

Educação e Saúde na construção da participação social no SUS

Processo de produção de conhecimento: Aplicação profissional

Grupo de Trabalho nº19: “Salud y seguridad social: transformaciones sociales e impactos en la población”

Marcia Raposo Lopes

Professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz)

Cristina Massadar Morel

Professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz)

Ingrid D'avilla Freire Pereira

Doutoranda em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz)

Vera Joana Bornstein

Professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz)

Resumo:

Este trabalho é fruto de uma reflexão propiciada pela experiência das autoras como professoras e coordenadoras do Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde desenvolvido pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio em parceria com a Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro em 2011/2012. Problematiza-se a atuação dos ACS em atividades educativas, as concepções de promoção da saúde e participação social que estão atreladas a esta atuação, bem como, as possíveis contribuições da Educação Popular em Saúde (EPS) para a realização de mudanças nestas práticas. Considera-se este tema fundamental para os avanços não só na reorientação do modelo de atenção em saúde no Brasil, mas também na construção da participação social na saúde para além dos processos representativos e institucionais.

Palavras-chaves: Agente Comunitário de Saúde, Educação Popular em Saúde, participação social.

1- Introdução

Este trabalho é fruto das reflexões realizadas com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município do Rio de Janeiro, durante as aulas de educação e saúde do Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde (CTACS) desenvolvido pela Escola Politécnica Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro nos anos de 2011 e 2012.

O CTACS/EPSJV segue as orientações do referencial curricular para o curso técnico de Agentes Comunitários de Saúde publicado em 2004 pelos Ministérios da Saúde e da Educação, possui duração total de 1.300 horas e está organizado em três etapas. A terceira etapa, unidade de reflexão no presente artigo, tem uma carga horária de 220 horas que estão distribuídas por seis eixos temáticos¹ e uma

¹ Eixo Estado, sociedade e políticas públicas, eixo Educação e Saúde, eixo Sistema Municipal de Saúde, eixo Vigilância em Saúde, eixo Estratégia Saúde da Família e eixo Investigação e Planejamento em Saúde.

estratégia de integração curricular denominada oficina de leitura. Nesta etapa, o foco do curso é a discussão sobre a participação social, tema que deve atravessar o conteúdo de todos os eixos temáticos.

O eixo educação e saúde que, nesta etapa, é composto apenas de seis encontros de quatro horas, recupera a discussão de concepções de educação já realizada nas etapas anteriores, cuja duração foi de 108 horas, e se propõe a debater a articulação do trabalho educativo do ACS com a mobilização e a participação da comunidade, bem como o diálogo com os espaços institucionais de controle social.

Alicerçado na concepção de Educação Popular em Saúde (EPS), que tem como referência fundamental o pensamento de Paulo Freire, estes seis encontros têm como objetivo promover uma análise crítica do trabalho educativo do ACS e o resgate de suas potencialidades para a promoção da participação social na saúde.

As discussões realizadas sobre a noção de participação social e como ela se articula com as atividades educativas desenvolvidas pelos ACS do município do Rio de Janeiro possibilitaram a percepção sobre o pequeno espaço para a realização de processos educativos que não sejam apenas repasse de orientações dos serviços de saúde.

Além dos desafios e da complexidade de fomentar processos de participação, os educandos referiam a sua vinculação a serviços burocráticos e fazeres pautados pelo cumprimento de metas quantitativas, resultantes do modelo de gestão da Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. Neste contexto, os ACS relatavam ter grande dificuldade em construir um trabalho educativo que escapasse ao repasse de orientações sobre prevenção de doenças recomendadas pelos serviços de saúde, desenvolvido basicamente de forma vertical e individual.

Assim, os ACS têm participado cada vez menos de grupos educativos e quando participam, quase sempre não planejam nem coordenam a atividade, ficando este trabalho a cargo de outros profissionais da equipe de saúde. A cobrança em torno das metas dificulta a realização de Visitas Domiciliares (VD) mais cuidadosas tornando, muitas vezes, as VDs um processo mecânico e vertical de coleta de dados e prescrição de receituário de estilos de vida saudáveis.

