as atividades desenvolvidas?</i></li> <li>- <i>Existe integração entre os ACS e a universidade no planejamento das atividades?</i></li> <li>- <i>Os estudantes levam algum instrumento?</i></li> <li>- <i>A universidade vislumbra algum retorno deste trabalho para os ACS?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Que dificuldades vocês visualizam no desenvolvimento dessas atividades?</i></li> <li>- <i>Que potencialidades ou contribuições podem citar?</i></li> </ul> </li> </ul> | 30 min | 2 gravadores |
| Etapa 3:<br>A prática e saberes dos ACS    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Que imagem vocês fazem dos ACS que colaboram nas atividades práticas dos estudantes nos territórios?</i></li> <li>- <i>Que saberes vocês consideram que os ACS podem aportar a formação dos estudantes?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Quais desses saberes são próprios dos ACS?</i></li> </ul> </li> </ul>   | 20 min |              |

|                                   |  |       |  |
|-----------------------------------|--|-------|--|
| Etapa 4:<br>Avaliação<br>do Grupo | Os estudantes devem avaliar<br>como de forma livre, e<br>colocando sugestões | 10 in |  |
|-----------------------------------|--|-------|--|

### **Roteiro de Entrevista com Docentes**

#### *Etapa 1: Introdução*

- Apresentação dos objetivos da Pesquisa e da entrevista;
- Questões éticas-legais: TCLE e apresentação do processo;
- Apresentação: pedir para que os docentes se apresentem respondendo as seguintes perguntas: a) *há quanto tempo é docente do curso e o seu papel nesse?* b) *apresentar o curso, sua organização.*

#### *Etapa 2: A presença dos ACS na formação*

- Em quais períodos os estudantes começam a ir para as USF's ?
- Quais são as atividades que eles realizam nas USF's?
- Que atividades são desenvolvidas pelos estudantes com a participação dos ACS?
- Como participam do acompanhamento desses estudantes?
- Quem define essas atividades? Qual o objetivo dessas atividades?
- Os estudantes levam algum instrumento?
- Como são apresentados às atividades que os estudantes irão desenvolver?
- Como avaliam os estudantes e as atividades desenvolvidas?
- Existe integração entre os ACS e a universidade no planejamento das atividades?
- A universidade vislumbra algum retorno deste trabalho para os ACS?
- Que dificuldades vocês visualizam no desenvolvimento dessas atividades?
- Que potencialidades ou contribuições podem citar?

## APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido



FIOCRUZ

Ministério da Saúde

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ECLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos a Sr. para participar como voluntária da pesquisa **O lugar dos Agentes Comunitários de Saúde na formação dos estudantes de graduação**. Esta pesquisa é da responsabilidade da pesquisadora Dara Andrade Felipe, residente na Rua Real da Torre, 255, Madalena, Recife – PE, Telefone: 3227- 5374 e está sob a orientação de Paulette Albuquerque Cavalcanti.

Este Termo de Consentimento pode conter informações que o senhor não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa que está lhe entrevistando para que esteja bem esclarecido sobre sua participação na pesquisa. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubricue as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa a Sr. não será penalizada de forma alguma. Também garantimos que o Senhor tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

Não deve haverá pagamento ao sujeito da pesquisa para sua participação, se admite apenas o ressarcimento de despesas relacionadas à participação do sujeito no estudo, por exemplo, despesas com transporte e alimentação. Nesses casos o participante receberá o valor correspondente aos gastos no momento de sua participação, sendo formalizado recibo.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Descrição da pesquisa: A presente pesquisa tem por objetivo Analisar o lugar dos Agentes Comunitários de Saúde na formação dos estudantes de graduação. A proposta metodológica do estudo aqui apresentado se situa no campo dos estudos qualitativos em

