



**UnB**

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

GLAUCIA DE AZEVEDO ALVES

**A IMPORTÂNCIA DO AGENTE COMUNITÁRIO NA CONSTRUÇÃO DE  
PROCESSOS EDUCATIVOS (PARA A SAÚDE) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DE EDUCAÇÃO POPULAR**

Brasília-DF  
2013



**UnB**

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

GLAUCIA DE AZEVEDO ALVES

**A FORMAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO PARA A CONSTRUÇÃO DE  
PROCESSOS EDUCATIVOS (PARA A SAÚDE) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DE EDUCAÇÃO POPULAR**

Trabalho Final de Curso como requisito parcial para obtenção do título de Licenciada em Pedagogia, à Comissão Examinadora da Faculdade de Educação da Universidade de Brasília sob a orientação da prof. Dr<sup>a</sup> Sônia Marise Salles Carvalho

Brasília-DF  
2013

A FORMAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO PARA A CONSTRUÇÃO DE  
PROCESSOS EDUCATIVOS (PARA A SAÚDE) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DE EDUCAÇÃO POPULAR

GLAUCIA DE AZEVEDO ALVES

Trabalho Final de Curso como requisito parcial para obtenção do título de Licenciada em Pedagogia, à Comissão Examinadora da Faculdade de Educação da Universidade de Brasília sob a orientação da prof. Dr<sup>a</sup> Sônia Marise Salles Carvalho

Comissão Examinadora

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Sônia Marise Salles Carvalho – Orientador

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Teresa Cristina Siqueira Cerqueira

---

Prof. Dr<sup>o</sup> José Luiz Villar Mello

Dedico este trabalho:

Primeiramente à Deus, que me permitiu chegar até aqui.

*“Ora, ao Rei dos séculos, imortal, invisível, ao único Deus, seja a honra e glória para todo o sempre. Amém.” I Timóteo 1.17*

*Tens sido refúgio para os pobres, refúgio para o necessitado em sua aflição, abrigo contra a tempestade e sombra contra o calor quando o sopro dos cruéis é como tempestade contra um muro e como o calor do deserto. Isaías 25.4-5a*

À minha querida amiga Juliana de Oliveira Soares, Médica de Família e Comunidade e parceira na luta pelo fortalecimento do Sistema Único de Saúde e da construção da Atenção Primária no Brasil: *“Aquele que sai chorando enquanto lança a semente, voltará com cantos de alegria, trazendo os seus feixes”*. Salmos 126.6

E finalmente, dedico esse trabalho à todos os Agentes Comunitários de Saúde do Brasil, com a expectativa que essa profissão seja reconhecida, valorizada e fortalecida para o bem da população brasileira.

A quem agradecer pela conclusão de meu Trabalho Final de Curso?

### **Deus**

Tudo o que tenho e sou vêm dEle, criador do Universo, de tudo e de todos; por ter me permitido chegar onde cheguei, e de me fazer caminhar em lugares cada vez mais altos, mais que agradecer, assim te devolvo minha vida: te dedico meu presente e meu futuro. Soli Deo Gloria!

### **Família**

Agradeço especialmente a minha mãe por me incentivar e acreditar que meu caminho passaria pela Pedagogia; afinal, quantos pais hoje incentivam o extremo oposto. Minhas sobrinhas Sílvia, Samara e Sophie, que me ensinam sobre amor e dedicação, um beijo com gosto de pizza e sorvete.

A todos os outros, meu muito obrigada por me amarem e me aceitarem a despeito de nem sempre corresponder às vossas expectativas. A recíproca é verdadeira.

Agradeço também à minha família da fé, Igreja Presbiteriana da Alvorada. Vocês são a família que Deus me deu no mundo para cuidar e ser cuidada.

### **Amigos**

Posso dizer que tenho amigos e amigas que considero estarem na categoria família; mas como talvez eles possam não se reconhecer vou assim discriminar: amigos de infância, de adolescência, da Universidade de Brasília (em especial o NVC – Núcleo de Vida Cristã – dinossauros e ovos), amigos do trabalho, de viagens, encontrados na porta da frente e de encontros inusitados pelo universo: vocês são pedras preciosas disfarçadas de pessoas. Obrigada por existirem.

### **Professores (todos que são e foram “meus”)**

Como diz uma canção antiga de autor desconhecido: *“Espero algum dia eu te encontrar de novo pra gente conversar o que passou na nossa vida, e juntos lembrarmos o amor de Deus por nós e cantarmos outra vez aquelas lindas canções. De hoje em diante vou lembrar de vocês, esperando breve vê-los outra vez.*

## SUMÁRIO

RESUMO.....	vii
ABSTRACT.....	viii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	ix
PARTE I – MEMORIAL.....	11
PARTE II – MONOGRAFIA.....	34
1 INTRODUÇÃO.....	34
1.1 Entendendo o contexto da Atenção Primária .....	34
1.2 Sobre o Agente Comunitário de Saúde.....	38
1.3 Do Objetivo do Relato de Experiência.....	41
<b>Capítulo 1: Ser Agente Comunitário de Saúde no Distrito Federal.....</b>	<b>43</b>
1.1 Introdução.....	43
1.2 Entrevistando dois ACS.....	45
1.3 Análise da Entrevista.....	47
2 <b>Capítulo 2: A formação do agente comunitário para a construção de processos educativos (para a saúde) na atenção primária de saúde na perspectiva de educação popular.....</b>	<b>48</b>
2.1 Contextualizando e relatando a Experiência.....	48
2.2 Comparando a Experiência com outras formações no Brasil.....	52
Considerações Finais: Caminhos Para a Atenção Primária de Saúde e Possíveis Contribuições da Pedagogia.....	59
PARTE III – PERSPECTIVAS DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL COMO PEDAGOGA E ENFERMEIRA.....	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
ANEXOS.....	66
Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde do Centro de Saúde 05 do Arapoanga.....	67
Roteiro da Entrevista.....	72

## RESUMO

A presente monografia tem como objetivo discutir a importância da formação do Agente Comunitário (ACS) na construção de processos educativos para a Saúde na Atenção Primária, na perspectiva de educação popular. A partir da concepção de Paulo Freire de “Educação Popular”, construiu-se uma capacitação para Agentes Comunitários de uma região do Distrito Federal, descrevendo e comparando essa experiência de intervenção pedagógica com experiências de formação **para** Agentes Comunitários e **de** Agentes Comunitários de algumas cidades brasileiras, concluindo com o apontamento de possíveis caminhos e contribuições da Pedagogia para o processo de formação não apenas dos Agentes Comunitários de Saúde, mas toda a equipe de saúde no que tange à educação popular.

**Palavras-chave:** Agente Comunitário de Saúde. Educação Popular. Atenção Primária de Saúde. Processos educativos. Políticas públicas.

## ABSTRACT

The present monograph aims to discuss the importance of forming the Community Agent (ACS) in the construction of educational processes for Health in Primary Care, from the perspective of popular education. From the conception of Paulo Freire "Popular Education", has built a training to community agents of a region of Distrito Federal, describing and comparing the experience of pedagogical intervention training experiences for Community Agents in some Brazil' cities, concluding with the appointment of possible contributions of Pedagogy for the training process not only of Community Health Workers, but the entire health care team regarding the popular education..

**Key words:** Agent Community Health Education People. Primary Health Educational processes. public policies.

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária da Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

C.A. – Classe de Alfabetização

CIEP – Centro Integral de Ensino Público

DSC: Departamento de Saúde Coletiva

UnB – Universidade de Brasília

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

PSF – Programa de Saúde da Família

MFC – Medicina de Família e Comunidade

FE – Faculdade de Educação

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

MRE – Ministério das Relações Exteriores

OMS – Organização Mundial de Saúde

PMAQ – Programa de Melhoria da Assistência e Qualidade na Atenção Primária

RDC – Resolução de Controle (Técnica e normativa da ANVISA para procedimentos-padrão)

SINDIVACS – Sindicato dos Agentes de Vigilância Ambiental em Saúde e Agentes Comunitários de Saúde

NAPESF (Núcleo de Apoio ao Programa de Saúde da Família)

PARTE I  
MEMORIAL

## **Memorial Escolar**

### **Uma história de estranho sucesso**

É com muita satisfação que chego à este ponto do curso onde se observa o passado e se traz à memória toda uma trajetória, que, pessoalmente, considero de grande sucesso. O sucesso é medido de acordo com padrões que se elege, logo, talvez sobre algumas óticas eu não seja tão bem sucedida assim. Gramsci me consideraria um intelectual orgânico. Marx me veria como a contrapartida operária. Algumas pessoas já chegaram a dizer porém que minhas escolhas eram “perda de tempo”. Mas é preciso ir um pouco mais no passado e ver como a pedagogia me afetou e afeta mais do que posso imaginar.

### **Pré-história – Breve introdução da origem familiar**

Como a maioria dos brasileiros, as mulheres são indígenas. Infelizmente, não tenho como dizer que tribo, mas suspeito que sejam os Tupis ou guaranis, índios da costa brasileira. No meu lado materno, eis que, um belo dia, um suíço resolveu vir para o Brasil e casou-se uma índia no meio do mato e tiveram filhos e filhas. Uma delas se casou com um português e daí veio o avô Nilson, que casou com uma neta de italianos e portugueses. Curiosamente, ambos tinham o mesmo sobrenome: de Azevedo, que, segundo o brasão, é uma família espanhola que se mudou para Portugal. Enfim, desses dois, surgiram filhos e filhas e a quarta deles é a minha mãe. Na década de 60, se mudaram para a cidade e se instalaram em uma favela na zona Oeste do Rio de Janeiro.

Já no lado paterno, uma índia decide se casar com um negro e teve uns 12 filhos “que vingaram em torno de 10”. A sexta é a minha avó Eny. Minha avó, que nasceu em casa, não tomou as vacinas que deveria e foi acometida das “doenças da infância comuns” que lhe originou certo retardo mental. Um dia, conheceu um rapaz e dessa relação nasceu o meu pai. Sei nada a respeito desse “avô”. Enfim, minha avó e meu pai moravam no que foi uma das primeiras políticas públicas de habitação do INPS, e moravam nesse apartamento, muito próximo à favela onde minha mãe morava.

Meus bisavós, tanto maternos quanto paternos, eram protestantes (lado materno presbiteriano e lado paterno batista), o que me faz a quarta geração protestante/evangélico de minha família, tornando minha família singular num país católico e muitas vezes discriminada entre a sociedade e na escola, que a despeito de ser laica, seguia “religiosamente” o calendário

católico. Então eu era ‘aquela aluna’ que não dançava quadrilha, não comia doces de São Cosme e São Damião e não participava de bailes de carnaval em pleno Rio de Janeiro, sendo até alvo de bullying por ser minoria na época. Por outro lado, lia mais que todos os meus outros colegas, devido às “práticas devocionais” (aos 10 anos, já havia lido toda a bíblia), e pela busca de excelência na escola me levava a ter as maiores notas possíveis. O interessante é que em um país que até 1945 menos da metade da população sabia ler, meus bisavós buscaram alfabetizar-se mesmo adultos principalmente para poderem ler a bíblia.

Meus pais se conheceram na adolescência, no subúrbio do Rio de Janeiro. Meu pai, criado praticamente pelos tios, não tinha muita referencia de pai e mãe. Por outro lado, minha mãe recebia uma educação bem severa de meus avós. Namorar meu pai era um ato de “rebeldia”. Então, minha mãe e meu pai ficaram grávidos de mim. Quando minha mãe suspeitou da gravidez, foi à farmácia realizar um teste de gravidez. O balconista da farmácia ofereceu à ela a oportunidade de “acabar com a doença”, oferecendo-lhe uma medicação para pessoas com câncer conhecida por seu alto potencial abortivo, ainda hoje usada para práticas abortivas ilegais. Nessa hora, minha mãe negou veementemente essa possibilidade e decidiu ter esse bebê. E meu pai a apoiou.. Então, dois estudantes secundaristas (17 e 19 anos, respectivamente) começam sua jornada familiar onde eu me tornava importante “sujeito de pesquisa” dessa relação.

### **A primeira Infância**

Minha mãe estava realizando o 1º ano do então Segundo grau normal, em uma reconhecida escola pública no Rio de Janeiro que aplicava a metodologia piagetiana para seus alunos em formação a utilizarem (em 1984). E minha mãe a utilizou em mim, interagindo sempre comigo. Minha mãe me levou à sua escola para mostrar seus “experimentos educativos comigo” e ganhou notas boas por isso. Já meu pai, exatamente no dia em que nasci, passou e foi chamado para o Concurso público para Cabo da Polícia Militar. E com o dinheiro do benefício de minha avó paterna de “deficiência mental” (nessa época ainda não havia o termo ‘pessoa com necessidades especiais’), começamos a luta pela sobrevivência. A despeito de poucos recursos financeiros, fui bem amamentada, bem estimulada e bem amada.

Quando fui para a creche, com 3 anos, vivi algo excepcional: minha mãe era a minha professora na escola (ou seja, era a única criança que se fizesse algo errado minha mãe não precisava de bilhetinhos e a correção era certa). Nessa creche também conheci uma das minhas melhores amigas. Desde essa época, não havia uma distancia muito grande em minha

mente sobre o ambiente escola e o ambiente casa, inclusive porque a escola ficava no mesmo prédio onde morávamos.

### **Ensino Fundamental Rio X Brasília / Particular X pública**

Quando fui para a Classe de Alfabetização (no Rio chamado de C.A.), fui para uma escola particular muito famosa no meu bairro. Meu pai havia subido de posto e minha mãe trabalhava no centro da cidade, o que fazia com que minha avó que tinha “problemas mentais” (que depois foi constatado esclerose múltipla) fosse minha cuidadora principal. Eu estudava à tarde, e esperava minha mãe chegar do trabalho (geralmente após as 20h) para iniciar minha tarefa de casa, o que me fez ter uma rotina de dormir tarde.

Na escola, a professora Iliana utilizava uma cartilha de alfabetização chamada “O sonho de Talita”. E, intuitivamente, comecei a aplicar o método à minha avó paterna (recusada da escola por suas deficiências) e minha irmã mais nova, o que me fez “professora” aos 7 anos. Minha avó começou a chorar no dia em que ela escreveu seu nome pela primeira vez “sozinha” – Eny Alves – e me beijava e fazia muita festa com essa conquista! Já a minha irmã, por ser muito pequena, acabou chegando à escola letrada, mas não foi comigo que ela “consolidou” a leitura. E na primeira série, com a professora Eliana, continuei dessa forma, refazendo no ambiente familiar as aulas da minha professora.

Minha segunda série foi afetada pelo fim do casamento dos meus pais e diminuição do padrão de vida. Saí da escola privada, então fui para a Escola pública do Rio de Janeiro. Comecei a estudar no CIEP, vulgo “Brizolão”, e lá fiquei por 2 meses. Foi a pior experiência da minha vida! Essa escola ficava próximo ao morro e era uma escola integral, que fornecia café da manhã, almoço e janta. Mas, pedagogicamente, ela não oferecia nenhum desafio novo para mim, os colegas eram extremamente agressivos e eu passava todo o intervalo do lado do porteiro da escola para que ninguém literalmente me agarrasse. A escola, que era um ambiente tão tranquilo pra mim, agora era ambiente de medo. Tive intoxicação alimentar, gastrite nervosa em dois meses de escola.

Minha mãe, vendo meu sofrimento na escola, resolveu me colocar na Escola pública Municipal. Lá, bem menor que o CIEP, com uma professora que cuidava de nós com bastante afinho (a professora Suely Cotta), minha melhor amiga da época da creche (e vizinha) estudava comigo, então minha saúde foi se reestabelecendo. Em outubro, após minha mãe perder o emprego por causa do plano Collor (1992), nos mudamos, eu, minha mãe e minha irmã, para Brasília. E daí, havia um problema: Meu histórico escolar da primeira série estava

preso na escola particular, dando apenas uma declaração para me inscrever na escola pública; e a escola pública não queria me liberar por estar quase no fim.

Para que eu não perdesse o ano escolar, a escola Classe 115 norte decidiu fazer uma prova pra saber minha capacidade, para que eu não perdesse o ano. Comecei a estudar com a minha prima um ano mais velha que eu (que, por sinal, se formou em Pedagogia na UnB em 2006) e como sempre li muito, fiz uma boa redação e respondi bem à prova de português. Mas, em matemática, estava sem conteúdo suficiente. Mas a professora acreditou que eu seria capaz de recuperar e me aceitou em sua classe. E terminei aquele ano com as maiores notas da turma.

A 3ª e 4ª série seguiu-se na E. C. 115 norte, sem intercorrências. Estava sempre entre os 5 melhores alunos e ganhava “medalhas, cartinhas de honra ao mérito”, mas uma coisa que eu sempre fui: monitora. Eu sempre dava aula para os meus colegas, e creio que isso foi o diferencial para desenvolver ainda mais os conteúdos. Nessa época, minha mãe trabalhava em Educação Infantil e, ao sair da escola, eu ia para a escola onde ela trabalhava e acabava por me tornar a ajudante dela na educação infantil, levando crianças ao banheiro, olhando deveres, etc. Aprendi questões importantes sobre a educação infantil (pode-se dizer que meu estágio supervisionado em Educação começou aí, aos 9 anos).

Na 5ª e 6ª série, respectivamente em 1995 e 1996, estudei na E. C. 113 norte. Foi uma mudança bem significativa, pois de apenas 1 professora, passei a ter 8 professores, um para cada matéria. Minha mãe, nessa época, estava trabalhando no MEC (Ministério da Educação) e eu tinha a responsabilidade de levar minha irmã para a escola e ir para a minha, depois, buscá-la e fazer o almoço, voltar correndo para a escola para fazer educação física, cuidar de casa e dos deveres da escola. Levei o primeiro bimestre para me adaptar à tanta mudança, mas consegui. Minha dificuldade inicialmente foi com matemática e geografia, mas meu lado perfeccionista não me permitiu “ser vencida” e passei a estudar horas e horas até tirar uma das maiores notas na sala. Acho que era uma das poucas crianças que quando tirava notas baixas, a mãe tinha que consolar e mandar parar de estudar.

Na E. C. 113 norte, também fiz minha segunda grande amizade, que permanece até hoje, minha amiga Heidi, com quem pude contar até o final do Ensino Médio. Também foi nessa época que comecei a estudar piano, pois era um sonho que compartilhei com uma pessoa que tinha acabado de conhecer, que, na verdade e sem eu saber, era uma excelente pianista. Ela não apenas foi minha primeira professora, como também foi uma das primeiras pessoas a dividir apartamento com minha mãe para divisão das despesas. E mais uma vez, o aprender funde-se com o meu lar.