Também foi possível problematizar em sala de aula a noção de participação e as possibilidades dos ACS e dos usuários intervirem efetivamente na construção das políticas de saúde e determinarem as prioridades de atuação dos serviços sanitários. A ideia de participação, que surgia frequentemente nas discussões, estava descolada de uma análise política mais ampla sobre os processos sociais. Em geral estava associada à compreensão de que os usuários precisam exercer o direito de reclamar dos serviços a partir dos canais oficiais ofertados pela prefeitura ou pela mídia.

Assim, levados a analisar o desenvolvimento do trabalho educativo que realizam, os educandos-ACS problematizaram suas atividades, buscaram refletir sobre as dificuldades de promover ações educativas coletivas e construir articulações com os diversos equipamentos sociais e agentes do território, bem como com os movimentos sociais e as formas institucionalizadas de participação social na saúde, especialmente os Conselhos de Saúde.

Trabalhando como ACS há pelo menos 5 anos, os estudantes do curso debateram sobre as mudanças em seu processo de trabalho, analisando as transformações ocorridas em relação a suas tarefas, nos últimos anos. Consideram que houve um aumento das tarefas burocráticas e nas amarras colocadas pelas metas quantitativas exigidas pela gestão dos serviços. Esta realidade, associada também a organização voltada para o controle de algumas questões epidemiológicas consideradas prioritárias acabaram dificultando o contato dos agentes com lideranças e movimentos sociais de sua área de atuação. Pouco estimulados a debaterem os problemas concretos de suas comunidades, os ACS ficam, cada vez mais, presos a uma atuação de cunho fundamentalmente biomédico no sentido de orientar e acompanhar alguns agravos à saúde sem qualquer problematização dos determinantes sociais da saúde. As noções de promoção de saúde e participação social, tão alardeadas nos textos das políticas

de saúde brasileiras, se veem extremamente reduzidas e comprometidas em seu potencial transformador.

Estas e outras discussões levadas durante todo o curso apontaram a necessidade de problematizar o desenvolvimento do trabalho educativo dos ACS, entendendo este último a partir de sua inserção nas políticas de saúde e num determinado contexto de gestão e de organização do trabalho nas Unidades de Saúde da Família (USF). Considera-se este tema como ponto fundamental para os avanços não só na reorientação do modelo de atenção em saúde no Brasil, mas também na construção da participação social na saúde para além dos processos representativos e institucionais.

2 – O trabalho educativo do ACS: uma revisão bibliográfica

Apesar da reiteração da centralidade da prevenção de doenças e da promoção da saúde no trabalho do agente de saúde na legislação, vários são os estudos sobre o processo de trabalho dos ACS que apontam para a sobrecarga de trabalho e o desvio de função, como fatores que dificultam a realização do trabalho educativo (Costa, Silva, Jahn, Resta, Colomé e De Carli (2012), Koda, Silva, Machado e Naldos (2012); Brigadão e Gonçalves (2009); Bornstein e Stotz (2008/2009); Nascimento e Correa (2008); Araújo e Assunção (2004).

Bornstein e Stotz (2008/2009) em estudos realizados no Complexo da Maré, no município do Rio de Janeiro, assim como Nascimento e Correa (2008) em estudo realizado em Campinas, e Araújo e Assunção (2004) em artigo sobre a atuação do agente comunitário na cidade de Divinópolis, Minas Gerais mencionam a burocratização do trabalho, a realização de atividades administrativas, a organização de filas, cobertura à ausência de outros profissionais e a organização da coleta de sangue, como exemplo de atividades que ocupam o tempo do agente de saúde e dificultam o desempenho do papel de articulador e de educador deste profissional. Brigadão e Gonçalves (2009) em seu estudo realizado na zona Leste de São Paulo citam como exemplo, a vigilância sanitária dos animais de rua, a fiscalização de caixas d'água.

Os autores também identificam a dificuldade do ACS em romper com o modelo tradicional centrado na cura de doenças, focado no indivíduo que é culpabilizado por sua situação de vida e saúde.

Em estudo recente, Filgueiras e Silva (2011) apontam que os ACS reconhecem como objeto de seu trabalho a comunidade e seus problemas de saúde. Entretanto, de acordo com a pesquisa realizada em Volta Redonda, RJ

[...] o foco da VD está na doença, o que dificulta a realização de estratégias que favoreçam a promoção à saúde em seu conceito mais amplo, o de completo bem estar físico, social e mental, e não somente a ausência de doenças (Filgueiras e Silva, 2011, p. 911).