saúde. Terá como campo de produção de sentidos, “dados”, os cursos de saúde da Universidade de Pernambuco- UPE em Recife e o cotidiano do território de três Unidades de Saúde da Família- USF do município de Recife. Na UPE serão realizadas entrevistas com estudantes/ docentes dos cursos de graduação em saúde. Essas entrevistas terão como objetivo a) Caracterizar os espaços/momentos dos cursos de graduação em saúde de contato entre os estudantes e os agentes comunitários de saúde e as estratégias de ensino-aprendizagem; b) Compreender como as Instituições de Ensino percebem o papel dos Agentes Comunitários de Saúde na formação profissional nos cursos de graduação em saúde. Como instrumentos ou ferramentas de produção de dados, serão realizadas entrevistas/grupos com os docentes/ estudantes dos cursos a fim de analisar as compreensões quanto à aprendizagem no espaço da Atenção Primária especificamente quanto à contribuição dos saberes/ práticas dos Agentes Comunitários de Saúde no processo de formação dos estudantes. Serão realizados grupos focais com agentes comunitários de saúde com o objetivo de: a) Sistematizar os saberes da prática profissional dos Agentes Comunitários de Saúde que são objeto do ensino-aprendizagem dos estudantes e b) Compreender junto aos Agentes Comunitários de Saúde as suas compreensões quanto ao processo de formação profissional no contexto e o seu papel. As entrevistas e os grupos focais terão roteiro semi- estruturado, construídos a fim de garantir os objetivos de cada recurso metodológico. Esses serão registrados por gravação, sendo a análise guiada pela produção de mapa de associação de ideia.

## **RISCOS**

A participação neste estudo não trará nenhuma ameaça a integridade física, social dos participantes. Se por ventura, algum desconforto moral/emocional ocorrer ou for relatado pelo participante será interrompida a entrevista/ grupo e o material deles decorrentes serão descartados.

## **BENEFÍCIOS**

As informações fornecidas nessa pesquisa serão úteis para a produção de conhecimento na área da saúde, ofertando também benefícios aos participantes por ser um momento de reflexão sobre suas práticas.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a participação da voluntária. Os dados coletados nesta pesquisa entrevistas e questionários, ficarão armazenados em

pastas de arquivo em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador e Orientador, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da FIOCRUZ no endereço:

**Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº. Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420.**

**Telefone: (81)2101-2639. E-mail: [comiteetica@cpqam.fiocruz.br](mailto:comiteetica@cpqam.fiocruz.br)**

---

Assinatura do pesquisador (a)

#### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIA

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo como voluntária. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data \_\_\_\_\_

Assinatura do (da) participante: \_\_\_\_\_

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar. 02 testemunhas:

|             |             |
|-------------|-------------|
| Nome:       | Nome:       |
| Assinatura: | Assinatura: |

## ANEXO A – Parecer Comitê de Ética



**Título do Projeto:** "O lugar dos Agentes Comunitários de Saúde na formação dos estudantes de graduação".

**Pesquisador responsável:** Dara Andrade

**Instituição onde será realizado o projeto:** CPqAM/Fiocruz

**Data de apresentação ao CEP:** 28/09/2016

**Registro no CAAE:** 60419916.7.0000.5190

**Número do Parecer PlatBr:** 1.861.058

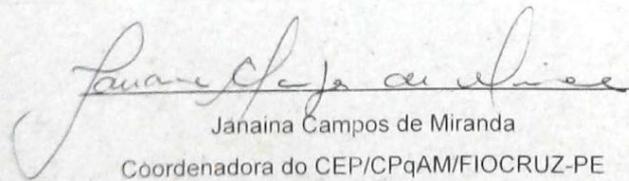
### PARECER

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 466/12, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

O CEP/CPqAM reforça a necessidade de entrega de relatórios parcial e final, em cumprimento a resolução 466/12, capítulo XI, artigo 2d.

Recife, 12 de dezembro de 2016.

  
 Janaina Campos de Miranda  
 Coordenadora do CEP/CPqAM/FIOCRUZ-PE

Janaina Campos de Miranda  
 Pesquisadora em Saúde Pública  
 Coordenadora  
 Mat. SIAPE 464777  
 CEP/CPqAM/FIOCRUZ

Campos de Mirante - Av. Moraes Rego, s/n  
 CEP 51.470-900 Fone: (81) 2101.2639  
 Fax: (81) 2488.2911 | 2101.2639  
 Recife - PE, Brasil  
 www.fiocruz.br/cep/cepaem/cep/cepaem