### **Ensino Médio: Medicina, Música ou Artes Cênicas? Enfermagem, é claro!**

Da 7ª série ao 3º ano do Ensino Médio, estudei no CAN – Colégio da Asa Norte. E ainda em 1997, a escola mudou de nome para “Centro de Ensino Médio Paulo Freire”, devido à morte do mesmo. Alguns professores tentavam transmitir para nós a importância de Paulo Freire para a educação brasileira, e foi assim que tive meus primeiros contatos com o trabalho do mesmo. Houve uma grande cerimônia no meu colégio, onde o então governador Cristovam Buarque, o canal Futura, que estava sendo inaugurado e vários repórteres estavam presentes. Fiquei muito irritada naquele dia quando cheguei em casa e vi na mídia os repórteres apenas falando da inauguração do canal Futura e nem sequer de Paulo Freire mencionaram. Naquela época, eu me apaixonei pela educação.

Fui monitora de todas as disciplinas no “Paulo Freire”, representante de turma 5 anos seguidos, líder do clube bíblico, atuante no grêmio estudantil. Montamos uma “rádio na escola” e uma vez por semana eu e meu amigo Anderson Henrique fazíamos o programa em nome do Clube bíblico, gravando previamente em fitas K-7. Todos os professores diziam “você poderia ser uma excelente professora de...” e falava de sua matéria. Muitos colegas não entendiam o que o professor falava, mas entendiam quando eu explicava. Mas havia uma regra de ouro: “eu não dava e nem recebia cola”. Se a pessoa quisesse, eu sentava com ela e explicava absolutamente tudo, quantas vezes a pessoa quisesse, nas mais variadas metodologias e só saía de lá quando a pessoa entendesse e conseguisse fazer o trabalho sozinho. Isso fazia de mim uma “nerd popular”. Nas aulas de Artes Cênicas, acabamos montando um grupo de teatro amador; sob a direção da professora Rosina Chavez, escrevemos e apresentamos peças, participamos de concursos e tudo mais.

Paralelamente à escola, nessa época eu ganhei uma bolsa de estudo de teclado, e como estudar piano se tornou muito caro (pois minha professora de piano se mudara de Estado), eu abandonei os estudos de piano e me engajei no novo instrumento; ganhei uma bolsa de estudo de professores de crianças da APEC (Aliança Pró Evangelização de Crianças – entidade filantrópica e interdenominacional cristã que se preocupa com ensino de crianças) e concluí esse curso; montamos uma banda de rock com meus amigos da igreja, onde eu era vocalista; participava ativamente de um grupo que acolhia pessoas em situação de rua, e quando ela mostrava interesse em sair dessa condição, encaminhávamos para espaço de recuperação (já que, geralmente, essas pessoas estavam envolvidas com álcool e outras

drogas); fazia parte de uma organização Internacional de Jovens chamada Mocidade Para Cristo (MPC), que desenvolveu muito, dentre outras coisas, habilidades de liderança em mim. Membro ativo na minha igreja local. Eu olho pra essa época e me pergunto de onde vinha tanta energia para agir em tantas frentes diferentes.

Um dia, no final de 1997, eu conheci uma moça chamada Priscila em uma Conferência que minha mãe se inscrevera. Ela era pedagoga e estava trabalhando em uma organização humanitária na Índia. Ela havia ido para esse país para ajudar na alfabetização de algumas tribos, mas quando ela chegava em várias tribos, via pessoas morrendo por falta de conhecimentos e práticas básicas de higiene, alimentação saudável, etc. Ela fez no final de sua palestra um apelo convidando médicos, enfermeiros, professores, para ir àquele país contribuir um pouco para sua melhoria. Eu fiquei completamente encantada com suas histórias de sobrevivência, de aprender culturas diferentes, enfim, não sei se foi altruísmo, direcionamento divino ou empolgação de adolescente, mas naquele dia, com apenas 13 anos, eu **decidi firmemente me tornar médica** para ir pelo mundo realizar trabalhos comunitários por organismos internacionais, como a OMS (Organização Mundial da Saúde), MSF (Médicos Sem Fronteiras), etc. Enfim, ir ao mundo em missão, no linguajar do cristianismo.

Contei essa história porque ela se tornou a motivação para ser uma das melhores alunas no colégio nesse momento, uma vez que eu tinha consciência que minha família jamais teria condições de pagar uma faculdade privada (ainda mais de medicina) ou mesmo de pagar um cursinho preparatório para vestibular. Minha meta era alta demais para minhas condições na visão da maioria, mas eu acreditava que ela não seria impossível e minha mãe me incentivava bastante. Naquele mesmo ano, a UNB iniciou o Programa de Avaliação Seriada (PAS), que seria uma possibilidade para minha entrada na UnB.

Acontece que, como se pode perceber, eu tinha interesse em muitas áreas distintas. De maneira que eu via tantas possibilidades, e ao mesmo tempo, não queria me desviar “do foco da medicina”. Mas eu amava artes cênicas, atuar, escrever peças; amava muito estudar História, e ainda, tinha a minha paixão pela Música. Ficava totalmente perdida em que profissão seguir. Houve um momento que “planejei a minha vida” assim: iria fazer medicina de dia, artes cênicas de noite. Quando me formasse, iria trabalhar pelo mundo até mais ou menos uns 45 anos, trabalhando no hospital de dia, mas criando grupos de teatro nesses locais que são tão carentes de lazer também; daí, eu voltaria pro Brasil, faria faculdade de História, e terminaria meus dias dando aulas na Universidade, cheia de histórias fabulosas para meus alunos ficarem inspirados. Se fosse possível, nesse meio tempo, queria também casar e ter 4 filhos. Havia em mim um senso de urgência, um medo de a vida passar e de não ser relevante

para a sociedade.

No ano 2000, por problemas financeiros, nos mudamos para o Novo Gama (Goiás). Então, ao sair da Asa Norte meu mundo ficou bem mais turbulento. Para não sair do CEM Paulo Freire, mudei de turno na escola; tive de abandonar a bolsa de teclado, o grupo de teatro, e a igreja que tanto amava. Eu cheguei a adoecer, porque tentei ainda manter essas atividades morando à 50 km de distância e sem carro. Quando fiquei internada, vi que não havia nenhuma possibilidade de continuar daquela maneira e aí eu abri mão de 50% das atividades extracurriculares que fazia. E assim, de alguém que morava praticamente ao lado da escola, passei a ter de pegar 4 ônibus por dia (dois para ir, dois para voltar).

No último ano do Ensino Médio, a escola decidiu, deliberadamente, colocar TODAS AS TURMAS DE 3º ANO NO PERÍODO MATUTINO. Então tive de acordar às 5h para pegar o ônibus às 5h45, chegar na Rodoviária 6h45min, pegar o “L2 norte” às 6h50min, e ainda chegava atrasada na escola. Eu então fui à sala dos professores, e com toda a minha audácia de quem já tinha sido representante de turma 4 anos seguidos, mas ao mesmo tempo com o respeito de quem amava a escola e os professores, falei que, se a escola não mudasse o horário de entrada de 7h para 7h15min, eu e muitos alunos teríamos de encontrar outra escola, pois estávamos perdendo o primeiro horário devido à distância e os ônibus. E o conselho escolar, naquela semana, fez a mudança do horário. O horário de saída, de 12h30min para 12h45min, eu chegava em minha casa às 14h20min, quando eu chegava com muita fome e cansaço.

Eu gastava muito em passagens de ônibus e por isso eu comecei a dar aulas de reforço para “pagar minhas próprias despesas”. Meu vizinho da frente tinha altas habilidades, mas estudava em uma escola que não estava pronta pra isso e ele estava quase reprovando. Então, eu comecei a dar aulas de reforço pra ele e na recuperação ele conseguiu tirar nota máxima. Tudo isso porque eu o incentivei a sistematizar sua maneira de estudar. Meu outro “aluno” era do Ensino Fundamental; dava aula de reforço de inglês, e suas notas eram baixas simplesmente porque ele não via conexão e importância já que “seria jogador de futebol”. Então eu comecei a buscar sentido pra ele para convencê-lo a estudar inglês. E ainda tinha uma quantidade grande de “alunos/vizinhos” que estudavam na classe de Educação de Adultos, então eu trabalhava com eles todos os assuntos que eles não entendiam na escola. Eles diziam “porque você não dá aula lá na escola?” e era difícil pra eles entenderem que eu não tinha me formado ainda.

Na minha escola, a relação com meus professores era muito boa. Algumas vezes, alguns professores me convidavam para almoçar em suas casas (até hoje, tenho grande

amizade com alguns). Minha turma reuniu os grandes amigos da turma da manhã com os grandes amigos da turma de tarde. De lá, muitas vezes ia para o trabalho da minha mãe no MEC esperá-la para voltarmos pra casa juntas. Como ela trabalhava na SESU (Secretaria de Ensino Superior), entendi como funcionavam as Universidades Públicas e privadas no que tange a autorização e reconhecimento de curso e o sonho e a certeza de que queria estudar na Universidade Pública se intensificou. Comecei a entender a lógica público-privada no Ensino Superior e também muito “reitor” ao saber de minha condição de vestibulanda dizia “olha, se você quiser, sua filha terá bolsa de 100% em nossa instituição”, assediando minha mãe para tentar garantir alguma vantagem para sua Faculdade. E uma das características que mais admiro de minha mãe é sua coerência e honestidade, não se deixando levar por essas pessoas.

No final do Ensino Médio, meus tios se reuniram e decidiram me dar de presente o pagamento de um cursinho pré-vestibular. Passei a morar com meus tios na 113 norte, porque o cursinho era à noite e era incompatível estudar de manhã e à noite e voltar para o Novo Gama. Eu passava uma média de 14 horas por dia estudando. No cursinho, eu não aprendi nada novo em relação à conteúdo, mas aprendi a “pensar mais rápido”, o que foi muito importante. No final daquele ano, uma constatação: com a minha nota do PAS, eu passaria para qualquer curso, exceto Medicina, Direito e Jornalismo (que eram as mais concorridas do ano de 2001). Apesar de poder escolher minhas duas outras opções, decidi fazer Enfermagem, porque acreditava que teria muitas disciplinas em comum com Medicina, e assim eu não desperdiçaria a oportunidade de entrar na UnB, e não perderia tempo, pois pegaria as matérias em comum. Fiz o vestibular para Medicina. Mas então, eu passei pelo PAS em Enfermagem, e assim começa a minha vida na UnB.

### **UnB fase 1: Sucessos e fracassos sob a ótica da Vida**

Ao ingressar na UnB no curso de Enfermagem, me senti no céu e no inferno ao mesmo tempo. No céu, por ter conseguido entrar na UnB e no inferno ao ter a sensação de que minha “última prova fácil havia sido o vestibular”. Logo no primeiro semestre, me deparei com 4 disciplinas extremamente difíceis: Anatomia (estudo das partes do corpo humano); Bioquímica (estudo dos elementos químicos relacionados à vida), Genética e Evolução e Histologia (estudo dos Tecidos Humanos). Os livros das disciplinas eram todos acima de R\$120,00 na época, totalmente fora de meu orçamento. Não havia ônibus da minha casa para a UnB; a crise financeira em minha casa aumentou; e agora eu estava numa situação familiar que trazia um desgaste emocional muito grande. Me sentia extremamente

incompetente, porque não entendia o que meus professores falavam, os livros da biblioteca dessa área eram todos defasados (exceto os que ficavam na reserva) e ouvia a frase que me fazia tremer: “você lembram que aprenderam tal coisa no Ensino Médio? Pois então, esqueçam, porque há mais de 10 anos esse conhecimento está defasado e já foi refutado”.

Neste momento de grande dificuldade, conheci três pessoas que me ajudaram bastante: minhas queridas colegas de curso e amigas: Daniela Almeida, Caroline Silva e Gabriela Santos. Com elas nós dividíamos o lanche, recebemos trote, nos arriscamos no Restaurante Universitário. Daniela foi uma das pessoas mais especiais pra mim no curso, porque tudo o que ela tinha, ela dividia comigo, comida, conhecimento, amizade verdadeira. Como não consegui ser contemplada nos programas de “permanência na UnB”, as vezes eu transformava meu dinheiro de almoço e ônibus em Xerox. E na época ela passava duas vezes o cartão do RU, e pagávamos R\$0,50; era comum eu ir ou voltar andando pra Rodoviária do Plano Piloto porque havia tirado cópia com esse dinheiro.

Como não havia orientação para os calouros quanto à matrícula em disciplinas, eu tinha muitas janelas, o que me fazia ficar na UnB das 8h às 18h, muitas vezes sem comer o dia inteiro. Como acordava muito cedo, as vezes acabava dormindo nas primeiras aulas, cheias de slides... Enfim, pra resumir meu fiasco, reprovei em duas das 4 disciplinas que cursava, uma com a nota 4,95 e outra com 4,9. Eu só não desisti do curso por causa de um Projeto de Extensão que entrei para participar chamado ProAssiste, que um professor médico do HUB juntamente com uma professora enfermeira organizaram para que os alunos conhecessem “as pessoas antes das doenças”. Decidi ainda que abriria mão de ser médica em prol da Enfermagem, não por causa das aulas da graduação (que eram todas do curso de Biologia por sinal), mas por causa deste contato com o hospital que nunca havia tido antes.

Hoje eu posso afirmar categoricamente que reprovar aquelas duas disciplinas iniciais foi a melhor coisa que aconteceu na minha vida acadêmica, pois isso me fez “sair do fluxo” tão bem desenhado e hierarquizado da Enfermagem. E ao sair do fluxo, encontrei um mundo de possibilidades que jamais teria percebido, inclusive, na própria profissão enfermagem.

Ao reprovar Histologia e Anatomia, não conseguia cursar todas as disciplinas obrigatórias previstas para o meu semestre. Então eu conheci o “Departamento de Saúde Coletiva” e fiz duas disciplinas inicialmente nesse departamento. A primeira se chamava “Práticas de Saúde” e fomos à campo em Ceilândia e saíamos com os Agentes Comunitários de Saúde no Programa de Saúde da Família. Percebi um alcance maior quando trabalhávamos com a perspectiva preventiva e não a curativa, o modelo hospitalocêntrico. Mas foi impactante ir de casa em casa, estar na comunidade para construirmos uma concepção de

saúde que não era apenas “ausência de doença”.

A segunda disciplina do DSC que cursei naquele semestre foi “Saúde e Sociedade”, com o professor Oviromar Flores, ele repetidamente disse “o Enfermeiro é o Educador da Saúde”, especialmente se tratando de Atenção Primária (explicarei o que é Atenção Primária no corpo do trabalho). E ele nos deu um livro do Paulo Freire para ler que me marcou profundamente. Eu fiquei extremamente interessada em Paulo Freire, que já havia tido algum contato no Ensino Médio e resolvi ler tudo o que tinha a respeito. Ao mesmo tempo, me interessei por Políticas Públicas para Saúde e comecei a me aprofundar nesse tema. Quando tinha um “dinheiro extra”, comprava algum livro dele.

Enfim, por estar fora do fluxo, e querendo diminuir as janelas de horários, comecei a explorar possibilidades na UnB: fiz muitas disciplinas do curso de Psicologia e praticamente todas as disciplinas do DSC; disciplinas das Ciências Humanas – Sociologia, Serviço Social; e quando fui realizar novamente as disciplinas que havia reprovado do fluxo obrigatório, conheci os alunos oriundos de outros países e em especial uma iraniana. Como ela sabia pouco de biologia, comecei a ler o livro, fazer um resumo e explicar pra ela ponto por ponto, o que me levou a uma boa nota final; e como ficava muitas vezes na casa dela onde as pessoas pouco falavam português, comecei a fazer as disciplinas do idioma “persa” e cheguei a pensar em fazer um intercâmbio por lá;

Ainda sobre minhas experiências extracurriculares na UnB, participei do “Núcleo de Vida Cristã (NVC)”, um grupo cristão que se reúne na UnB pra estudar a bíblia e praticá-la. Isso foi uma experiência à parte, que me ajudou a amadurecer profundamente em todos os aspectos da minha vida, pois me tornei líder do mesmo de 2002 à 2005 e aprendi a lidar com a diversidade (de cristianismo, curso, etnias, histórias de vida, necessidades, etc), com questões administrativas como “onde pedir autorização do campus pra fazer um evento, quem pode subsidiar determinados trabalhos, a lidar com imprevistos, enfim, com tudo inerente à natureza administrativa e à relações humanas de um grupo voluntariado.

A partir das pessoas que conheci de vários cursos do NVC, também conheci um pouco o que cada departamento da UnB fazia de interessante, como as ações do curso de Serviço Social. Acabei entrando em um grupo de Pesquisa desse departamento chamado NEAMCES (Núcleo de Estudos e Ações Multilaterais de Construção em Educação e Saúde) com o professor Mário Ângelo e passei a entender mais sobre a temática de HIV/AIDS no Brasil e no mundo. Também, pelo NEAMCES realizamos a recepção da primeira turma de alunos oriundos de cotas para negros, dando a eles subsídios para manutenção e sobrevivência na UnB por meio de bolsas-permanência, e aprendi e ensinei na prática o que vinha a ser

“equidade”; e também aprendi a lidar com a diversidade de países, pois o grupo de pesquisas contava na minha entrada com 5 brasileiros e em torno de 20 estrangeiros de Guiné Bissau, Moçambique, Cabo Verde, Senegal, Bolívia... aprendi a conviver com os diferentes africanos, percebendo suas idiossincrasias; conheci um grupo de polonesas que vieram estudar português no Brasil e ajudei elas a escreverem seus trabalhos (um amigo meu casou com uma delas e acabei indo ao casamento na Polônia).

Na Enfermagem, acabei me aproximando de todos os professores que tinham a temática de Saúde Pública, sendo monitora e tutora do professor Elioenai D. Alves, Pedro Sadi, Dirce Guilhem e Leides Moura. Eles afetaram profundamente minhas práticas, pois são os que trabalham com Saúde Coletiva e Políticas Públicas; também fiz Programa de Iniciação Científica com a professora Maria da Glória Lima, me ensinando muito sobre o processo de Sistematização de Pesquisa. Fiz inúmeros mini-cursos, e tudo que vinha com a palavra “gratuito”, se me chamava a atenção, eu comparecia. E quando acontecia de não poder “entrar” no projeto de extensão, gostava de realizar “visitas técnicas” onde “mergulhava” na experiência por um dia ou dois. Foi o que fiz com o ambulatório de Feridas, o grupo de Gestantes da professora Silvéria e outros projetos da enfermagem e de outros cursos.