Seguindo ainda a mesma argumentação, Gomes, Cotta, Cherchiglia, Mitre e Batista (2009) em pesquisa realizada no município de Cajuri (MG) observam que o trabalho de orientação feito pelos agentes acontece basicamente de forma individualizada, centrada no reforço da assistência médica. Em depoimentos os ACS apontaram que, em vários momentos, as VD são associadas à entrega de medicamentos, resultados de exames e ao agendamento de consultas.

Ferraz e Aerts (2005); Baralhas e Pereira (2011) e Coriolano e Lima (2010) em estudos realizados respectivamente em Porto Alegre, interior de São Paulo e Ceará apontam que a Visita Domiciliar está, de forma geral, direcionada à prevenção de doenças e relacionada aos programas desenvolvidos pelas unidades de saúde cujo caráter é, sobretudo, biomédico e individual.

Costa et al. (2012) a partir de uma pesquisa realizada no Rio Grande do Sul corroboram com grande parte destas afirmações e assinalam as dificuldades dos agentes em constituir um trabalho educativo fora da lógica biomédica. Vale ressaltar a revisão bibliográfica desenvolvida pelos autores apontando como vários estudos sinalizam a sobrecarga de trabalho, os baixos salários, os vínculos precários e a falta de qualificação como empecilhos importantes para o desenvolvimento do trabalho do ACS.

O contexto descrito acima reforça a necessidade de se refletir sobre o trabalho educativo dos Agentes Comunitários de Saúde, considerando em especial, suas possibilidades de impulsionar transformações efetivas em nosso sistema de saúde e mobilizar a participação social na saúde.

3 – Pensando caminhos alternativos: uma reflexão a partir da Educação Popular em Saúde

O campo das práticas de educação em saúde se constitui como espaço por excelência de aproximação da ação médica com o pensar e o fazer cotidiano da população (Vasconcelos, 2001). No entanto, é preciso ressaltar que esta aproximação pode ser construída de diferentes maneiras, a partir de formas diversas de entender e se relacionar com o saber científico e com os usuários do sistema de saúde.

Inserida no contexto das práticas autoritárias que marcaram a saúde pública em nosso país até a década de 1970, a educação em saúde no Brasil surge com propostas extremamente verticais e comprometidas com o controle das populações desfavorecidas e com a expansão dos interesses capitalistas. O saber biomédico, tomado como verdade indiscutível, legitima a prescrição de condutas para uma população considerada ignorante e, mais do que promover saúde, garante a manutenção do status quo.

O Movimento da Reforma Sanitária rompe com estes valores e comprometido com a transformação social propõe novas formas de aproximação da população e de seu saber. As concepções e as formas de fazer educação em saúde tradicionais são colocadas em questão, entendendo-se que o campo da educação e saúde deve ser desatrelado da proposta de prescrições de estilos de vida saudáveis, envolvendo construir e ampliar conhecimentos no sentido da expansão das capacidades de análise e ação não só sobre as práticas de cuidado e saúde, mas, sobretudo, sobre o conjunto de relações que as constituem.

Entretanto, como assinalamos nas seções anteriores, no cotidiano dos serviços de saúde, o lugar do ainda incontestável saber biomédico e a organização dos serviços de saúde, dentre outros aspectos, atravessam as tentativas de construção de novas práticas de educação e saúde. Apesar da retórica de reorientação no modelo assistencial a partir da ESF, a atenção à saúde e a educação em saúde vivenciadas neste cenário ainda têm como eixo central a reprodução da prática médica tradicional, pautada pela transmissão de conhecimentos e pela prescrição de hábitos saudáveis.

Acredita-se que os fundamentos teórico-metodológicos da Educação Popular em Saúde (EPS) poderiam contribuir para a realização de mudanças nas práticas educativas realizadas na esfera da atenção à saúde, no sentido da reorientação do modelo de saúde que supere o enfoque biomédico.

3.1 – Conhecendo a Educação Popular em Saúde

Nos anos 1950-70, o intenso cenário de diferentes mobilizações sociais vivido na América Latina, propiciou o desenvolvimento de produções críticas aos modos de organização da educação e às formas dominantes de produção e uso do conhecimento (Falkembach, s/d). É neste contexto que

constitui-se uma importante base para a consolidação de propostas teórico-metodológicas no âmbito de uma educação popular de cunho libertador.

No Brasil, destacou-se, no final da década de 50 e meados da de 60, o trabalho do Serviço de Extensão Cultural criado na Universidade de Recife, no qual Paulo Freire, entre outros professores, pôde sistematizar algumas discussões de base da Educação Popular e impulsionar a promoção de diversas experiências no campo da alfabetização e da cultura popular.

As ações que visavam à promoção da educação e da cultura popular sob esta perspectiva objetivavam “transformar a cultura brasileira e, por meio dela, transformar a ordem das relações de poder e a própria vida do país” (Fávero, 1983).

Apesar da perseguição a intelectuais e políticos comprometidos com estas propostas durante o período da ditadura militar, neste período, suas ideias adquirem mais sentido enquanto forma de resistência ao regime ditatorial inspirando o surgimento e o desenvolvimento de inúmeras experiências educativas no Brasil (Brasil, 2012).

Sobre isto escreve Vasconcelos (2001):

Com partidos e sindicatos esvaziados, a população vai aos poucos buscando novas formas de resistência. A Igreja Católica, que conseguiu preservar-se da repressão política, apoia esse movimento, possibilitando o engajamento de intelectuais das mais diversas áreas. O método da Educação Popular, sistematizado por Paulo Freire, constitui-se como norteador da relação entre intelectuais e classes populares (p 27).

Este foi, portanto, um período expressivo no campo da Educação Popular, com o avanço de elaborações teóricas e com a riqueza de experiências educativas, que emergiram do interesse pelos problemas nacionais (Bezerra, 1980).

É neste contexto que esta discussão acaba inserindo-se organicamente no movimento sanitário brasileiro. Nos anos 70, surgem diversas experiências de serviços de saúde comunitários desvinculados do Estado, em que o ideário da Educação Popular marca a construção das relações entre profissionais de saúde e população, representando uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde (Vasconcelos, 2001).

Compreendida como perspectiva teórica orientada para a prática educativa e o trabalho social emancipatórios, direcionada à promoção da autonomia das pessoas e à superação das desigualdades sociais, a Educação Popular configura-se em importante subsídio para as práticas de educação em saúde, forjando-se como base para o que hoje intitulamos EPS.

Como afirma o próprio texto da política a partir das contribuições de Faleiros; Vasconcelos; Silva e Silveira (2006):

Esse processo imprime direcionalidade política às práticas de educação popular em saúde para um projeto de sociedade, no qual a saúde se insere como direito de cidadania e dever do Estado. Com esses acúmulos a educação popular em saúde vai se constituindo no cenário político por meio de movimentos populares (MOPS, Movimento da Zona Leste de São Paulo, Movimento Contra a Carestia) que se integram como atores políticos ativos no Movimento da Reforma Sanitária (BRASIL, 2012, p.6)

O processo de redemocratização e a construção do Sistema Único de Saúde configuram um novo panorama no final dos anos 1980. As experiências localizadas de trabalhos comunitários passam a ter menos destaque, mas a discussão da EPS permanece e é incorporada por profissionais em vários

serviços públicos de saúde. Menos que uma teoria a EPS se constitui em um processo de reflexão que se desenvolve a partir de práticas diversas, ao longo dos anos (Vasconcelos, 2001) e que investe no diálogo entre o conhecimento técnico-científico e o conhecimento oriundo das experiências e lutas da população pela saúde.

O traço fundamental da educação popular e saúde está no método: o fato de tomar como ponto de partida do processo pedagógico o saber anterior das classes populares. Na saúde isto significa considerar as experiências das pessoas (sobre o seu sofrimento) e dos movimentos sociais e organizações populares em sua luta pela saúde nas comunidades de moradia, de trabalho, de gênero, de raça e etnia. Ponto de partida significa reconhecimento, palavra que tem o sentido de admitir um outro saber, tão válido no âmbito do diálogo quanto o saber técnico-científico. (Stotz, 2007, p.55).