Quanto à demais experiências, namorei um rapaz do curso de Computação e aproveitei para fazer a disciplina “Introdução à Micronformática”. Participei da Serenata de Natal e fiz amizades incríveis... Enfim, meu primeiro curso foi uma experiência singular de exploração da UnB e de possibilidades acadêmicas e não acadêmicas que não teriam sido possíveis se tivesse me atido ao fluxo, como 95% dos meus colegas de Enfermagem. Além disso, apesar das dificuldades financeiras, minha mãe garantiu minha permanência na UnB sem ter de trabalhar, pois todas essas oportunidades se encontram no fluxo diurno. Fiz contatos que têm me aberto muitas portas em diversas áreas por causa dessa época. Nem todas essas experiências estão contidas no meu Histórico Escolar, e infelizmente a UnB só começou a registrar a participação de Projetos de Extensão quando eu saí do primeiro curso. Mas ainda assim, penso ter sido válida cada experiência, com uma diversidade de experiências e metodologias pedagógicas.

Claro que nem tudo foram flores. Tive professores muito difíceis, que não nos tratava com equidade, e levava-nos às maiores loucuras. Em uma certa disciplina, cheguei a não dormir 3 noites por semana para realizar as tarefas e quase desisti do curso por causa dessa professora, que, a despeito de ser uma excelente pesquisadora para a UnB, pode ser a pior professora de sua vida. Vi colegas adoecerem severamente por causa dessa disciplina, precisando de medicações psiquiátricas após a mesma. Também passei por alguns professores

substitutos que careciam de conteúdo e de experiência. Com a falta de concursos públicos para professores na UnB, cheguei a ter veteranos dando aula em algumas disciplinas. No processo de seleção da UnB, como em outras Universidades, os professores efetivos são escolhidos por sua produção científica, o enfoque é a produção de conhecimento e não a formação dos alunos/ futuro profissionais; e a legislação que rege a entrada dos professores substitutos, muitas vezes, por causa da não vinculação dos professores e dos salários baixos, trazem uma diminuição da qualidade dos serviços. Mas ainda assim, com todos esses problemas, percebi o alto padrão da UnB quando comecei a trabalhar e a perceber que minhas experiências de campo de estágio me ensinaram o principal para estar assumindo a responsabilidade de ser enfermeira.

### **A Escola da Vida fase 1: Trabalhando com Células Tronco de Cordão Umbilical**

Antes de me formar, fui convidada pela minha tia para trabalhar para ela como representante técnica e comercial da empresa que a mesma havia criado como fruto de sua história acadêmica na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Tratava-se da empresa pioneira e maior banco de armazenamento de Sangue de Cordão Umbilical da América Latina. Na UFRJ há um pólo de Biotecnologia com uma incubadora que auxilia os profissionais a desenvolver empresas de relevância científica com patentes duplas (para a Universidade e para o pesquisador).

Minha tia, a doutora Sílvia Azevedo, farmacêutica bioquímica de formação, trabalhou com transplantes de medula óssea e durante as pesquisas que fez em graduação e pós-graduações, eles percebiam o desperdício que ainda hoje existe com as células-tronco encontradas no sangue de cordão umbilical e placentário. Milhões de células que poderiam salvar milhões de vidas no Brasil e no mundo. Então ela pesquisou, desenvolveu e adaptou uma técnica de coleta e armazenamento e com gigantes da indústria farmacêutica brasileira nacional, montaram a empresa em 2000.

A legislação para regulamentar a área de coleta de células-tronco adultas, porém, veio em 2004 e a ANVISA, pela RDC 153/2004, estabeleceu que apenas enfermeiros e médicos poderiam realizar a coleta de Sangue de Cordão Umbilical. Então, minha tia, que era a criadora/adaptadora da técnica utilizada no Brasil, não poderia mais realizá-la. De maneira que, eu recebi o diploma em um dia, e dois dias depois estava no Rio de Janeiro para aprender as técnicas necessárias para realizar o serviço em Brasília.

Ao chegar no Rio de Janeiro, me deparei com uma área extremamente nova na

saúde, que é a medicina Regenerativa. Havia trabalho duplo pra mim: o primeiro, aprender a parte técnico-científica. A segunda parte teria a ver com administração de empresa, propaganda e marketing, gestão de pessoas. E percebi que, ainda que tivesse tido uma boa formação acadêmica, que facilitava a aprendizagem na primeira parte do desafio, não havia recebido qualquer treinamento no meu curso para a segunda, ou seja, para ser empreendedora.

A UnB, para a maioria de seus cursos, não nos prepara para ser inovadores e ter a nossa própria empresa, negócio (pelo menos não no fluxo obrigatório). Por isso eu considero esse momento uma segunda universidade. Eu recebia o treinamento para a coleta de células tronco, mas também saía com os propagandistas da empresa nos consultórios médicos para aprender a propaganda em saúde, o outro lado da moeda muitas vezes demonizada em algumas aulas na universidade; enfim, minha tia me fez passar por todos os setores da empresa e percebi que apenas 30% do que fazia estava diretamente ligado à enfermagem, e os outros 70% teria a ver com gestão.

Passei por diversos desafios, pois, se por um lado pode parecer ser mais fácil ser “a sobrinha da chefe”, por outro, é extremamente difícil, porque a despeito do parentesco, a Sílvia me convidou por causa da minha formação. Mas o tempo todo eu era testada pelos funcionários, pela minha família e até por mim mesmo. Eu precisava ser 3 vezes mais competente, e tinha de lidar com o medo das pessoas que achavam que, se me ensinassem todo o serviço, eu tomaria o seu lugar. Isso exigia uma auto-vigilância constante para que eu não fizesse nada errado.

O sócio da minha tia, vendo da minha dedicação, me convidou para ser propagandista também de sua outra empresa de medicamentos para curativos em grandes queimados e, com isso, fui treinada pelos propagandistas mais competentes e inteligentes da área de vendas, que não me viam como concorrente no caso da empresa anterior, mas como parte da equipe, numa outra empresa que não era parente de ninguém; e assim, conheci o mundo do lado de quem não é servidor público e o relacionamento com as atividades público-privadas: o que é um pregão, licitação, adesão de ata, e toda uma estrutura que tinha um grande desconhecimento, e pude perceber a complexidade das relações público-privadas, e que nem tudo tem o lucro como finalidade última.

Para me preparar melhor para a área de propaganda, passei a ler revistas dessa área para até entender um pouco mais os temas, descobri a importância da auto-imagem, viquei em café, aprendi a construir relacionamentos profissionais, em resumo, tive uma imersão, um curso prático-teórico de Administração de Empresas, Marketing e Propagandas. Um mundo tenso, que exige eficiência, eficácia a cada segundo. Mas ao mesmo tempo, sendo protestante,

sempre tive uma preocupação em não perder a coerência com meus princípios, a não deixar de lutar pelos meus ideais de políticas públicas. Trabalhei para essas empresas por 4 anos (por isso eu chamo de minha segunda faculdade). Em Brasília, assumi os serviços de nossa empresa familiar e os da empresa não familiar, vendo o meu trabalho “de formiguinha”, se desenvolver a cada dia, conversando com hospitais públicos, particulares, criando oportunidades, e “recebendo por produção bem sucedida”, o que fazia meu salário ser bem variável. Trabalhava 24 horas por dia, 7 dias na semana. Foi uma época de grandes desafios e desgaste pessoal, mas hoje percebo que, sem esse período na minha vida, teria perdido um momento de grande amadurecimento e aprendizagem.

## **UnB fase 2: Licenciatura Plena em Enfermagem**

Após três meses na iniciativa privada, voltei para a Brasília e, como havia solicitado dupla-habilitação, fui cursar as disciplinas da Licenciatura (para o título de Licenciatura Plena em Enfermagem). Foi quando conheci melhor a Faculdade de Educação. Isso era em 2007. Passei a experimentar a UnB de uma maneira diferente: aulas noturnas, em que eu chegava de carro, com meu computador, mas também com as demandas de trabalho, não havia mais tempo para “explorar” possibilidades como fiz no Bacharelado. Quando eu fui para o curso de Licenciatura, eu esperava aprender “como dar aula”, mas me deparei com as perguntas que antecediam a isso: “por que dar aula?”, “O que significa dar aula a partir de uma determinada concepção?”. Achei as 4 disciplinas insuficientes para tantas outras questões que fiquei com vontade de me aprofundar naqueles assuntos. Isso foi a semente para pensar em fazer pedagogia mais adiante na minha vida.

Em 2008, estava em uma crise pessoal. Apesar de bem sucedida no trabalho, minha paixão por saúde coletiva não havia se encerrado, mas com a então política de Atenção Primária do Distrito Federal, jamais conseguiria trabalhar com o que amava até ter 60 anos de idade, pois a Atenção Primária de Saúde naquela época era vista como “bonificação de fim de carreira”, ou até mesmo como o espaço para aqueles que não agüentavam mais as dificuldades do hospital irem, um depósito de pessoas “inválidas”, como algumas vezes cheguei a ouvir de algumas pessoas.

Comecei a pensar se deveria mesmo continuar na área da saúde. Conseqüentemente, tive uma vontade enorme de mudar de rumo e passei a pensar na carreira diplomática. Voltei a estudar línguas, e, querendo sair da iniciativa privada, me tornei “concurseira”, estudando

para concursos de saúde, mas estudando muito mais para os concursos do Ministério das Relações Exteriores (MRE), afinal, tinha vivenciado experiências com estrangeiros bem interessantes e em 2007 eu havia feito minha primeira viagem internacional: a Polônia, e percebi que tinha facilidade de me adaptar à novas culturas.

Nessa época, eu incentivei minha mãe a retomar os estudos. Ela queria muito fazer Arquivologia, e aqui em Brasília só a UnB fornece esse curso. Por isso, ela foi estudar em cursinho pré-vestibular. E naquele ano, me inscrevi para o vestibular, dessa vez em Relações Internacionais. Mas na hora de efetivar o pagamento, fui tomada por uma vontade de tentar Pedagogia, e, sem muita explicação, foi o curso que tentei, pensando em várias situações, pois já havia em mim o desejo de repensar “o ensinar em saúde” e pensei que a pedagogia poderia me auxiliar nisso. E até brincava em casa dizendo que se eu me cansasse da minha vida, me tornaria professora de Jardim de Infância no interior do Brasil. Confesso que essa tomada de decisão foi mais emocional que racional, porém hoje também percebo uma grande oportunidade na minha vida.

### **UnB fase 3: Pedagogia!!!**

Devo dizer que passei no Vestibular no primeiro semestre de 2009 (e minha mãe também, mas no segundo semestre de 2009). Quando passei para Pedagogia, fiquei muito feliz, mas tantas pessoas reprovavam minha escolha naquela altura da vida que aquilo começou a me irritar profundamente. Primeiro porque as pessoas diziam comentários do tipo: “mas você é tão inteligente, porque você vai fazer outra graduação, ainda mais em pedagogia! Se fosse medicina tudo bem, mas perder tempo com outra graduação...”; eu falava que queria ferramentas para melhorar meu trabalho e não tinha certeza que o mestrado ou o doutorado me daria o mesmo que o curso de graduação.

Para ter uma ideia do preconceito com pedagogia, a reunião de negócios no Rio de Janeiro, minha tia chegou a ser deselegante comigo, falando asperamente que o que estava escolhendo era estupidez total. Seu esposo, porém, disse que eu deveria aproveitar a oportunidade inicialmente, mas que deveria conhecer os professores para fazer o Mestrado e após ser aprovada, desistir do curso (que foi o comentário menos pior sobre minha escolha). Hoje, muitas dessas pessoas percebem que essa escolha trouxe um grande amadurecimento para minha vida e um leque de possibilidades tão profundo que muitos já revêem o que disseram neste momento.

Comecei o curso de pedagogia. E no primeiro dia de aula, teve o trote, que foi o do

“professor carrasco”, onde um colega se disfarça de professor carrasco e nossos veteranos se disfarçam de colegas repetentes e há a maior confusão. Devido a minha história na UnB, nem preciso dizer que acreditei que era verdade e passei por momentos de tortura psicológica; e fiquei pensando “o que estou fazendo aqui, pra passar por isso de novo?” Quando o colega falou se tratar de um trote, senti meu rosto ficar vermelho de tanta tensão que estava, mas que me rendeu muitas reflexões sobre mim mesmo; depois, como todos, dei boas risadas da situação.

No primeiro semestre ainda vinha de uma rotina pesada de trabalho na empresa, sempre elegante, bem vestida. A Disciplina Oficina Vivencial com o professor Armando e Projeto 1 com a professora Sônia Marise foram vitais para eu estabelecer a maneira como gostaria de desenrolar meu curso. Não pude realizar a mesma “experimentação” da primeira graduação, mas pude otimizar o aprendizado e, trabalhando e estudando muito, e convergindo um com o outro, foram 4 anos e meio bem intensos.

Ainda no primeiro semestre, fiquei desapontada com uma questão que não sei se é um problema da pedagogia ou da UnB: como tudo o que se estuda dos últimos 10 anos na UnB é aproveitado no outro curso atual, todo o meu histórico de Enfermagem estava contido no meu histórico de pedagogia (o que deverá me dar um certo trabalho de explicar caso eu venha a trabalhar na área da pedagogia mais propriamente dita). Porém, para fins de “contagem do Índice de Rendimento Acadêmico” (IRA), usam-se as matérias por ordem cronológica, o que fez com que se escolhessem as matérias daquele primeiro semestre de tantos problemas. Não aparecem as matérias que reprovei, mas também não aparecem as monitorias, projetos e Iniciação Científica que fiz no primeiro curso. E para completar, matérias de igual conteúdo, por não terem o mesmo “nome” não foram feitas o sistema de equivalência.

Citando um exemplo de problema que tive com aproveitamento de disciplinas: Perspectivas do Desenvolvimento Humano é uma matéria de Psicologia Escolar, obrigatória, de 4 créditos. Eu já havia feito Fundamentos de Desenvolvimento da Aprendizagem, obrigatória para a Licenciatura, de 6 créditos, além de ter cursado Introdução à Psicologia, Psicologia da Aprendizagem e pra mim foi um absurdo ter de obrigatoriamente fazer uma disciplina com menos créditos com conteúdos que já havia me aprofundado suficientemente. Não fosse a professora Sandra Ferraz C. D. Freire ser uma professora maravilhosa, e de ótima metodologia, teria sido difícil cursar uma disciplina com um conteúdo já por mim apropriado. Gostei especialmente das conversas pós aulas com ela, que eram momentos de aproveitar para aprofundar conhecimentos, e gostei mais ainda de estar com uma professora que, não obstante

seu conhecimento e experiências serem enormes, ela me solicitava quase sempre um feedback sobre a aula.

Antes de continuar falando sobre conteúdo e métrica no curso de pedagogia, eu preciso pedir perdão aos dois cursos, pois a comparação para mim é inevitável e não faço isso para depreciar um ou outro. Sei que muitos colegas ficaram até cansados por minhas intermináveis associações. Mas na hora de falar sobre a prática da enfermagem ou da pedagogia, assim como meu histórico de enfermagem está contido no curso de pedagogia, em minhas práticas não consigo desvincular a pedagogia da enfermagem, de sorte que, em se tratando do meu trabalho na Secretaria de Saúde (no próximo tópico explicarei melhor sobre o mesmo), não consigo mais separar o que é um ou o que é o outro curso. Mas a intenção sempre foi e é de realizar uma comparação saudável e, considerando que está presente em minha banca o atual coordenador do curso de enfermagem, acho válido tecer algumas considerações. Ouso ainda comparar os dois cursos com outros cursos, considerando minha trajetória na UnB.

O curso de Pedagogia é, sem sombra de dúvida, o curso mais “humanizado” da UnB, no sentido de o tempo todo estar buscando rever suas práticas e organização para melhor atender o aluno. Eu não vi essa preocupação na magnitude dessa faculdade em nenhum outro curso, e é claro que isso tem a ver com o fato de a Educação ser nosso “objeto de estudo”, mas isso torna a Pedagogia da UnB tão preciosa, pois procura aproximar a teoria e a prática a partir da sua própria prática de apresentar a teoria, e nunca imaginei dizer isso, mas aprendi muito mais de “humanização de serviço” na Pedagogia que na Enfermagem.

Em contrapartida, o “excesso” de liberdade na Pedagogia e o “não encadeamento das disciplinas” (o pré-requisito) pode ser ótimo para mim que estou no segundo curso e mais “madura” no que tange à estudar na UnB, mas isso pode deixar alunos com pouca experiência muito perdidos e sem contar com a necessidade do professor ter de repetir conteúdos o tempo todo, pois o mesmo não sabe “o que o seu atual aluno já viu” e que posição ele se encontra no curso. Na verdade, a maioria dos alunos não sabe em que semestre acadêmico se encontram (apenas no quesito cronologia a partir de quando entrou na UnB). A liberdade inclusive de “escolher” os projetos e práticas não condiz com a realidade de um curso que deve ser “generalista”, pois ainda que o aluno tenha mais “afinidade” ao trabalhar com pedagogia “empresarial” ou “educação infantil”, a inserção no mercado de trabalho não é necessariamente pela subárea que o mesmo tenha maior afinidade (que foi o meu caso na enfermagem).

Quanto à generalização da formação para formação profissional, acho que o curso de

Enfermagem poderia contribuir para o curso de Pedagogia, pois a Enfermagem também saiu de um histórico de especializações na graduação para a generalização e hoje, ainda que o aluno não tenha afinidade por uma ou outra área, ele necessariamente é minimamente capacitado para atuar em tudo do universo da enfermagem.

Por não sentir contemplada todas as habilidades que minimamente devo ter como pedagoga no fluxo obrigatório, cursei matérias que hoje são optativas e que a princípio não têm a ver com o meu objeto principal de estudo, como “Educação Infantil” e “Educação de Adultos” Ambos as disciplinas dispõem de professoras super competentes (Fernanda Müller e Maria Luiza, respectivamente). Também fui muito feliz ao cursar “Fundamentos da Linguagem Musical na Educação” com Patrícia Pederiva, que não só nos ensinou sobre música, como nos ensinou na prática a metodologia de Vygotsky. E acabei encontrando ferramentas e pessoas importantes nas minhas atividades.

Ainda no primeiro semestre, percebi que não me formaria rapidamente como havia planejado, pois as disciplinas que cursei na Licenciatura Plena em Enfermagem ficavam “espalhadas” ao longo dos 4 semestres. Foi quando a professora Sonia Marise fez uma orientação geral para que eu terminasse meu curso de maneira mais rápida e fez uma grande parceria comigo, e assim fui sua aluna, monitora e no final do curso, orientanda. Ela aceitou o desafio de me ajudar com os projeto 3, 4 e 5, desenvolvendo meu trabalho no Centro de Saúde. Sem a ajuda dela, provavelmente teria desistido de terminar pedagogia. Assim, no meu tempo em que não estava trabalhando de dia, na empresa e posteriormente na Secretaria de Saúde, peguei disciplinas para adiantar o curso, mas a partir de 2011, com o aumento da carga laboral, fiz o mínimo de disciplinas.