Neste sentido, considera-se que os fundamentos teórico-metodológicos da EPS trazem grande contribuição para as lutas do setor saúde. Estes podem constituir-se como estratégia singular para os processos e práticas sanitárias que se fundamentem a partir de uma noção de saúde que para além da ausência de doença coloca em questão os determinantes sociais do adoecimento e que tenham como objetivo o cuidado, a formação, produção de conhecimentos, a intersetorialidade, a democratização do SUS e a redução da desigualdade social.

- Ressalta-se como dimensões fundamentais da EPS que apontam neste caminho: O entendimento do conhecimento como produção histórico-social dos sujeitos, a partir do qual se constroem novos conhecimentos. Um elemento central na produção coletiva do conhecimento é o processo de leitura crítica da realidade e o entendimento da vivência de experiências significativas como potência para a transformação das situações e do contexto vivenciado.
- A emancipação dos sujeitos e a participação popular se fortalecem por meio do enfrentamento das desigualdades sociais e da ação coletiva de intervenção na realidade.
- A contraposição aos saberes e práticas autoritárias orientadas por uma cultura medicalizante imposta à população e o empenho na construção de uma abordagem que valorize o saber, a cultura e as práticas populares de cuidado. O aprendizado mútuo entre diferentes atores é possibilitado por meio do diálogo entre os diversos saberes, culturas e práticas que se complementam.
- A espiritualidade concebida como a motivação que orienta e dá sentido às opções de vida mais fundamentais das pessoas, seja assentando-se em valores e perspectivas religiosas ou não. Aqui, estão em jogo dimensões de sensibilidades, muitas vezes inconscientes, que implicam, por exemplo, em maneiras de estabelecer vínculos e de lidar com o sofrimento.

Estas e outras discussões estão presentes na recém-instituída Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP-SUS) que vem ganhando concretude em alguns projetos do Ministério da Saúde. É importante ressaltar, entretanto, a complexidade e as contradições embutidas nesta política. Construída a partir de uma iniciativa do governo Lula da Silva de estabelecer um diálogo com os movimentos sociais, ela institucionaliza processos coletivos que têm como referência a EPS e se constitui como uma proposta de ruptura com a lógica hegemônica e a ordem social a partir do interior do aparelho estatal.

3.2 – A Educação Popular em Saúde, práticas de saúde e participação social

Os debates com os ACS durante a sua formação técnica, bem como as reflexões sobre a Educação Popular em Saúde, apresentados acima, indicam claramente que a integração da dimensão política do trabalho ao cotidiano da atenção e do cuidado em saúde e ~~impulsionar~~ a transformação da lógica destas práticas no sistema de saúde público brasileiro, envolve mais do que levar em consideração o conhecimento dos agentes sobre o local e a população atendida. Na realidade, este processo envolve tornar estas atividades mais complexas, ao considerar que cuidar e promover saúde não significa prescrever remédios e condutas saudáveis. É preciso desnaturalizar as condições de vida e saúde da população e problematizar as relações sociais, os modos de existência e as diferentes formas de adoecimento.

Dessa forma, o trabalho do ACS precisa ser muito mais amplo do que simplesmente fazer o levantamento e acompanhamento de situações específicas discriminadas pela ESF (como gestação ou hipertensão) e difusão de informação sobre prevenção de doenças. A promoção da participação social na saúde ganha centralidade, com o necessário investimento na inclusão da comunidade no debate e na construção da atenção à saúde no SUS.

Certamente, esta participação não se constrói repentinamente, e é no processo de sua efetivação que acreditamos que a EPS tem muito a contribuir. Ao tomar como princípio a construção conjunta do conhecimento e o diálogo entre diferentes saberes, a EPS propõe que se parta da escuta do outro e da valorização dos seus saberes, potencializando o encontro com a diversidade. Mas este é apenas um ponto de partida de um processo que propicia a discussão dos problemas vividos pela população com todas as suas contradições. Contradições estas vivenciadas também pelos próprios ACS, que ao fazerem parte da comunidade onde trabalham, compartilham com ela os desafios de uma participação social efetiva.

A experiência prévia dos sujeitos é reconhecida e contribui para a identificação das situações-limite presentes no cotidiano e das potencialidades para transformá-las por meio de ações para sua superação. A situação-limite é aquela que representa um problema a ser enfrentado, cujas respostas aparentemente não estão visíveis ou não são alcançáveis de imediato e que se expressa num desafio motivador para o grupo. O processo de transformação da realidade se reflete também, no campo da saúde, no deslocamento de “pacientes” submissos e dóceis em sujeitos capazes de pensar e agir sobre sua saúde.

Em consonância com este processo, ao colocar em questão a cultura medicalizante dos serviços de saúde, a EPS problematiza a lógica simplista da identificação de riscos à saúde e da prescrição de condutas saudáveis que insiste em formatar as ações de educação em saúde na Atenção Básica do SUS. Assim, ela dialoga com a perspectiva ampliada da promoção da saúde, fundamentada no exercício de enfrentamento dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Ou seja, uma perspectiva de atuação pautada pela valorização da vida humana e pelo diálogo revelador dos processos de desigualdade e injustiça social potencialmente adoecedores.

Além disso, ao valorizar a espiritualidade, a EPS se afasta do paradigma limitador da racionalidade moderna. Assim, avança na forma de perceber e tratar não só o conhecimento, mas também as interações entre educador e educando. A centralidade do diálogo deixa de ser apenas à dimensão do conhecimento e dos afetos conscientes, ampliando-se para às dimensões simbólicas do inconsciente presentes nas relações sociais (Vasconcelos, 2008).

Questionando a forma hegemônica como a produção do conhecimento tem sido processada pela sociedade e por outro lado ressaltando a importância dos sentimentos profundos nas ações educativas coletivas, Vasconcelos (2008) aponta a possibilidade de trazer a paixão e a compaixão para a ação educativa, superando visões excessivamente materialistas que acabam por desvalorizar uma dimensão fundamental da luta política, a dimensão subjetiva.

É importante destacar, neste ponto, que embora afirmemos a potencialidade da EPS na transformação das práticas de saúde, não acreditamos que este seja um processo simples e rápido e nem nos enganamos que seja suficiente. Não podemos deixar de apontar que a viabilização de atividades educativas, mesmo com a adoção de discursos da educação popular, não são suficientes para enfrentar o conjunto de desafios da atenção à saúde no Brasil. A educação popular em saúde pressupõe, simultaneamente, a democratização das relações e a redistribuição de poder, demandando a construção de novas interações dos trabalhadores com o seu trabalho e novos arranjos de gestão e participação nos serviços de saúde.

Ressalta-se, também, que a educação popular, usualmente centrada na atuação em comunidades, pode contribuir também para a formação de profissionais de saúde, para a gestão dos serviços de saúde e para a organização de políticas públicas pautadas pelos direitos da população (Vasconcelos, 2010).

4 – Considerações Finais:

A problematização da atuação educativa dos ACS, a partir da reflexão sobre os princípios que embasam a concepção de Educação Popular em Saúde, permite identificar alguns limites e possibilidades do trabalho com educação e saúde, tendo em vista a construção da participação social no SUS.

Ao longo dos últimos anos, a aproximação estabelecida entre o campo da saúde e da Educação Popular, possibilitou redimensionar o saber médico, permitindo que outras compreensões do processo saúde-doença emergissem.

Entendemos que a Educação Popular em Saúde pode contribuir com o resgate das relações entre usuários, trabalhadores e gestores do SUS, uma tríade que tem o ACS como um articulador em potencial. Entretanto, em função de toda a discussão empreendida até aqui, acreditamos que se trata apenas de um potencial, dados os contextos de precarização e excessiva normatização de seu trabalho e de sua formação. Evidentemente não é suficiente que no âmbito do discurso se destaque o papel transformador do ACS, quando a estrutura em que ele está inserido ainda é, em muito, conservadora. Ao mesmo tempo, as intervenções educativas, especialmente aquelas que são pautadas pela EPS, podem potencializar sentidos de mudança e transformação nas relações sociais e na saúde.

Neste sentido, a criação de espaços de expressão do saber dos agentes e a análise crítica do trabalho educativo realizado seriam fundamentais para se repensar constantemente a sua práxis.