Devido ao meu objetivo na pedagogia, que era de me apropriar de ferramentas que poderiam ser úteis para Educação em Saúde, buscava me aprofundar ao máximo em cada disciplina que cursei. Ainda assim, acho que ganhei alguns SS que não merecia, por não ter feito o que potencialmente sei que sou capaz; em um dos períodos da Universidade, vivenciei um momento singular na minha vida de trabalho, pois estava trabalhando 20 horas como servidora pública, em torno de 20 horas na empresa privada e fazia o projeto de Economia Solidária, o que daria uma outra monografia só comparando essas três áreas...

Tive o privilégio de cursar Políticas Públicas da Educação com a professora Regina Vinhaes quando ela se tornou Secretária de Educação e tanto ela como sua orientanda que assumiu a disciplina eram de uma competência incrível. Tive o prazer de reencontrar Renísia, que fora minha professora em Didática e José Villar, professor de Introdução à Educação, em 2007 na Licenciatura, que na época eram professores substitutos, como professores efetivos

na UnB em suas disciplinas de maior competência, e suas áreas de história (O Ensino de História nas Séries Iniciais e História da Educação Brasileira, respectivamente).

Eu poderia ficar aqui por horas “falando” de cada professor e matéria que cursei, pois, na Faculdade de Educação há a excelência na área de Educação. Individualmente, cada professor é muito competente. Mas acredito que a maior vulnerabilidade da FE é a dificuldade de articular os três departamentos e por conseguinte a comunicação entre os três.

Algumas matérias que contribuíram para meus objetivos na Pedagogia (e me surpreenderam com isso): Educação em Geografia, com a professora Maria Lídia Bueno, especialmente nas ferramentas que adquiri para o cotidiano do meu trabalho (e onde devo aprofundar meu trabalho no Mestrado), com a metodologia do “Estudo do Meio”, muito útil e parecida com o que eu já realizava de maneira mais empírica no trabalho; e a disciplina Educação e Trabalho com professor Erlando S. Rêses, que contribuiu com o conteúdo desta monografia alguns exercícios teóricos. As matérias do PAD (Avaliação, Orientação Vocacional e Educacional) também foram agradáveis e necessárias.

Enfim, se tivesse de repetir o processo, com certeza o faria e tenho recomendado fortemente o curso de Pedagogia e a transferência Facultativa para a UnB quem já o faz. E sim, antes que perguntem, espero exercer e ser conhecida como Pedagoga também.

### **Escola da Vida Fase atual: Do Centro para a Periferia: No contra fluxo da Vida e da Cidade**

Comigo aconteceu um daqueles milagres de que só a providência divina poderia fazer: em outubro de 2009 (eu estava no segundo semestre de Pedagogia), fui chamada para um concurso público que fizera em 2005 (quando ainda estava na primeira graduação) para Enfermeira da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e que passara em 1030º lugar (um concurso de 14 vagas mais cadastro reserva), faltando uma semana para expirar o concurso. E para minha alegria, fui designada para o Programa de Saúde da Família – PSF – na Atenção Primária de Saúde!

Por causa do concurso, comecei a trabalhar no Arapoanga, onde grande parte desse trabalho de graduação (Projeto 3 e 4 fase A e fase B) foi desenvolvido, como fruto de investidas para fortalecimento da APS (Atenção Primária de Saúde). E agora, morando em Brasília, na região central, ia, em fluxo contrário para Planaltina, primeiramente trabalhando 20 horas semanais, e desde 2011, 40 horas semanais.

No Centro de Saúde do Arapoanga, inaugurado em março de 2009, passamos por

grandes desafios. Em primeiro lugar, o governador da época inaugurou o serviço como UPA – Unidade de Pronto Atendimento – de atuação de 24 horas por dia e na verdade se tratava de um Posto de Saúde Da Família, de horário Comercial, o que fazia com que a população pensasse o pior de nós, dizendo que não estávamos trabalhando certo, nos ameaçando o tempo todo.

Em segundo lugar, havia apenas um Médico de Família e Comunidade (MFC) onde deveria haver pelo menos 12 médicos de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), que acabava por trabalhar como se fosse Clínico Geral sem garantias de consultas de retorno; depois chegou uma pediatra e duas ginecologistas de 20 horas; para uma população de 48 mil habitantes que pelo menos 90% da população realmente utilizam-se dos serviços públicos, o que fazia com que nossos serviços não fossem suficientes para resolver os problemas da população; havia ainda o desconhecimento de grande parte da equipe do que se tratava Atenção Primária, pois a maioria tinha conhecimento, formação e experiência no modelo hospitalocêntrico biomédico curativo.

Finalmente, outro grande desafio foi, em dezembro daquele ano, a convocação emergencial de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sem haver o treinamento para que os mesmos realizassem o seu serviço da maneira preconizada. Nossa equipe fazia o que podia, porém, sem os recursos humanos e materiais necessários, não era possível dar conta da demanda que nos era solicitada. Nesse momento, eu desenvolvi o Projeto 3 que originou essa monografia, a fim de capacitar os 25 ACS recebidos na minha Unidade de trabalho.

Em 2011, sob a gerência da doutora Juliana Soares, me tornei sub-gerente do Posto de Saúde e chefe de enfermagem do Centro de Saúde, juntamente com o Chefe do Núcleo Administrativo Sizélio de Castro. Nossa equipe administrativa teve de lidar com muitos desafios, e buscando recursos dentro e fora da secretaria, conseguimos melhorar a questão de recursos materiais e humanos. Ao organizarmos a Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, conseguimos médicos com excelente formação nessa área tanto para atender à população quanto para preparar os médicos residentes; fomos construindo identidade no serviço e a população começou a entender a lógica de Saúde da Família e passou a valorizar e a requerer esse serviço, e as áreas que ainda não eram cobertas por esse serviço começaram a reivindicar equanimidade.

Porém, como as políticas públicas são diretamente influenciadas pelas políticas de governo, e cargos de chefia são “cargos políticos para pessoas de confiança”, e como estávamos constantemente trazendo demandas para organização, estruturação e boas práticas na Atenção Primária, que, na época não era prioridade para a gestão, apesar de recebermos

muitos elogios, fomos exoneradas do cargo sem explicação por nossos chefes superiores e enviadas para outros serviços, tendo nossa chefia superior o cuidado de nos separar (eu e doutora Juliana) geograficamente pela regional em agosto de 2012.

O centro de Saúde reagiu a essa atividade, protestaram contra essa decisão mas nada pode ser feito. E com grande desgaste físico e emocional, tivemos de recomeçar nosso trabalho em outros lugares. Não desistimos de nosso ideal de uma saúde pública, gratuita, de qualidade, com equidade, justiça e acesso a todos. Mas no momento, lutamos por isso de uma maneira mais local e com menor visibilidade. Mas fiquei tão desestimulada que eu abandonei a presente monografia, que poderia ter sido concluída no segundo semestre de 2012. Além de tudo, não foi possível realizar todas as questões que programara para o empoderamento dos ACS no local de trabalho, e por isso precisei alterar alguns rumos. Mas com a ajuda da professora Sonia e da influencia da professora Maria Luiza, retomei o projeto inicial, e parte do que pretendo desenvolver será submetido num futuro próximo no Mestrado e doutorado.

Atualmente, encontro-me em um posto de Saúde Rural no bairro de periferia do Distrito Federal, em uma população de aproximadamente 3000 habitantes (o que diminuiu consideravelmente minha demanda), em uma equipe quase completa (faltando 3 Agentes Comunitários para que possa ser realizado a cobertura de 100% da população). Tenho a falta de muitos recursos materiais; o posto fica em uma casa alugada na região, onde constantemente ficamos em situação de despejo por falta de pagamento por parte da Secretaria de Saúde; o posto não é reformado há 8 anos, e o teto do segundo andar desabou e ficou interditado; não tenho computador, internet, mas o governo exige minha produção pontualmente (e online).

Sobre meu local de trabalho, é uma área rural com muitas vulnerabilidades, como acesso á serviços básicos como esgoto, água potável e saneamento básico em geral, a coleta de lixo é feita uma vez por semana; há apenas uma escola que trabalha com Educação Infantil e Ensino Fundamental, e após a terceira série/quarto ano as crianças precisam se deslocar através de um serviço de transporte que pouco funciona; não há serviço de segurança pública permanente, nem locais de lazer para toda a comunidade. Não tenho como afirmar categoricamente, mas a sensação é que há uma expressiva parte da população analfabeta ou analfabeta funcional e a renda principal da comunidade é o Bolsa Família (isso eu posso afirmar porque faço o acompanhamento de condicionalidades para que as pessoas mantenham o benefício).

A despeito de tudo, amo o que faço e faço o que amo. Minha equipe de trabalho é maravilhosa, com muita vontade de desenvolver o trabalho de maneira a empoderar a

população e a oferecer serviços de qualidade. Temos conquistado vitórias importantes, com o acompanhamento dos diversos ciclos de vida, e temos desenvolvido não apenas ações na ótica curativa, mas na ótica preventiva. Tenho o orgulho de dizer que, em meu posto, 100% das pessoas que procuram atendimento são atendidas, estejam marcadas ou não. Os pacientes não marcados passam pela avaliação da equipe de enfermagem e, passam por uma consulta comigo e/ou com a médica (Francimar Santana). Me sinto devolvendo para a comunidade que pagou com seus impostos a minha formação, e busco a excelência como fazia na iniciativa privada.

Esse ano iniciaremos na comunidade o Programa de Saúde nas Escolas, o Grupo de Controle do Tabagismo e outros grupos Educativos. Com a promessa de novos Agentes Comunitários e novos recursos a partir do PMAQ (Programa de Melhoria da Assistência e Qualidade na Atenção Primária), acredito que poderemos realizar um serviço ainda mais eficaz e eficiente e receber os recursos materiais que nos faltam. Mas acreditar na saúde primária ou Atenção básica de saúde é como ser professor que defende a educação básica: somos eternos militantes de uma luta permeada pelos valores de equidade, justiça social, ética, coerência, enfim, valores estes que constroem cidadãos críticos, autônomos, solidários. As vezes perdemos algumas batalhas, mas se queremos ser vitoriosos, há de se lutar sempre!

### **Conclusões importantes sobre minha história e o por quê deste trabalho**

Políticas públicas sempre afetaram a minha vida e elas têm permeado minha vida desde sempre. As configurações políticas e interferências do Estado afetaram a formação e deformação da minha família, como questões relacionadas a emprego, saúde e educação. Assim é na vida de milhões de brasileiros. Por isso, tenho grande interesse em unir essas duas áreas que não são separadas quando se tratam de seres Humanos: Saúde e Educação. Não enxergo nenhuma dissociação das minhas profissões, e onde estou, elas me valem para observar, analisar, criticar, realizar, (re)pensar. Se por um lado, as pessoas “menosprezavam” minha escolha pela enfermagem, ou minha escolha pela pedagogia, hoje, com a união das duas áreas tenho me sentido cada vez mais valorizada em espaços de construção coletiva, espaços que eu valorizo. E parte desse movimento é encontrada nessa monografia..

A presente monografia é fruto de minha preocupação com os processos educativos na Atenção Primária de Saúde. Como estarei desenvolvendo no interior do trabalho, a atenção primária é a porta principal de acesso à saúde, e a ênfase é a da promoção à saúde, prevenção de doenças e agravos. Porém, a despeito da formação técnica, os profissionais da saúde são,

em essência, educadores. E essa educação, assim como no ambiente escolar, pode ser libertária e construir um cidadão saudável, crítico e autônomo, como pode também ser um espaço de “escravização” dos corpos e de manutenção das desigualdades sociais e dependência. E, infelizmente, em minha prática vejo pessoas muito inteligentes, com alto domínio das técnicas de medicina, enfermagem, nutrição, enfim, de sua área de formação, mas que nem sempre atinge ao objetivo pela falta de formação para ações educativas.

Como profissionais de saúde, aprendemos um linguajar científico, mas nossos pacientes nem sempre dominam sequer o português oficial; e há muita frustração na comunicação entre usuários dos serviços de saúde e os trabalhadores da área de saúde. O analfabetismo, por exemplo, atinge profundamente a efetividade dos serviços; A dificuldade dos profissionais de regionalizar o que se oferece e a adequar as ofertas do serviço ao cliente e não ao bem estar da equipe de saúde é um retrato generalizado no país, ainda que haja um grupo grande de pessoas que buscam construir um Sistema Único de Saúde equânime, justo, que garante acesso a todos; trata-se de um processo contínuo, onde o “aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver com os outros e o aprender a ser”, são pilares não apenas da educação, mas da construção de comunidades mais saudáveis em todas as esferas: no âmbito individual, social, ambiental, etc.

E há uma figura que pra mim é essencial no processo de construção da saúde no Brasil, que é o Agente Comunitário. Essa pessoa, que trabalha e mora na região onde se dá o serviço de atenção primária, que o Ministério da Saúde reforça o seu papel de “mediador” entre o serviço de saúde e a comunidade, muitas vezes na realidade é deixado de lado e não é adequadamente sensibilizado para “olhar” os problemas da comunidade. A naturalização da violência doméstica, por exemplo, faz com que o ACS, ainda que veja e não concorde com ela, não entenda o seu papel de agente de mudanças.

Tudo isso faz parte do meu universo e, ao trabalhar com a perspectiva da Economia Solidária no projeto 3 e com oficinas de Educação Permanente para esse profissional, vislumbro possibilidades para três profissões: a do Agente Comunitário, para atingir melhor o seu objetivo de Agente de Mudanças; a do Enfermeiro, que vêm a ser na maioria das vezes o coordenador da equipe e que traça o percurso da equipe e por isso precisa refinar o seu “olhar educador” e, finalmente, a importância do pedagogo na Atenção Primária de Saúde, na construção de práticas educativas de todas as esferas: do usuário com a equipe, da equipe entre si e tantas outras possibilidades...

PARTE II  
MONOGRAFIA

## INTRODUÇÃO

### 1.1 Entendendo o contexto da Atenção Primária

Na Constituição Brasileira vigente, a Constituição de 1988, A Educação e a Saúde são “Direito de todos e dever do Estado” BRASIL(2005). Isso foi uma grande vitória para iniciar a construção de um Estado Democrático de Direito. Mas essa conquista inicial é fruto de uma história marcada por lutas sociais. Imediatamente anterior à atual constituição, a saúde era restrita aos contribuintes do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), ou seja, dos trabalhadores do mercado formal (estatutário ou celetistas) e seus familiares, e os demais ficavam à mercê de serviços filantrópicos BRASIL[2] (2009).

Nasce com a nova Constituição o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado posteriormente pela lei 8080/90, preconizando princípios, valores e atributos de um sistema que deve ter como característica a descentralização e a hierarquização, com gestão tripartite e controle social, promovendo a Universalidade (atendimento à todos); a Integralidade (a garantia de oferta necessária aos indivíduos e a coletividade, independentemente das condições dos indivíduos/população oferecendo uma rede que inclua prevenção, tratamento, reabilitação – ou seja, diversos tipos de saúde); a Equidade (atendimento de acordo com a necessidade de cada indivíduo – tratamento diferente para promover igualdade); Participação da Comunidade (a comunidade na gestão do SUS por meio de Conselhos e Conferências de Saúde). BRASIL[2] (2009).

Igualmente, anterior à Constituição de 1988, à Educação passou por inúmeras mudanças, onde também se fez presente a luta da população, mas os menos favorecidos ficaram por muito tempo a mercê da filantropia e sorteio, e as escolas de Ensino Fundamental, ainda que obrigatórias na Constituição anterior, não eram garantidas para todos no Brasil, com grande discrepância em se tratando de qualidade de ensino. A primeira Lei que regulamentou a Educação pós Constituição de 88 foi a Lei de Diretrizes e Bases de 1996 (LDB), no presente momento, em rediscussão. Porém, vemos os princípios norteadores serem muito parecidos com os de saúde, a saber:

- I - igualdade de condições para o acesso e permanência na escola;
- II - liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar a cultura, o pensamento, a arte e o saber;

- III - pluralismo de idéias e de concepções pedagógicas;
- IV - respeito à liberdade e apreço à tolerância;
- V - coexistência de instituições públicas e privadas de ensino;
- VI - gratuidade do ensino público em estabelecimentos oficiais;
- VII - valorização do profissional da educação escolar;
- VIII - gestão democrática do ensino público, na forma desta Lei e da legislação dos sistemas de ensino;
- IX - garantia de padrão de qualidade;
- X - valorização da experiência extra-escolar;
- XI - vinculação entre a educação escolar, o trabalho e as práticas sociais.

BRASIL (1996, p.1 e 2)

O desafio da mudança de paradigmas para uma construção mais democrática da saúde e da educação, porém, não foi concluído apenas nas mudanças de lei, caso contrário, já estaríamos com os direitos sociais adquiridos. PAULO FREIRE, em seu discurso “O papel do trabalhador social no processo de mudança” em Santiago, em 1968 já nos alertava sobre o processo de mudança real, que não se concretiza apenas com mudanças na Lei, mas que há a necessidade de mudar toda a estrutura que permeiam os velhos paradigmas:

*É que, no momento em que os indivíduos, atuando e refletindo, são capazes de perceber o condicionamento de sua percepção pela estrutura em que se encontram, sua percepção começa a mudar, embora isto não signifique ainda a mudança da estrutura. É algo importante perceber que a realidade social é transformável; que feita pelos homens, pelos homens pode ser mudada; que não é algo intocável, um fado, uma sina, diante de que só houvesse um caminho: a acomodação a ela. É algo importante que a percepção ingênua da realidade vá cedendo seu lugar a uma percepção que é capaz de perceber-se; que o fatalismo vá sendo substituído por uma crítica esperança que pode mover os indivíduos a uma cada vez mais concreta ação em favor da mudança radical da sociedade. Ao trabalhador social reacionário nada disto interessa.*

*Poderá dizer-se que a mudança da percepção não é possível antes da mudança da estrutura, na razão mesma do seu condicionamento por esta. Tal afirmação, se tomada de um ponto de vista extremado, pode, nos conduzir a interpretações mecanicistas das relações percepção-realidade.*

FREIRE(1981 p. 33)

Podemos concluir que, para que haja a democracia de fato estabelecida no Brasil, é necessário que as diversas comunidades façam uma nova leitura e reflexão sobre suas condições de vida. E isso significa que é preciso perceber a diferença entre o ideal e o real, especialmente no que tange à essas duas áreas: a Saúde e a Educação e assim, na busca pelo empoderamento da população pela sua cidadania, os mesmos se tornem sujeitos ativos, e assim, as mudanças começam a acontecer.