Em nossa experiência no CTACS, foi possível experimentar educação popular incorporada ao ensino formal, nas relações entre os educadores do curso e entre educadores e educandos. Além disso, a EPS constituiu-se num referencial construído com os alunos para repensarem seu modo de fazer no trabalho. Entendemos como parte da atividade do ACS não só o diálogo crítico com as comunidades onde atua/reside, como também a reflexão sobre sua própria condição histórica. Incorporar a educação popular na educação dos profissionais de saúde tem se constituído como uma oportunidade ousada e envolvente. Foi à luz desta experiência e de seus significados que constituímos esta reflexão.

5 - Bibliografia:

Araújo, M.R.N. & Assunção, R.S. (2004). A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. *Rev. bras. enferm.*; 57(1), 19-25.

Baralhas, M. & Pereira, M.A.O. (2011). Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre suas práticas assistenciais. *Physis*; 21(1), 31-46.

Bezerra, A. (1980). As atividades em educação popular In: *A questão política da educação popular*. São Paulo: Brasiliense.

Bornstein, V.J. & Stotz, E.N. (2008/2009). O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. *Trabalho, educação e saúde*, 6(3), 457-480.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Educação Popular em Saúde, (2012). Disponível em <www.cnts.org.br/geral/Arquivo/PNEPS%20SUS%20março%202012.doc>. Acesso em 03 abr. 2013.

Brigadão, J.I.M. & Gonçalves, R. (2009). Oficinas de promoção de saúde: discutindo os dilemas do cotidiano de um grupo de agentes comunitárias de saúde. *Paideia*, 19(44), 387-393.

Coriolano, M.W.L. & Lima, L.S. (2010). Grupos focais com agentes comunitários de saúde: subsídios para entendimento destes atores sociais. *Rev. Enferm. UERJ*; 18(1), p.92-96.

Costa, M., Silva, E., Jahn, A., Resta, D., Colomé, I. & De Carli, R. (2012). Processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: possibilidades e limites. *Rev. Gaúcha Enferm*; 33(3), 134-140.

Falkembach, E.M.F. Sistematização em educação popular: uma história, um debate. Recuperado no dia 19/06/2013 de <http://www.anped.org.br/reunioes/30ra/trabalhos/GT06-3316--Int.pdf>.

Faleiros, V. P., Vasconcelos, L. C., Silva, J. F. & Silveira, R. M. (2006). *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde.

Ferraz, L. & Aerts, D.R.G.C. (2005). O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciênc. saúde coletiva*, 10, (2), 347-355.

Filgueiras, A.S. & Silva, A.L. A. (2011). Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. *Physis*, 21(3), 899-916.

Gomes, K.O., Cotta, R. M. M., Cherchiglia, M. L., Mitre, S. M. & Batista, R. S. (2009). A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. *Saúde Soc.*; 18(4), 744-755.

Koda, M. Y., Silva, D. V., Machado, M. A. S. & Naldos, S. M. Grupo com Agentes Comunitárias: A Construção de Novas Possibilidades do Cuidar. (2012). *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(2), 506-515.

Nascimento, E.P.L. & Correa, C.R. da S. (2008). O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. *Cad. Saúde Pública*, 24(6),1304-1313.

Stotz, E. (2007). Enfoques sobre educação popular e saúde. Em: Brasil, Ministério da Saúde. *Caderno de Educação Popular e Saúde*, Brasília-DF. Recuperado no dia 19/06/2013 de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_de_educacao_popular_e_saude.pdf.

Vasconcelos, E.M. (2001). *Educação Popular e a atenção à saúde da família* (3 ed.). São Paulo: Hucitec.

Vasconcelos, E.M. (2008). Espiritualidade, educação popular e luta política pela saúde. *Rev. de APS*, 11(3), 314-325.

Vasconcelos, E.M. (2010). O significado da educação popular na realidade e na utopia da atenção primária à saúde brasileira. Em: Mano, M.A.M. & Prado, E.V.do (Org.) *Vivências de educação popular na atenção primária à saúde: a realidade e a utopia*. São Carlos: EdUFSCar (pp.13-18).