Após 24 anos de conquistada a Democracia eleitoral, a luta e o fortalecimento de políticas públicas para garantir a educação e a saúde de qualidade continuam; sabemos que a população brasileira ainda precisa descobrir a fim de vivenciar esses direitos garantidos. E para que haja controle social, ou seja, a ação direta da população na construção da Saúde e da Educação é necessária uma educação de qualidade. Os direitos não são auto proclamados, mas é uma conquista política e social. E a Educação com os princípios supracitados acontecendo efetivamente no país nos leva ao autoconhecimento, e ao conhecimento da comunidade que nos cerca, e assim podemos, dialeticamente, construir o mundo, e conseqüentemente, a saúde que precisamos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) declara como o conceito de Saúde *não apenas como ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social*. Ainda que autores como SEGRE & FERRAZ (1997, p.538) discutam a utopia desse conceito, ele tem sido utilizado como meta na organização dos serviços de saúde, apesar de sabermos se tratar de uma meta inatingível e de assumir várias possibilidades a partir das opções políticas de um determinado povo. E mais uma vez, percebemos uma intrínseca ligação entre a saúde e a educação para que esse conceito possa se tornar realidade.

No Brasil, assim como em diversos países do mundo, dividiram-se os serviços de Saúde de acordo com a sua complexidade tecnológica e científica, a saber: Atenção Básica ou Atenção Primária; Atenção Secundária e Atenção Terciária. Quanto à Atenção Básica ou Atenção Primária em Saúde (APS), de acordo com a OMS, no Encontro de Alma-Ata de 1978 ficou entendido como

*Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento,*

*no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (Opas/OMS, 1978, p. 5).*

A Atenção Primária é considerada a “porta preferencial de acesso” à toda à população. E, assim como na Educação Básica, precisa envolver toda a comunidade e responder diretamente às necessidades dos envolvidos, também observando o princípio de regionalização, vínculo, continuidade de cuidado. O Brasil iniciou suas atividades com o que hoje chamamos de Atenção Básica Tradicional, por meio dos Centros de Saúde, após perceber a incapacidade dos Hospitais e do Modelo Biomédico Centrado para promover a saúde de maneira eficaz e efetiva. E nos últimos 18 anos vêm implantando um modelo mais ousado: A Estratégia de Saúde da Família, que consiste em remodelação da assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde:

*A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade BRASIL[1] (2009).*

Para entender o que a APS oferece, é importante entender mais dois conceitos: **prevenção primária** e **prevenção secundária**. Chama-se prevenção primária a prevenção de doença ou agravo que não aconteceu, por exemplo: evitar que uma pessoa adquira Doença Sexualmente Transmissível, cuidados com o Pré-natal, acompanhamento do desenvolvimento infantil, ações de vigilância epidemiológica, de maneira a controlar, minimizar e até erradicar doenças que comprometem a população pela situação de alastramento, como por exemplo, a dengue ou outras doenças de origem infecto-contagiosas, etc.

Já a prevenção secundária dá-se à uma pessoa que adquiriu uma doença crônica degenerativa como, por exemplo, uma Hipertensão Arterial ou asma. A pessoa pode ter uma vida normal desde que ela saiba controlar e lidar com a doença. Em países desenvolvidos, é predominante a prevenção secundária, pois as doenças infecto-contagiosas já estão controladas e até erradicadas, mas países em desenvolvimento, caso do Brasil, está em processo de transição e possui a necessidade de desenvolver ações nas duas direções supracitadas, e a APS é responsável por esses dois níveis de cuidado. Estima-se que 90% dos problemas da população com a saúde podem ser resolvidas com a Atenção Primária bem implementada na população, especialmente a Estratégia de Saúde da Família, e é onde está inserido e é fundamental o profissional Agente Comunitário de Saúde. BRASIL[1] (2009).

A responsabilidade pela Atenção Primária de Saúde é essencialmente municipal (ou distrital, no caso do DF que acumula as responsabilidades municipais e estaduais), pois a mesma deve-se adequar às necessidades regionais, posto que as necessidades de uma cidade como São Paulo, por exemplo, são diferentes de outra como São João da Aliança, interior de Goiás; uma cidade urbana tem processos de adoecimento diferenciados de uma cidade rural, etcétera; essas diferenças populacionais fazem com que a Atenção Primária tenha diferentes prioridades.

Porém, recentemente percebe-se um quadro de “federalização” da Atenção Primária de Saúde, ou seja, o governo federal organizando, administrando, enfim, assumindo esses serviços, mais do que apenas “fiscalizando”. A exemplo disso, o recente programa de governo oferecendo bolsa e estudo para médicos irem para os interiores do Brasil; o PMAQ – Programa de Melhoria da Assistência e Qualidade na Atenção Primária – e diversos outros programas de repasses de verbas e gestão das equipes de saúde. Isso porque a AP é uma política pública extremamente vulnerável à política de governo, e os municípios, muitas vezes despreparados ou mal administrados por diversos motivos, sendo o principal a corrupção, não oferecem ao cidadão o serviço que lhe é de direito no que tange à saúde.

E uma figura que tem transformado parte do desconhecimento da população para assumir o direito à saúde é o Agente Comunitário de Saúde, por sua ação diretamente ligada às pessoas e às famílias da comunidade. Ele pode tornar maior ou menor o controle social, ou seja, a capacidade da comunidade para fazer valer seus direitos e suas necessidades básicas assistidas. BRASIL (2009).

## **1.2 - SOBRE O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

O Agente Comunitário de Saúde, ou simplesmente o ACS, é uma profissão relativamente recente no Brasil, embora no mundo seja uma profissão antiga, com registros de atividade parecida no império Alemão Czarista. Ele pode ser escolhido, seja por processo Seletivo (CLT) ou por concurso público (Estatutário) com o objetivo de realizar a *integração dos serviços de Saúde da Atenção Primária à Saúde com a comunidade*. BRASIL (2009). O pré-requisito básico para essa atividade é que o ACS more na comunidade onde ele irá atuar, preferencialmente, com bom vínculo e que exerça influência comunitária, que seja um líder, respeitado pela população em que ele vive. Em depoimento para a publicação do Ministério da Saúde, uma ACS relatou:

*“ser ACS é, antes de tudo, ser alguém que se identifica em todos os sentidos com a sua própria comunidade, principalmente, na cultura, linguagem e costumes. Precisa gostar do trabalho. Gostar principalmente de aprender e repassar as informações, entender que ninguém nasce com o destino de morrer ainda criança...” BRASIL (2009, p.10)*

Para o ACS realizar um bom trabalho, de acordo com o Ministério da Saúde, ele precisa:

*Conhecer o território ;*

- *Conhecer não só os problemas da comunidade, mas também suas potencialidades de crescer e se desenvolver social e economicamente;*
- *Ser ativo e ter iniciativa;*
- *Gostar de aprender coisas novas;*
- *Observar as pessoas, as coisas, os ambientes;*
- *Agir com respeito e ética perante a comunidade e os demais profissionais.*

BRASIL[2] (2009, p. 25)

(...) deve ainda:

- Identificar áreas e situações de risco individual e coletivo;
- Encaminhar as pessoas aos serviços de saúde sempre que necessário;
- Orientar as pessoas, de acordo com as instruções da equipe de saúde;
- Acompanhar a situação de saúde das pessoas, para ajudá-las a conseguir bons resultados. \_\_\_\_.( p. 26)

Portanto, o trabalho de um Agente Comunitário pode ser bem diferenciado de outro, pois ele se adéqua às condições de saúde da população.

O território sanitário, ou seja, o local de atuação da equipe de saúde da família, é determinado por sua densidade demográfica. Uma equipe de saúde da família urbana é responsável por uma população de 3000 a no máximo 4000 habitantes. Cada ACS é responsável por 700 pessoas, o que diminui quando se trata de área rural pelas distâncias geográficas e/ou complexidade da população.

O ACS pode ter formação básica de ensino fundamental completo, mas em várias regiões brasileiras, há o ACS sem formação de educação básica completa. Há comunidades em que o ACS é analfabeto, mas que sua habilidade para “educação popular” e identificação de problemas é tão excelente, que por isso ele se torna essencial na Equipe de Saúde. No Brasil, temos ACS indígenas, quilombolas, profissionais do sexo, ou seja, é um grupo heterogêneo, que têm se organizado aos poucos, seja no próprio processo de trabalho, seja também suas representações políticas (o sindicato dos ACS em Brasília, por exemplo, possui menos de 5 anos de legalmente organizado).BRASIL (2009)

Com relação à Educação Popular, VASCONCELOS (2001, p.124) nos lembra que

Educação Popular não é o mesmo que “educação informal”. Há muitas propostas educativas que se dão fora da escola, mas que utilizam métodos verticais de relação educador-educando (...) Ela busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento.

FREIRE também nos apresenta essa “educação popular” como a necessidade de educar as massas populacionais para se chegar à “prática da liberdade”.

A educação das massas se faz, assim, algo de absolutamente fundamental entre nós. Educação que, desvestida da roupagem alienada e alienante, seja uma força de mudança e de libertação. A opção, por isso, teria de ser também, entre uma “educação” para a “domesticação”, para a alienação, e uma educação para a liberdade. “Educação” para o homem-objeto ou educação para o homem-sujeito. FREIRE (1967, p.36).

Quando nos deparamos com o pensamento de Paulo Freire sobre a educação, e

percebendo a Atenção Primária de Saúde como uma área no atendimento que é essencialmente educativa, pois lida com processos de saúde e doença de uma população e conseqüentemente, com o estilo de vida de um indivíduo em seu núcleo familiar, e por sua vez o estilo de vida dessa família no contexto da comunidade inserida, uma grande responsabilidade recai sobre a equipe de saúde. Assim como as demais instituições, podemos manter esse “status quo”, fortalecendo e disseminando relações hierárquicas de poder e alienando assim o usuário do serviço, culpabilizando-o pelos “fracassos” em se manter saudável, ou podemos “construir juntos”, de maneira dialética dialógica, com co-responsabilização, ou seja, sujeitos definindo conscientemente rumos para uma vida saudável, com qualidade definida por valores e parâmetros também construídos de maneira consciente por todos os envolvidos.

O desafio de Educação em Saúde na AP em nada é diferente dos educadores de instituições escolares e não é menos difícil para o Agente Comunitário da Saúde, que pode realmente se apropriar do papel de mediador e parte da equipe de saúde e da comunidade ou pode ser mais um “ditador” de conhecimentos para a população, perdendo sua “identidade de parte da população” (quando ela existe) e “subindo em um pedestal” onde ele deixa de ver seus vizinhos como seus iguais, e por sua vez a população deixa de vê-lo como parte da comunidade para apenas “mais um funcionário do posto que por acaso mora na comunidade”.

Ao vivenciar o desafio “da coerência” entre o discurso e a prática em construir uma “educação em saúde libertária; e observando a luta do profissional ACS com essa peculiaridade que envolve até mesmo sua percepção da auto-imagem, da sua identidade; surge esse relato de experiência, como início de uma jornada acadêmica de ação-reflexão que tenho a expectativa de mais uma vez produzir mudança em todos os envolvidos, o início de um círculo virtuoso de “Saúde libertária”.

### **1.3 – DO OBJETIVO DO RELATO DE EXPERIÊNCIA**

O objetivo desse presente relato de experiência é discutir a importância e a formação do Agente Comunitário na construção de processos educativos (para a Saúde) na Atenção Primária, na perspectiva de educação popular. Fruto da minha atuação como enfermeira e coordenadora de Equipe de Saúde da Família tanto em área urbana quanto em área rural em uma Região Administrativa do Distrito Federal, somado às produções realizadas durante minha graduação em Pedagogia para a formação desses agentes dentro da filosofia de Paulo Freire de “Educação Libertária”. Para fins de sistematização desse trabalho, utilizei-me de

algumas ferramentas metodologias, dispostas nos seguintes capítulos:

**No primeiro capítulo**, faço uma breve apresentação da realidade dos Agentes Comunitários de Saúde no contexto do Distrito Federal e apresento os resultados de uma entrevista realizada com dois agentes comunitários e a percepção dos mesmos sobre a profissão do ACS.

**No segundo capítulo**, relato a experiência da intervenção pedagógica que construí ao longo do curso de pedagogia em um dos meus locais de trabalho e uma breve revisão bibliográfica comparando experiências de formação **para** Agentes Comunitários e **de** Agentes Comunitários de algumas cidades brasileiras.

E, em **Considerações Finais**, discuto, permeado em Paulo Freire, possíveis caminhos e contribuições da Pedagogia para o processo de formação não apenas dos Agentes Comunitários de Saúde, mas toda a equipe de saúde no que tange à educação popular e possíveis abordagens para melhor eficiência e eficácia das ações educativas nesse contexto.

## **CAPÍTULO 1: SER AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL**

### **1.1- Introdução**

No Distrito Federal, em uma população de quase 2.500.000, apenas 194.344 pessoas são acompanhadas por agentes comunitários (DATASUS 2013), o que nos leva a um número atual de ACS em torno de 800 em todas as regionais. O Agente Comunitário está condicionado à uma situação bem atípica: por ser um dos Estados Brasileiros com o pior índice de cobertura da Atenção Primária, tornando a saúde culturalmente curativa e não preventiva, com cobertura abaixo de 32% em 2012 da população, este índice é menor ainda com a Atenção Primária organizada pela Estratégia de Saúde da Família.

A Atenção Primária era terceirizada por uma fundação que, após descobertas irregularidades de contrato e de trabalho, o governo do Distrito Federal rompeu o contrato com a fundação de maneira sumária, mas não rompeu o contrato com os trabalhadores imediatamente, em parte pela apelação judicial dos contratados, mas principalmente para não romper com os repasses de verbas do governo federal. Essa situação completamente irregular se estendeu até o final de 2011, quando, da noite para o dia, todos os funcionários contratados pela antiga fundação foram sumariamente demitidos/exonerados (dentre Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS).

Para completar o quadro de irregularidades, em 2009, para substituir os Agentes Comunitários da fundação que perdeu o direito de atuar no Distrito Federal, o então governador Arruda fez um processo seletivo sem fundação regulamentadora, ou seja, uma situação completamente ilegal, mantendo uma situação de vulnerabilidade os processos de trabalho dos Agentes Comunitários. Após a cassação do mandato de Arruda, os Agentes iriam ser demitidos pelo governador sucessor, mas nesse ínterim os ACSs se organizaram e conquistaram o direito em juízo de não serem demitidos.

Hoje os ACSs lutam para que o cargo (relativo à função) e a carreira (relativo à longitudinalidade do funcionário ao longo do tempo de serviço) de Agente Comunitário no Distrito Federal seja criado, que este servidor público seja de regime Estatutário; que os agentes atualmente na ativa possam ser equiparados aos estatutários para garantir que eles não sejam demitidos nesse processo de estruturação da carreira.

Outra excepcionalidade do DF é que os Agentes Comunitários do Distrito Federal se destacam pela alta formação escolar. Em minha experiência como gestora, fui responsável entre 2011 e 2012 por gerenciar uma área com seis equipes de Saúde, somando 25 Agentes Comunitários, onde mais de 70% já haviam concluído Ensino Superior, e os outros 30% estavam buscando entrar em cursos de formação técnica, ou cursos de nível superior. O que a princípio pode parecer uma vantagem, na prática pode-se constatar o não desejo por parte dos funcionários de fixação na carreira, sendo a profissão vista pela maioria como temporária, mesmo com um dos maiores salários da categoria em todo o Brasil (por volta de quatro salários mínimos – referência 2013), mas se comparado à outros servidores de nível médio na equipe de saúde há uma grande discrepância, haja visto que o Distrito Federal é um Estado muito caro para auto-manutenção.

Finalmente, a lógica de implantação da Atenção Primária no DF iniciando pelas cidades de mais baixo IDH, não levou em consideração a alta rotatividade populacional nessas áreas, o que torna dificultoso o processo de construção de vínculo entre a comunidade, e pelo pouco tempo de existência de muitas dessas cidades, somado à cultura curativa hospitalocêntrica médico-centrada da população, há uma baixa valorização do Agente comunitário entre a população e entre os profissionais da mesma categoria. Isso somado à falta de cuidado no processo de seleção em definir “Território Sanitário” fez com que muitos agentes comunitários não sejam daquela comunidade, e isso leva a identificação do ACS em muitas comunidades como “uma pessoa do posto” sem nenhum laço de pertencimento da mesma na comunidade que ele visita.

Ainda assim, muitos avanços têm acontecido nestes últimos 8 anos no Distrito Federal que nos fazem vislumbrar a superação destes problemas, como a organização do Sindicato dos Agentes de Vigilância Ambiental em Saúde e Agentes Comunitários de Saúde (SINDIVACS); o reconhecimento e a criação do cargo no quadro de carreiras públicas do DF, com previsão para concurso em meados de 2013; e a exigência do Ministério da Saúde para repasse de verbas para os municípios e Distrito Federal, tão somente diante de Equipes de Saúde da Família consistidas, ou seja, com a presença dos Agentes Comunitários.

Podemos concluir que ACS trata-se de uma profissão em ascensão em todo o país, e em processo de consolidação no Distrito Federal. E um possível “efeito colateral” dessa profissão em Brasília será de ordem política, pois pelo seu perfil articulador “corpo-a-corpo”, onde muitas vezes a própria população impulsiona o Agente Comunitário a se introjetar como representante em estâncias maiores, poderá contribuir para que novos vereadores, deputados distritais, e quem sabe até um movimento para emancipação das Regiões administrativas em

Municípios, o que já acontece em outras cidades onde a Estratégia de Saúde da Família está estabelecida há mais tempo.

## 1.2 – Entrevistando dois ACS

A presente entrevista foi realizada com dois Agentes Comunitários de Saúde de uma área rural de Planaltina, inicialmente como exercício da disciplina “Educação e Trabalho” oferecida pelo professor Erlando da Silva Rêses (roteiro pelo professor elaborado em anexo com autorização), mas que o resultados se mostraram pertinentes para a monografia

Os ACS entrevistados perpassam sua história pela contratação da fundação que foi deflagrada nas irregularidades e pelo processo seletivo irregular do governo Arruda, resultando em 9 anos de serviço prestados à Comunidade local.

O primeiro entrevistado, JLC, masculino, é morador há 17 anos na área em que trabalha, ativo na comunidade, tendo participado da Associação dos Moradores e outros grupos religiosos, movimentos jovens, etc. Recentemente se formou no curso de técnico de Enfermagem, e, apesar de ser ativo ACS e sindicalizado, se prepara para outros concursos públicos. Tem 28 anos, casado, com 1 filho e 2 enteados, está terminando de construir sua casa, que fica exatamente na rua do posto de Saúde. Tem atividades comunitárias, como a escolinha de futebol com os adolescentes da região. Concorreu ao cargo de presidente da Associação dos Moradores em 2013, mas infelizmente não logrou êxito por uma margem de poucos votos (menos de 40 votos).

O segundo ACS, JJC, 30 anos, morador da área (Rajadinha 1) há 23 anos, solteiro, também participou da Associação de Moradores e do Movimento Jovem DF. Já fez outros cursos, apesar de gostar do trabalho, busca uma profissão com maior estabilidade e valorização.

Ao perguntar sobre o tipo de trabalho que os mesmos desenvolvem, a resposta foi compatível com o buscado na literatura: que os mesmos são mediadores entre a comunidade e o Posto de Saúde. Que devem atender as pessoas, realizar palestras, etc. Existem algumas fichas de acompanhamento que eles devem preencher.

Apesar do médico, da enfermeira e do técnico de enfermagem realizar esse tipo de trabalho, é específico do ACS identificar in loco os agravos e por isso o início dos problemas é sempre identificado com ele. O contrato de trabalho, porém, não prevê os desvios de funções comuns que passam na Secretaria, como serviços de motorista para a secretaria,

serviços administrativos na Unidade, realizar mutirões para dar alguma assistência à áreas não cobertas, etc.

O tempo de jornada de trabalho é de 40 horas semanais, 8 horas por dia (das 8h às 12h e das 13h às 17h), de segunda à sexta feira, como prevê o Ministério da Saúde. Porém, é comum os vizinhos o procurarem dia de sábado e domingo e em horários de folga para resolver seus agravos de saúde, tentar marcar consultas na Unidade, perguntar se há a medicação prescrita em outra unidade de saúde, etc. Ambos consideram seu trabalho precário pela falta de ferramentas adequadas, como por exemplo, balança, aparelho de verificação de pressão, computadores e internet para enviar ao Ministério da Saúde os dados da comunidade.

Os ACS realizam tanto atividades individuais, como atividades em grupo e os mesmos percebem que a cobrança maior é com relação às atividades individuais, apesar de JLC perceber que a resolutividade é muito maior quando é possível organizar trabalhos em grupo. Nos últimos 9 anos, houveram melhoras salariais, mas quando o Distrito Federal passou a gerir diretamente seus processos de trabalho (salário, Equipamentos de Proteção Individual, etc.), houve um aumento da precarização das condições de trabalho.

O quadro de servidores, ambos foram resolutos nisso, é insuficiente para o cumprimento das tarefas na Unidade Básica de Saúde onde praticam suas atividades. Há por volta de 2000 pessoas que não têm a cobertura de atendimento do Agente Comunitário de Saúde e percebe-se que nesses locais, os agravos de saúde são maiores.

Quanto à organização da profissão para lutar pelos seus direitos, havia uma Associação dos Agentes Comunitários que, não se sentindo contemplados pelo SindiSaúde, organizaram o SINVACS (Sindicato dos Agentes Ambientais e Comunitários de Saúde). Ambos são filiados e atuantes, e estão na luta para consolidar a profissão e os direitos.

Com relação à condição salarial, eles consideram injusta comparando com outros profissionais do mesmo nível de escolaridade dos mesmos, mas o salário é “razoável”. As cobranças são altas por resultados, porém não há a preocupação por garantir as condições de trabalho suficientes.

Com relação à percepção da profissão, tanto fora quanto dentro da instituição eles percebem uma crescente valorização do seu trabalho e respeito vai sendo adquirido pela população, apesar de eles sentirem que a população não os reconhecem como “seus representantes”, mas o percebe como “a pessoa que trabalha no posto que mora perto de mim”.

Quando indagados sobre se pretendiam aposentar na profissão, JLC disse que “se melhorar as condições de trabalho e o salário, que ele pensaria em ficar”, mas como não

acredita nisso, recentemente terminou o curso técnico de enfermagem e começou a prestar os concursos. Já JCC, disse não se imaginar aposentando como ACS mas ainda não decidiu quanto a outra carreira que gostaria de exercer, e por enquanto “vai levando”.

### **1.3 – Análise da Entrevista**

Nas respostas da entrevistas, observa-se que os agentes comunitários que responderam são engajados, porém ao longo de 9 anos de luta, estão um pouco desanimados com a categoria. Gostam do trabalho, mas não estão satisfeitos com a maneira que a profissão está sendo organizada, ainda que estão mais otimistas com as vitórias recentes. Percebem que “apenas por meio da luta” é que se adquirem os direitos, e a luta coletiva.

O engajamento dos ACS se dá tanto no âmbito da categoria em si, como o das lutas em prol da consolidação dos Agentes Comunitários de Saúde, quanto como os “mediadores” da população, ao tentar participar da Associação de Moradores para pleitear as necessidades da população. Como pessoas que vivem uma cultura capitalista, pensam em ascensão social pessoal, já que as lutas coletivas podem ser desgastantes, como eles têm vivido os últimos anos. A experiência desse tempo deu-lhes capacidade de aprender a observar tanto os agravos de saúde quanto às outras atividades de prevenção à doenças e promoção à saúde. São respeitados e bem vistos pela sociedade que os cerca, ainda que precisem lidar com alguns preconceitos.

Os agentes Comunitários lidam com muitas dessas questões no processo de empoderar a população á processos que trazem qualidade de vida; a dificuldade de se quebrar com estereótipos e conceitos de vida, quando não se rompe com a lógica apenas; Percebem que a divisão capitalista do trabalho leva as pessoas á considerá-los apenas “executante de tarefas”, um “menino de recado” para a equipe de saúde. A população dá menos valor ao seu trabalho que a ação do médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem, quando na verdade sua iniciativa e várias competências o fazem trabalharem tanto ou mais que os outros profissionais da equipe de saúde. Além disso, passam pelo desafio da burocratização do trabalho público, o que torna muitas vezes o papel mais importante que as pessoas.

Sabemos que a construção de paradigmas nessa área será um trabalho árduo e contínuo tanto no local quanto global. Ao mesmo tempo, nem é preciso dizer que afeta diretamente o futuro da profissão dos Agentes Comunitários ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

## **CAPÍTULO 2: A FORMAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO PARA A CONSTRUÇÃO DE PROCESSOS EDUCATIVOS (PARA A SAÚDE) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DE EDUCAÇÃO POPULAR**

### **2.1 - Contextualizando e relatando a Experiência**

O curso de Capacitação para Agentes Comunitários, fruto do meu trabalho da disciplina “Projeto 4 – Fase A” e “Projeto 4 – Fase B”, veio ao encontro da necessidade do Centro de Saúde 05, Arapoanga, Planaltina – DF, de iniciarmos e sistematizarmos os serviços dos Agentes Comunitários de Saúde. Na primeira quinzena de dezembro de 2009, chegam em nossa Unidade 25 agentes comunitários do processo seletivo do governo Arruda, sem capacitação prévia e a maioria sem experiência na atividade de Agente Comunitário, pois nem todos os aprovados nessa seleção haviam trabalhado anteriormente como Agentes Comunitários.

Três dias antes da chegada dos mesmos, a então Diretora do Centro de Saúde e todos enfermeiros coordenadores de equipe de saúde foram convocados para uma reunião no Hospital com o que era o NAPESF (Núcleo de Apoio ao Programa de Saúde da Família) e nos informaram da chegada dos Agentes e que o acolhimento da secretaria não tinha previsão de início, fazendo com que cada Unidade se organizasse como melhor conviesse. Como todos estávamos com agendas com pacientes marcados para atendimento, discutimos como faríamos. Eu me prontifiquei a fazer um acolhimento e um pequeno curso desde que os outros enfermeiros assumissem meus pacientes, o que eles logo se prontificaram à fazer. Aproveitei uma oficina que preparamos no Projeto 3 que havia feito com a Professora Sonia Marise em Economia Solidária para dinâmica de apresentação e adaptei para o contexto, com a finalidade de conhecimento do grupo e conhecimento de suas percepções prévias.

No primeiro dia do Acolhimento, recebi a informação que não precisaria continuar a capacitação, pois a Secretaria havia convocado para uma grande capacitação central dos Agentes Comunitários. Então, naquele momento, fiz apenas o planejado para recepção e acolhimento na Unidade. Tive uma boa surpresa em perceber que a maioria tinha uma boa formação escolar, jovens, sendo o primeiro “concurso” da maioria do grupo, abertos para aprendizagem, com uma leitura crítica da realidade e do mundo. Porém, “dispensado o meu serviço” de capacitadora, voltei às minhas atividades normais e estes foram para a capacitação central.

Mas, assim como nós havíamos sido surpreendidos pela chegada em massa de Agentes Comunitários, acredito que os responsáveis pela capacitação também se depararam com uma situação inusitada (e no caso deles era um pouco mais difícil, pois estavam recebendo os ACS de todo o Distrito Federal, em torno de 400 convocados). E, diferente das demais profissões que já tem um curso técnico prévio (por exemplo, o Técnico em Enfermagem, Técnico em Higiene Dental, etc.), somado ao despreparo da SES até mesmo dos processos de serviço dos mesmos, os agentes me relataram que o “curso” não correspondeu às expectativas deles.

Naquele momento que incluía o desconhecimento das ações do ACS, muitos acabaram sendo desviados de função por suas habilidades prévias em informática, contabilidade, e no grande déficit de funcionários da área administrativa (que na época o posto contava com apenas 2 pessoas). Ademais, a falta de profissionais médicos, enfermeiros e técnicos e uma série de falta de recursos, nos impedia de realizar a implantação da Estratégia de Saúde da Família nos moldes preconizados pelo Ministério da Saúde. E como muitos profissionais vinham de uma experiência hospitalocêntrica ou de Atenção Primária tradicional, havia uma grande dificuldade em romper com o paradigma biomédico.

Em março, já matriculada no Projeto 4 com a professora Sônia, e vendo a necessidade do meu centro de Saúde em mudar os processos de trabalho para iniciarmos de fato a estratégia de Saúde da Família, propus para a professora construir a capacitação dos Agentes Comunitários a fim de resolver dois problemas: a necessidade do meu serviço e a minha necessidade de realizar o estágio. A professora assumiu o desafio e minha chefe, bem como as enfermeiras coordenadoras das equipes gostaram da ideia, organizei uma atividade que inicialmente seriam de 80 horas, mas acabou se tornando 100 horas, após adequação de carga horária para a equipe de Vigilância Epidemiológica. E então veio uma série de desafios.

O primeiro desafio foi o de adequar local do curso, pois, apesar do posto contar com uma sala de reuniões, essa estava ocupada com grupos terapêuticos de enfermeiros, fisioterapeutas, e outras atividades. Porém, havia uma “sala de Observação” cheia de macas que ninguém utilizava. Retirei as macas do local, e improvisamos cadeiras para o referido espaço, para os dias que não poderia utilizar a sala de reunião.

Quanto aos recursos didáticos, duas publicações do Ministério da Saúde, sendo eles **O trabalho do agente comunitário de saúde** e o **Guia prático do agente comunitário de saúde**, haviam sido recém publicadas e cumpria com o quesito “conteúdo”, mas ainda não havia sido enviada para o Centro de Saúde, apesar de já estar disponível na internet. Como não consegui patrocínio para tirar cópias, nem consegui exemplares no Ministério da Saúde, conversei com os ACS e optamos por fazer uma apostila com os dois livros, e alguns até

imprimiram em suas próprias casas ou ficaram apenas com o material virtual. Também dei uma cópia de parte deste material para os palestrantes convidados para falas importantes, como a nutricionista do Centro de Saúde, a Fonoaudióloga, a técnica de Higiene Dental, para que tivessem um direcionamento quanto ao conteúdo proposto, mas o objetivo era que eles organizassem suas falas também de acordo com o que deveríamos montar.

Além de convidar profissionais do posto, também convidei a enfermeira chefe da Vigilância Epidemiológica da Regional para falar sobre como realizar a investigação epidemiológica, principalmente no caso de dengue, nossa maior urgência na época (em 2010 houve um grande epidemia de dengue no Distrito Federal e Planaltina teve mais de cinco mil casos confirmados). O curso se tornou de 100 horas porque foram necessárias 20 horas só para a Vigilância abordar os assuntos. Todos os palestrantes foram voluntários e fizeram um excelente esforço para adequar conteúdos, tempo e público.

É preciso ressaltar que o Ministério da Saúde fez um material “geral”, para responder à uma realidade heterogênea, incluindo o nível de escolarização dos ACS, o que, para uma turma com alta formação escolar, precisavam serem revistos, se quiséssemos ser efetivos nessa formação. Então, o material era muito bom, mas não poderia ser usado como única referência de conteúdo, e por isso solicitei que todos os convidados fizessem as adaptações necessárias para a realidade dos nossos serviços.

Haviam ainda outras vulnerabilidades: Minha carga horária no serviço era de 20 horas semanais e o curso precisava também se adequar à minha escala; 100 horas significava que eu não teria “produtividade” para apresentar (entenda produtividade o atendimento de pacientes), e como a lógica de cobrança ainda é o quantitativo, precisei justificar ante à Regional o que seria feito. E por causa do desvio de função dos Agentes Comunitários, nem todos poderiam ser liberados para as aulas todo o tempo previsto. Ainda assim, resolvi continuar, mesmo que todos os agentes não estivessem presentes a todos os momentos, cada reunião contou com pelo menos 80% do público-alvo participando.

A metodologia principal foi a problematização, com vários estudos de caso que muitos traziam da própria área em que visitavam, e sempre surgiam experiências pessoais (não podemos esquecer que o Agente Comunitário, por estar inserido no local também é usuário do serviço e sua família também é acompanhada na área). A avaliação foi em “equipe”, apresentando alguns casos “hipotéticos” mas baseados em discussões prévias. Alguns ACS se identificaram com os problemas, enxergando-os em sua família, o que também foi positivo para que exercitarmos a “empatia” com os outros usuários do serviço.

Reconhecendo os conhecimentos prévios deles, mais a experiência de vida, foi um momento de grande aprendizagem, tanto por minha parte quanto dos demais envolvidos. O desafio de realizar uma capacitação e desta ainda fugir do modelo da “Educação Bancária” ainda é grande mesmo para mim, com a formação em pedagogia, pois VASCONCELOS (2001, p. 125) já nos lembra que *“Na Educação Popular não basta que o conteúdo discutido seja revolucionário, se o processo de discussão se mantém vertical”*.

O resultado da capacitação foi a conquista parcial dos objetivos por alguns fatores que não havia percebido. Primeiramente concluí que não adianta realizar um treinamento apenas para os ACS, pois a equipe de saúde também não sabe desenvolver suas atividades enquanto Estratégia de Saúde da Família. Há a necessidade de capacitar os técnicos, os enfermeiros e os médicos para o desenvolvimento de um trabalho de lógica diferenciada em relação aos serviços hospitalares, que é a “medicina Preventiva” e mesmo a diferença entre a Atenção Primária tradicional e a Atenção por ESF. A maioria dos profissionais de nível médio e superior não apreendem o seu papel na Equipe de Saúde da Família, muito menos entendendo as atribuições do ACS e seus instrumentos de trabalho. Mas a capacitação engendrou o início dessa compreensão e, aos poucos, pudemos ir ajustando as práticas de cada equipe de saúde.

O grande nó crítico após a capacitação foi o desconhecimento dos gestores da Regional e da própria SES. A falta de cultura de Atenção Primária como ela deve funcionar, privilegia outra “porta de acesso” da população: os serviços de Pronto-Atendimento ou Pronto Socorro - PS. O Pronto Socorro é um serviço de Saúde que é oferecido para doenças e agravos de urgências que envolvam principalmente o “risco de morte”. Como a população não está sensibilizada quanto a “onde devo procurar atendimento”, somado a falta de oferta de serviços de Atenção Primária levam pessoas a procurar sempre os serviços hospitalares.

Em uma consolidação de dados da regional em 2012, verificou-se que 85% dos atendimentos no Pronto Socorro poderiam ter sido feitos em Unidades Básicas de Saúde e Centros de Saúde Mas isso não acontece devido à baixa cobertura de serviço de Atenção Primária, ou seja, falta de médicos, enfermeiros, técnicos de Enfermagem, técnicos administrativos, ACS orientando a população, dentre outros. E ao invés dos gestores resolverem o problema da Atenção Primária, começaram a transformar a o serviço em extensão do Pronto Socorro e várias vezes ameaçaram levar os profissionais da nossa unidade para trabalhar no P.S. E houve ainda mais um ano de “desvio de funções” de vários Agentes Comunitários para suprir as necessidades de arquivo, almoxarifado, Serviços de Regulação e Confecção de cartão do SUS, levando a um maior descontentamento por parte dos ACS.

Além da falta de profissionais, havia ainda a inadequação da carga horária dos profissionais de enfermagem: para consistir uma equipe de Saúde da família, o enfermeiro de nível superior deve ter 40 horas semanais de serviço, bem como dois técnicos de enfermagem de 40 horas, totalizando 120 horas de serviços de enfermagem. Mas a inadequação dos Editais dos concursos de enfermeiro e de técnico fazia com que os técnicos tivessem apenas 24 horas e os enfermeiros 20 horas semanais, o que não auxiliava na formação do vínculo com a comunidade, e o ACS ficava sem a referência do coordenador da equipe por 2 a 3 dias por semana.

A situação melhorou em 2011 um Médico de Família e Comunidade assumiu a gestão da Diretoria Regional de Atenção Primária (DIRAPS). Ele se esforçou para organizar o serviço e conseguiu mobilizar mais servidores para a Regional antes da demissão em massa dos servidores contratados da fundação falida. Levou a coleta de Exames Laboratoriais para os Centros de Saúde, otimizando o serviço; fez capacitação com gestores e lutou para trazer diversos recursos materiais.

Este diretor nomeou a Dra Juliana de Oliveira Soares para a gerência do Centro de Saúde que me encontrava trabalhando. Ela reorganizou as equipes de saúde no Centro de Saúde e mais tarde passei a fazer parte da equipe de gestão. Mas em 2012 fomos exoneradas dos cargos de chefia, bem como o chefe da DIRAPS que nos nomeou, colocando outra pessoa que não entendia de Atenção Primária.

O trabalho que realizamos foi (des)(re)feito, e assim se prossegue os serviços de Atenção Primária no Distrito Federal: sempre sendo reorientados, de acordo com os chefes e gerentes que assumem o serviço, pois não há uma diretriz bem definida que transcenda as mudanças de governo. O Ministério da Saúde nos mostra que para que haja eficácia e efetividade nos serviços de Atenção Primária, é necessário que haja no mínimo 70% de cobertura, o que nunca aconteceu na história do GDF.

Diante de todo esse cenário, apesar dos ACS terem entendido sua função dentro do serviço de saúde, eles não conseguiram realizar plenamente suas funções. Por isso, houve uma insatisfação geral porque havia uma grande discrepância entre o real e o ideal, havendo momentos de manifestação dessa insatisfação, levando-os a se engajarem mais no Sindicato que melhor os representa. No corrente ano, a categoria ACS entrou de greve duas vezes, o que evidencia a insatisfação dos mesmos com a situação daquele momento, desde condições de serviço até questões salariais e regime de trabalho.

## 2.2 – Comparando a Experiência com outras formações no Brasil

No Brasil, a formação dos Agentes Comunitários é bem heterogênea devido à vários fatores como: políticas de governo, conhecimento e engajamento da população, comprometimento da equipe de saúde. Fiz alguns recortes para apresentar como estão as formações em outros Estados.

TRAPÉ & SOARES (2007 p.14) realizaram uma pesquisa na Subprefeitura do Butantã com o objetivo de *analisar as “concepções de educação, saúde e ‘educação em saúde’ que norteiam as práticas educativas dos ACS e o caráter das atividades educativas realizada pelos mesmos”*. E, a despeito do PSF estar organizado há mais tempo naquela região, esses pesquisadores chegaram a conclusão, quanto as concepções de saúde, que

*A educação em saúde, de caráter prescritivo, se configura em um processo de transmissão de receituários para conservar ou adquirir saúde. Os sujeitos do processo educativo são compreendidos como um “público-alvo” passivo, objeto que deve aceitar as orientações dos técnicos, detentores do conhecimento científico. Os ACS apresentam-se assim como pseudotécnicos, porque acabam por reproduzir essas orientações sem, na verdade, ter domínio sobre o conhecimento que as engendra. \_\_\_\_ (pagina 15)*

Ou seja, se fizermos uma correspondência com o que vemos nas escolas, há uma concepção de “educação bancária”, onde se deposita informações nos “pacientes”. Aliás, poderíamos filosofar a etimologia e a convergência de paradigma da palavra aluno, que deriva do latim, “sem luz” e do paciente, “à espera”. Ambos remontam à passividade em relação ao que se é feito. E mesmo os ACS do Butantã trabalharem há mais tempo que as equipes brasilienses, se compararmos a entrevista dos ACS que apresento no capítulo anterior e os resultados encontrados por TRAPÉ E SOARES, vemos a tendência de perceber educação em saúde enquanto “transmissão de informações”.

TRAPÉ E SOARES (p.15), no mesmo ambiente de pesquisa, encontrou alguns que, reativamente à concepção que diz que só a ciência é importante, acreditam no extremo oposto, ou seja, a supervalorização do conhecimento da comunidade em detrimento do conhecimento científico, o que é igualmente perigoso, conforme eles mesmos nos apresentam:

Por outro lado, também deve-se estar atento para posturas que caracterizem o extremo oposto, o de considerar que apenas o saber popular é válido, adequando-se o profissional à “realidade cultural da comunidade”, de forma acrítica, sem conflitos, o que pode servir de justificativa para a utilização de estratégias baratas a partir de recursos locais, minando a luta da população pela conquista de seus direitos

Os ACS que se apresentaram esse discurso estão buscando ir mais à fundo: discutindo os problemas, os direitos e construção de cidadania, buscando a *transformação*. Dessa forma, foi possível perceber que os ACS oscilam em práticas e concepções, são influenciados tanto pelo modelo biomédico quanto em características mais parecidas com o preconizado como “Educação Popular”:

Sendo assim, verifica-se que a atividade teórica (concepção de educação, de saúde e de educação em saúde), que guia a práxis dos ACS (atividade prática de transformação da realidade), apresenta caráter contraditório, ora se apresentando com características progressistas e transformadoras da ordem dominante, de contestação da realidade de desigualdade social, ora se apresentando com características predominantemente conservadoras, que respondem aos interesses do capital \_\_\_\_ (p. 16)

A solução encontrada por esses pesquisadores está de acordo com a conclusão obtida ao realizar a capacitação no meu campo de trabalho: é necessário uma educação permanente com os ACS e seus coordenadores, a fim de que gradativamente haja a superação dos modelos ultrapassados de atenção.

A superação da práxis reiterativa na direção de uma práxis criadora dar-se-ia por meio da qualificação dos agentes – tanto por meio de formação em cursos quanto através das supervisões nos serviços. Por meio da qualificação se trabalharia as concepções de educação, saúde e educação em saúde, segundo o referencial da saúde coletiva, visando instrumentalizar os sujeitos para uma prática social circunstanciada pela realidade histórica propiciando sua contestação, pois, apesar da educação não se constituir como elemento estruturante das relações de produção, ela se manifesta como componente superestrutural capaz de instrumentalizar as *classes subalternas* para a compreensão dos determinantes do processo saúde-doença. (...) a

qualificação deve passar também pelo aperfeiçoamento daqueles que são os responsáveis pelo aprimoramento da força de trabalho em saúde em geral e dos agentes em particular \_\_\_\_.(p.17)

NASCIMENTO & CORREA (2008, p. 1312) nos apresentam os resultados obtidos com a capacitação de Agentes Comunitários que a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas ofereceu nos anos de 2001 a 2003 que teve o objetivo de *inserir um profissional (ACS) capaz de refletir e intervir sobre sua realidade*. É interessante perceber como Campinas foi a frente de outras capitais, organizando a capacitação logo no começo da inserção do ACS em suas práticas. Eles relatam ainda que em 1998, inicialmente a população e parte dos gestores *foram contra a contratação de ACS* (p. 1305) e contra também o médico generalista ou Médico de Família e Comunidade, mostrando a cultura da população fortemente arraigada à concepção de Atenção Primária tradicional.

Outro aspecto positivo de Campinas foi que a iniciativa da capacitação, além de ter advindo da Secretaria Municipal de Saúde, ela organizou parcerias com as universidades locais (a PUC de Campinas e a UNICAMP), e o pólo de capacitação de Saúde da Família e os CETS (Centro de Educação dos trabalhadores de Saúde) fizeram as capacitações. O objetivo da capacitação foi

preparar os agentes comunitários de saúde de maneira que atendesse às diretrizes do PSF-Paidéia de forma abrangente e organizada, adotando uma ação educativa crítica, capaz de referenciar-se nas práticas e nas transformações políticas, tecnológicas e científicas relacionadas à saúde e de assegurar o domínio de conhecimentos e habilidades específicas para o desempenho de sua função. Para tanto, propusemos desenvolver uma prática educativa pautada no “*abandono da estreiteza burocrática de procedimentos escolarizantes*”, tendo como opção percorrer o caminho da pedagogia de Paulo Freire. NASCIMENTO & CORREA (2008, p.1306)

Mais uma vez, a filosofia freireana é a referência para repensar o processo de ensino aprendizagem dos ACS, mostrando o grande impacto desse educador na área de saúde. Além disso, *organizaram a capacitação de 500 ACS divididos em turmas de 30 alunos uma carga horária total de 486 horas*, NASCIMENTO & CORREA (2008, p.1307) parecendo-me um

curso melhor elaborado haja visto tantos colaboradores. Os instrutores buscaram ser mediadores do processo, como na experiência do Butantã

O projeto pedagógico elaborado permitiu ao educador (instrutor) assumir um papel de mediador da aprendizagem, desafiando e motivando os agentes comunitários de saúde a assumirem o papel de sujeitos educativos, produzindo um conhecimento emancipatório, estimulando a reflexão e a capacidade de análise e de crítica.

Percebemos porém, que justamente os professores universitários não foram bem vistas pelos ACS, com linguajar rebuscado e falta de comunicação, tornando contraditório essa visão de “mediador” da pesquisa:

A parceria junto à UNICAMP resultou, dentre outras ações, em palestras ministradas por professores da instituição, com objetivo de complementar a qualificação dos agentes comunitários de saúde. Porém, há falas de que a forma como foi efetuada não correspondeu com as expectativas desse profissional.\_\_\_\_(p.1308)

Esse Aspecto é interessante porque nos faz perceber que, assim como os Agentes Comunitários não aproveitaram a fala dos professores da Universidade, pode nos indicar uma necessidade de rever essas práticas de ensino inclusive dentro da Academia, pois os graduados muitas vezes têm reproduzido essa falta de comunicação entre a equipe.

Outra conclusão dos pesquisadores de Campinas que corrobora com minhas conclusões é que a capacitação dissociada dos demais membros da equipe aumenta a probabilidade de dificultar tanto a inserção desses agentes quanto a execução de suas reais tarefas, devido ao desconhecimento de membros das equipes das funções reais e interfere na coesão da equipe.

O fato de realizarmos a capacitação dos agentes comunitários de saúde separadamente dos demais membros da equipe, potencializou a dificuldade de inserção desses profissionais nas equipes das unidades básicas de saúde e o desconhecimento da sua função. (...)

(...) desempenham também atividades administrativas não relacionadas ao seu núcleo de conhecimento, sendo estas funções efetivadas por deficiência de recursos humanos e por desconhecimento da função desse profissional por parte dos outros profissionais da equipe. (...)Para ser resolutivo o trabalho dos agentes comunitários de saúde é necessário que se efetive a intersetorialidade devido à complexidade de problemas identificados incluir ações que extrapolam a autonomia e governabilidade da área de saúde. \_\_\_\_.(p.1310)

Enfim, a capacitação de Campinas logrou êxito em preparar os agentes comunitários, que conquistaram a aceitação da comunidade e da equipe de saúde, conseguindo ampliar o trabalho deles como mediadores da comunidade, e a própria busca dos Agentes Comunitários para estarem permanentemente se aperfeiçoando, mesmo quando a prefeitura não realiza novos cursos, eles tem buscado novos conhecimentos.

Os agentes comunitários de saúde se percebem como a voz da comunidade dentro da unidade de saúde (...)

(...) A capacitação dos agentes comunitários de saúde atendeu às diretrizes do PSF-Paidéia, no sentido de trazer diversos conhecimentos em torno da questão do processo de saúde-doença, além de incorporar outros saberes presentes no cotidiano das famílias e no conhecimento de suas necessidades.(...)

(...) trazem à tona a necessidade de incorporar novos elementos à sua prática e aos seus conceitos, a partir de desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho, percebendo que o modo de fazer é insuficiente para dar conta dos desafios postos. A vivência e a reflexão sobre as práticas vividas produzem insatisfação, levando à busca permanente de alternativas para enfrentar o desafio e produzir transformações na realidade concreta.

\_\_\_\_(p.1311)

Na cidade de Florianópolis, LANZONI ET AL (2009, p.146), observamos um grupo organizando capacitação para os Agentes Comunitários utilizando-se de Paulo Freire *com o objetivo de desvelar criticamente a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, e criar estratégias de empoderamento na comunidade por meio de oficinas educativas.*

Neste artigo, os autores trazem a responsabilidade da educação permanente do Agente Comunitário de Saúde para o profissional enfermeiro e da importância de fazê-lo de maneira crítica. Tratou-se de uma oficina de sensibilização, e após uma oficina de 2 horas e trinta minutos evocando os Direitos dos Usuários da Saúde. Esse treinamento foi desenvolvido por enfermeiros e acadêmicos de enfermagem para 470 agentes comunitários. (p.150).

O Ministério da Saúde enfatiza a necessidade de serem adotadas formas mais abrangentes e organizadas de aprendizagem, que implicam na participação do enfermeiro em ações educativas críticas, capazes de referenciar-se na realidade das práticas e nas transformações políticas, tecnológicas e científicas relacionadas à saúde, assegurando o domínio de conhecimentos e habilidades específicas para o desempenho das funções do ACS.

\_\_\_\_(p.148)

Os participantes não apenas utilizaram a filosofia de Paulo Freire, mas também a metodologia, adicionando pré-teste e pós teste com o objetivo de verificação da apreensão de aprendizagem.

Foi desenvolvido, ainda, um conjunto de 14 temas geradores: acesso, acolhimento, cidadania, comprometimento, cuidado, discriminação, doença, humanização, participação, problema, qualidade, respeito, responsabilidade, saúde. Os temas geradores foram o ponto de partida para o processo de construção do saber. Emergiram das discussões em grupo e, ao mesmo tempo em que davam origem, também se relacionavam com vários outros termos extraídos da Carta dos Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde e da atividade prática dos trabalhadores. \_\_\_\_ (p.149) (...)

Neste sentido, foi possível desvelar entre os participantes, tanto ACS quanto estudantes de Enfermagem, a mudança de um primeiro olhar ingênuo da realidade para um olhar crítico, voltado à atitude e ao empoderamento a respeito dos direitos e deveres dos usuários do Sistema de Saúde. (idem, 148)

Houve um avanço nessa intervenção pedagógica ao somar os estudantes de enfermagem, porém, ainda foi uma capacitação desenvolvida sem a equipe de saúde estar completa na capacitação. Confirma-se a necessidade da formação coletiva para as atividades

com a comunidade, e Paulo Freire privilegia o tipo de saúde que todos querem construir, e para fortalecer boas práticas de trabalho.

A intervenção aqui apontada inspira ao fortalecimento de ações em educação e saúde, que tenham como estratégia a instrumentalização do pessoal de saúde, sem exigir do Estado grande demanda da estrutura socioeconômica. Pressupõe-se que o sucesso da promoção da saúde depende principalmente da atuação adequada dos profissionais e ACS, vinculada aos programas de educação que tenham como meta a formação de indivíduos comprometidos com o cuidado da sua própria saúde e a dos cidadãos de sua comunidade. \_\_\_\_ (p.153)

Inúmeros artigos encontram-se publicados de capacitação de Agentes Comunitários pelo caminho da problematização, se autoidentificando como “freireanos”. Cada vez mais profissionais da saúde buscam se apropriar de Paulo Freire e aplicar à Educação em Saúde. E há de se perceber que em nenhum dos artigos utilizados há a menção de pedagogos participando da elaboração, execução, enfim, qualquer participação nesses trabalhos.

A despeito disso, a *dialogicidade* que Paulo Freire desenvolveu a partir da década de 60 para alfabetização e emancipação das massas, agora está sendo apropriada para a construção de uma nova saúde, e como o Agente Comunitário é a pessoa que faz parte da comunidade, está se apropriando e multiplicando em diversas instancias comunitárias, Resta saber se de fato o processo dialógico é o que realmente está sendo empregado e não a educação bancária disfarçada.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS: CAMINHOS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE E POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES DA PEDAGOGIA

A experiência apresentada nesta monografia foi intrinsecamente conectada com a minha formação e meu trabalho de enfermagem, e tem a ver com o meu objetivo inicial ao realizar a segunda graduação na área de Pedagogia, que era a busca por ferramentas para melhorar a minha atuação com a população na perspectiva de Educação e Saúde. Paulo Freire continua me influenciando, tanto nos valores e princípios quanto em sua metodologia. Nesse sentido, não apenas o objetivo do trabalho foi alcançado, como o objetivo de toda a graduação, ainda que fatores intervenientes não me permitissem chegar ao resultado esperado.

FREIRE (2007), em “Pedagogia da Autonomia”, traz uma série de conceitos que se aplicam muito bem à educação popular que os Agentes Comunitários precisam se apropriar se quiserem realmente realizar uma educação verdadeiramente popular, libertária. Em primeiro lugar, precisam entender que *ensinar não é transferir conhecimento*. Ao se perceber parte da Comunidade, o Agente Comunitário precisa agregar às suas práticas a *consciência do inacabamento*, ou seja, que assim como a equipe de saúde não é dona de todo o conhecer da saúde, ele também não o é, e precisa estar se renovando em conhecimentos e práticas.

Há de se ter também outros princípios “freireanos” como *o reconhecimento de ser condicionado, o respeito à autonomia do ser do usuário de saúde, que é o seu educando, e que por isso, nem ele, e ninguém na equipe de saúde tem direito de coagir por meio do medo ou da ameaça alguém a ter “boas práticas de Saúde”, como bem definiu TRAPÉ e colaboradores, a Saúde por Ameaças; é necessário ainda o bom senso, a humildade, a luta em defesa dos direitos dos usuários, a apreensão da realidade, a alegria e a esperança, a convicção de que a mudança é possível; mesmo quando não parece ser.*

Não quero, porém, levar os Agentes Comunitários a ter uma postura *messiânica*, como aponta vários autores aqui citados. A ideia de “vocação” e “missão” tem surgido frequentemente entre aqueles que trabalham na área, e isso fortalece o estado de alienação de algumas pessoas da categoria, e por causa dessa postura, não se engajam politicamente para o fortalecimento da profissão e das práticas. Há sim a necessidade de ter competência profissional, tanto política quanto de conteúdo, comprometimento, entender que ser Agente Comunitário é uma forma de intervenção no mundo, exige liberdade, como exige também tomada consciente de decisões, liderança (no sentido de influência), saber escutar,

disponibilidade para o diálogo e querer bem à sua comunidade. A consciência que seu trabalho não é neutro, mesmo quando ele não quer “se envolver com política”, ele já é político.

E por todas essas características, é preciso se ter o que eu chamo de paciência institucional, que é entender que o amadurecimento da categoria, como de todas as outras categorias de saúde e enfim, do Sistema Único de Saúde, é um processo, uma caminhada que acontece de passo em passo. Que estamos lidando com seres humanos, muitas vezes acomodados pelo medo do novo, ou que foi muitas vezes “violentado” ao querer mudar e que por isso não acredita mais em mudanças.

Nesse sentido, eu visualizo a figura do Pedagogo nas Equipes de Saúde da Família, e no processo de construção da Atenção Primária de Saúde. Não apenas para ajudar a formar o ACS, mas toda a equipe. Recentemente, o Ministério da Saúde lançou o chamado NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família, que são profissionais que trabalham na capacitação das equipes de saúde na intervenção em sua comunidade. Nessa equipe estão previstos: psicólogos, nutricionistas, acupunturistas, fisioterapeutas, Assistentes Sociais e uma gama de outros profissionais de nível superior para, como o próprio nome diz, apoiar o trabalho, seja indo in loco e fazendo um grupo educativo, ou discutindo um caso ou uma condição na comunidade, ou montando um projeto e preparando a equipe para agir.

Ainda não é previsto em nenhum momento o Pedagogo no NASF, e fica a sugestão, pois o pedagogo tem plena condição de ajudar a articular ações entre a equipe, entre o usuário e a equipe, e até mesmo o “Programa Saúde nas Escolas” que se prevê ações diretas e concretas do Programa de Saúde da Família dentro das escolas. Há a necessidade de se construir materiais didáticos que atendam a todas as pessoas, que se preocupa com o meio ambiente, que seja inclusivo, uma vez que, algumas doenças tornam a pessoa com incapacidades, como uma cegueira em decorrência de diabetes, etc.

Enfim, vejo uma infinidade de oportunidades para a ação do pedagogo, e espero com essa monografia incentivar outros pedagogos a pensar em “Educação em Saúde”. Se queremos instituir a “integralidade”, precisamos minimizar as segregações impostas pelos sistemas, separando as áreas e conhecimentos por “caixinhas” que não se comunicam. O usuário dos serviços de educação também é usuário dos serviços de saúde, bem como do transporte, da segurança. Um serviço interfere imediatamente no outro. Pessoas sem acesso à transporte, não tem acesso aos outros serviços; Pessoas sem acesso à saúde, não aproveitam o acesso à Educação plenamente e a recíproca é verdadeira. Sem a integração plena desses direitos, há uma enorme perda de cidadania.

Parte III  
PERSPECTIVA DE ATUAÇÃO  
PROFISSIONAL COMO PEDAGOGA (E  
ENFERMEIRA)

Como apresentei em minha trajetória, escrever sobre perspectivas de atuação é um desafio para mim, pois vislumbro uma infinidade de caminhos dentro das grandes áreas Saúde e Educação. A princípio, eu planejei os próximos 10 anos de minha vida acadêmica/profissional da seguinte maneira:

- 1) Adentrar no programa de Mestrado em Educação e desenvolver melhor a temática apresentada nesta monografia, mais precisamente, utilizar-me da ferramenta do “Estudo do Meio” para fortalecer o processo de “territorialização” das equipes de saúde;
- 2) Buscar opções para fazer o Doutorado aproveitando o programa do governo do “Ciências Sem Fronteiras” para explorar outras formas de organização da Atenção Primária de Saúde em outros países de referência no mundo, como Canadá ou Espanha e continuar explorando possibilidades, ou ainda, fazer o doutorado na fundação FIOCRUZ em Políticas Públicas;
- 3) Retomar meus estudos de línguas: aperfeiçoar o inglês, adquirindo a proficiência na área, bem como francês; e agora, um desejo recente, após conhecer o Egito: aprender a falar árabe, a fim de passar algum tempo realizando atividades de educação e saúde entre esses povos, cada vez mais presentes em nossa nação e desenvolver parcerias de cooperação, fazendo pequenos “intercâmbios” em meus momentos de “férias” do trabalho.

Gostaria de, após conquistar essas titulações, poder trabalhar na Faculdade de Saúde da Secretaria de Saúde (a ESCS – Escola Superior de Ciências da Saúde) pelo menos parte da minha carga horária (ou ainda em outro concurso da SES) ou talvez na UnB, já que tenho paixão por ensinar. Ao mesmo tempo, não quero “perder o vínculo” com a atuação de Enfermagem na Atenção Primária.

Como se trata de uma luta constante, quero manter erguida a bandeira em prol do fortalecimento da educação e da saúde como direito de todos e dever do Estado, de maneira acessível, equânime, saudável, justa, coerente, incorrupta, com controle social. Luto para que a Enfermagem organize a especialidade “Enfermagem de Família e Comunidade”, que, como pôde ser percebido nesta monografia, é uma atuação bem diferente do enfermeiro de ambiente hospitalar, com necessidade de mais autonomia e atuação mais próxima dos ideais de Paulo Freire se queremos lidar com cidadãos e não massas de manobra.

Além disso, quero abrir caminhos para se pensar na “Pedagogia no Contexto de Saúde Pública”, que é diferente da Pedagogia de Contexto Hospitalar; acredito que o pedagogo pode contribuir nesse espaço da Área de Saúde que é completamente comprometido com a

Educação, e assim, ajudar a quebrar tantos paradigmas hoje existentes que têm dificultado uma vida mais saudável em família e em comunidade.

Paralelo à isso, gostaria ainda de constituir família e filhos; continuar estudando música, viajar pelo mundo (segundo a ONU, há 191 países- como já conheci 6: Brasil, Polônia, Uruguai, Egito, Espanha e Portugal. Agora só faltam 185!). Não tenho pretensões de muitas riquezas materiais, mas gostaria de ter uma casa para chamar de minha, meio de locomoção que cumpra o seu papel (se eu estiver na Espanha, me contentarei com bicicletas e metrô, mas enquanto estiver em Brasília e a política de transportes não mudar, terei o meu carro).

Enfim, meu desejo é continuar a ser atuante e também desfrutar desse mundo e das pessoas enquanto as tenho; preciso emagrecer saudavelmente os 20 kilos que adquiri entre uma e outra graduação; enfim, uma série de possibilidades pressupõe um espaço na agenda para absorver (ou não) o “inexperado” e ao mesmo tempo, abrir mão de uma ou outra atividade. Mas dos meus princípios estou firmemente comprometida a não abrir mão deles.

Tudo isso, é claro, se o autor da minha vida, o único e verdadeiro Deus assim me permitir e me acompanhar... Soli Deo Gloria!

## 7 Referências Bibliográficas

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 2005.

\_\_\_\_\_. **O trabalho do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 84 p. il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

\_\_\_\_\_. [2] **Guia prático do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 260 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

\_\_\_\_\_. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação**. Lei 9394 de 20 de dezembro de 1996. Senado Federal. Brasília: 1996. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm)>. Acesso em: 08/10/2012

\_\_\_\_\_. **Educação Básica**. Ministério da Educação. Brasília: 2012. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/educacao/sistema-educacional/educacao-basica>>. Acesso em: 09/10/2012

\_\_\_\_\_. **O que é Estratégia de Saúde da Família**. Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=149](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149)>. Acesso em: 07/10/2012.

FREIRE, PAULO. **Pedagogia da Autonomia**. Saberes necessários à prática educativa. 35. Ed. São Paulo, SP: Paz E Terra, 2007 (Coleção Leitura).

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro:Paz e Terra,2005

\_\_\_\_\_. **Educação como Prática da Liberdade**. In.: Educação como Prática da Liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.

\_\_\_\_\_. **O papel do trabalhador social no processo de mudança.** In.: Ação Cultural para a liberdade. 5ª Ed. p. 31-34. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1981.

LANZONI, G.M.M et al. **Direito dos Usuários da Saúde: Estratégias para empoderar Agentes Comunitários de Saúde e Comunidade.** Fortaleza: Rev. Rene., out./dez.2009. v.10, n. 4, p. 145-154.

NASCIMENTO, E.P.L. & CORREA, C. R. S. **O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas.** Rio de Janeiro,RJ: Caderno de Saúde Pública 24 (6). 2008. p. 1304-1313. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/11.pdf>>. Acesso em: 09/07/2012.

OPAS/OMS. **Declaração de Alma-Ata.** Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em: 07/10/2012.

SEGRE, Marco, **O conceito de saúde.** São Paulo, SP:Rev. Saúde Pública, **31 (5)** Ed USP. 1997. p.538-542. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v31n3/2334.pdf>>. Acesso em: 21/07/2013.

TRAPÉ, C.A. & SOARES, C.B. **A prática Educativa dos Agentes Comunitários de Saúde à Luz da categoria práxis.** In: Revista Latino Americana de Enfermagem. 15(1) janeiro-fevereiro. São Paulo, SP: Ed. USP, 2007. Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acesso em: 09/07/2013.

VASCONCELOS, E.M. **Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos Serviços de Saúde.** Debates. 2001. Interface, Saúde, Educação, p. 121-126. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n8/09.pdf>>. Acesso em: 09/07/2013.

<<http://www.alternativamedicina.com/medicina-tropical/conceito-saude>>. Acesso em: 08/10/2012

**ANEXOS**

**Governo do Distrito federal – GDF**  
**Secretaria do Estado de Saúde – SES**  
**Diretoria Regional de Saúde de Planaltina – DGSP**  
**Centro de Saúde 05 – Arapoanga**

**Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde do Centro de Saúde 05 do Arapoanga**

**Objetivo:** Capacitar os ACS em suas funções administrativas e de Assistência à Saúde da Família respaldados na preconização do Ministério da saúde/Departamento de Ações Básicas (DAB)

**Objetivos específicos / metas:**

Ao final do treinamento, os agentes Comunitários de Saúde estarão aptos à:

Utilizar-se das ferramentas do SUS (Sistema Único de Saúde), seus princípios, conceitos mais importantes e seu papel dentro do Sistema;

Realizar os processos de trabalho de maneira sistematizada e organizada, planejando suas ações com base em evidências;

Utilizar-se das ferramentas de trabalho como indicadores de saúde (ficha A, Fichas B, ficha C, ficha D)

Compreender seu papel perante os vários ciclos de vida e seus respectivos problemas/soluções (saúde da Criança; adolescente; adulto; Idoso), sendo aptos para atuar nos ciclos, em situações especiais de saúde Mental, pessoa com Deficiência, violência familiar;

Atuar nas diversas situações de atenção epidemiológica específicas da região Centro-Oeste.

**Carga Horária: 100 horas, distribuídas nos seguintes dias:**

27, 28 de maio; 10, 11, 14, 15, 16, 24, 25, 28 de junho de 2010;

**Responsável:** Glaucia de Azevedo Alves, Enfermeira e Graduanda em Pedagogia.

## CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

1º dia: SUS e processos de trabalho  
dia 27 de maio

<b>HORÁRIO</b>	<b>ASSUNTO</b>	<b>METODOLOGIA</b>
8h à 10	SUS; princípios, diretrizes, Atenção Básica à Saúde; papel do Agente Comunitário de Saúde	Breve Apresentação – quebra-gelo Exposição dialogada sobre o tema Discussão
10h à 10h30	Intervalo – Coffe Break	
10h30 à 12h	Planejamento de ações; etapas (diagnóstico, plano de Ação, Execução, acompanhamento e avaliação)	Problematização
12h à 13h	Almoço	
13h às 15h	Cadastramento; Mapeamento; visita domiciliar; Atividades Educativas; fichas de cadastramento	Exposição dialogada
15h às 15h30h	Intervalo – Coffee Break	Lanche Comunitário
15h30 às 17h	Fichas de cadastramento: A, B-GES, B-HA, B-DIA, B-TB, B-HAN,C, D,	Apresentação das Fichas e plantão de dúvidas

2º dia: Saúde da Família; Saúde da Criança  
dia 28 de maio

<b>HORÁRIO</b>	<b>ASSUNTO</b>	<b>METODOLOGIA</b>
8h à 10	Fichas de cadastramento – continuação retirada de dúvidas gerais;	Problematização
10h à 10h30	Intervalo – Coffe Break	
10h30 à 12h	Avaliação/estudos de caso e preenchimento de fichas	Estudos em cima de dados já coletados; 1 ficha de cada equipe; estudo em grupo a partir de evidências
12h à 13h	Almoço	
13h às 15h	A família e o trabalho do ACS; registro Civil de Nascimento e documentação básica	Painel Integrado
15h às 15h30h	Intervalo – Coffe Break	Painel Integrado
15h30 às 17h	Saúde da Criança: 1º mês de vida	Painel Integrado

3º dia  
Saúde da Criança; Continuação  
dia 10 de junho

<b>HORÁRIO</b>	<b>ASSUNTO</b>	<b>METODOLOGIA</b>
8h à 10	Saúde da Criança: saúde Bucal Crescimento e Desenvolvimento	Aula ministrada por THD Vanúzia

10h à 10h30	Intervalo – Coffe Break	
10h30 à 12h	Caderneta da criança x ficha D: crescimento, peso, Exposição Dialogada idade, PC, vacinação	
12h à 13h	Almoço	
13h às 15h	Programa Bolsa-família	Exposição Dialogada
15h às 15h30h	Intervalo	
15h30 às 17h	1) Prevenção de Acidentes da Infância 2) Situações para procurar os serviços de Saúde	Problematização

4º dia  
dia 11 de junho

<b>HORÁRIO</b>	<b>ASSUNTO</b>	<b>METODOLOGIA</b>
8h à 10	Saúde do Adolescente: - Saúde Bucal - Esquema vacinal - Sexualidade	Problematização e situação problema para cada Equipe de Saúde
10h à 10h30	Intervalo – Coffe Break	
10h30 à 12h	Saúde do Adolescente: - Sexualidade; Continuação verificação de aprendizagem: Criança e adolescente	Discussão de caso
12h à 13h	Almoço	
13h às 15h	Saúde do adulto: -temas da visita domiciliar - Esquema vacinal - atividade física/alimentação	Roda de conversa
15h às 15h30h	Intervalo – coffee Break	
15h30 às 17h	O papel do ACS nas doenças crônicas: HAS; Diabetes; Tuberculose; Hanseníase. Revisão das fichas B (menos B-GES)	Roda de Conversa e troca de Experiências

5º dia  
14 de junho

<b>HORÁRIO</b>	<b>ASSUNTO</b>	<b>METODOLOGIA</b>
8h à 10	Saúde do Adulto: DSTs e Aids Saúde Bucal no adulto	Situação problema para cada equipe
10h à 10h30	Intervalo – Coffe Break	
10h30 à 12h	Verificação de aprendizagem: saúde do adolescente e saúde do Adulto	Discussão de caso
12h à 13h	Almoço	
13h às 15h	Alimentação saudável nas diversas fases: criança; adolescente; adulto; idoso	Aula ministrada pela nutricionista Thaís
15h às 15h30h	Intervalo	
15h30 às 17h	Continuação de Alimentação saudável	Aula ministrada pela nutricionista Thaís

15 de junho

6º dia:

<b>HORÁRIO</b>	<b>ASSUNTO</b>	<b>METODOLOGIA</b>
8h à 10	Saúde do Homem – Política Nacional Integral à saúde do Homem; temas a abordar na visita e problemas específicos da Saúde do Homem - Disfunção erétil; Cancer de próstata; câncer de pênis	Painel Integrado
10h à 10h30	Intervalo – Coffe Break	
10h30 à 12h	Saúde da Mulher – temas a abordar na visita - preventivo do câncer de colo uterino e mamas - Calendário vacinal de mulheres	Painel Integrado (cada tema com uma equipe com apresentação de teatro da situação problema)
12h à 13h	Almoço	
13h às 15h	Planejamento familiar	
15h às 15h30h	Intervalo	
15h30 às 17h	Gravidez e pré-natal (revisão da ficha B-GES) Amamentação – ressonância da Rede-Amamenta	

16 de junho

7º dia

<b>HORÁRIO</b>	<b>ASSUNTO</b>	<b>METODOLOGIA</b>
8h à 10	Atenção ao Idoso – lei 10741 (Estatuto do Idoso) temas a abordar na visita Vacinação do Idoso	Exposição Dialogada
10h à 10h30	Intervalo – Coffe Break	
10h30 à 12h	- Alimentação do Idoso - medicação ; orientações ao cuidador	Discussão de caso
12h à 13h	Almoço	
13h às 15h	Benefícios do Idoso	
15h às 15h30h	Intervalo	
15h30 às 17h	Verificação de aprendizagem	Problematização

8º dia: Saúde Mental

24 de junho

<b>HORÁRIO</b>	<b>ASSUNTO</b>	<b>METODOLOGIA</b>
8h à 10	Saúde Mental: Ansiedade; depressão	Estudo de caso baseadas em notícias de jornais
10h à 10h30	Intervalo – Coffe Break	
10h30 à 12h	Uso abusivo de álcool e drogas	
12h à 13h	Almoço	
13h às 15h	Violência Familiar	
15h às 15h30h	Intervalo	
15h30 às 17h	Violência familiar	

9º dia: Atenção à pessoa com Deficiência  
25 de junho

<b>HORÁRIO</b>	<b>ASSUNTO</b>	<b>METODOLOGIA</b>
8h à 10	Atenção à pessoa com deficiência SUS; Reabilitação; deficiência em crianças	Exposição Dialogada e problematização
10h à 10h30	Intervalo – Coffe Break	
10h30 à 12h	Deficiência auditiva; deficiência visual	
12h à 13h	Almoço	
13h às 15h	Deficiência intelectual deficiência nos adolescentes e adultos;	
15h às 15h30h	Intervalo	
15h30 às 17h	Ostomia; acamados	

10º dia: Vigilância Epidemiológica  
28 de junho

<b>HORÁRIO</b>	<b>ASSUNTO</b>	<b>METODOLOGIA</b>
8h à 10	Vigilância Epidemiológica Doenças transmitidas por vetores: mosquitos, insetos, moluscos e outros	Ministrada pela enfermeira Sheila da Notificação Epidemiológica Hospital Regional de Planaltina
10h à 10h30	Intervalo – Coffe Break	
10h30 à 12h	Continuação	
12h à 13h	Almoço	
13h às 15h	Doenças de Notificação compulsória	
15h às 15h30h	Intervalo	
15h30 às 17h	Exercícios para verificação de aprendizagem	Problematização

O curso será organizado pela enfermeira Gláucia Azevedo, e ministrado por vários profissionais;

Nos intervalos de cooffe Break, poderemos, caso os ACS concordem, de realizarmos um lanche comunitário, com cada equipe responsável por um dia de curso;

Inscrições com a enfermeira Gláucia. Se não encontrá-la no posto, pode-se conversar pelo telefone xxxx-xxxx ou pelo email xxxxx@xxx.xxx.xx

*Universidade de Brasília*  
*Faculdade de Educação*  
*Departamento de Teoria e Fundamentos (TEF)*  
*Pesquisa de Campo da Disciplina Educação e Trabalho*  
*Responsável: Profº Dr. Erlando da Silva Rêses*  
*2º semestre de 2012*  
**(EXERCÍCIO AGREGADO À MONOGRAFIA COM A AUTORIZAÇÃO DO PROFESSOR DA DISCIPLINA)**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA (presencial)**

#### **ANÁLISE DAS PROFISSÕES NO ÂMBITO DE DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO**

Procedimentos:

- a) Realizar uma pesquisa etnográfica de conhecimento do campo. Visitar uma instituição formal ou não formal de atuação do profissional vinculado ao seu curso e observar: infra-estrutura do local, dinâmica de funcionamento, condições de trabalho e outros aspectos. Tentar agendar uma entrevista com algum profissional do local. Pode ser tanto no ambiente de trabalho como fora dele. Se possível, fazer o registro fotográfico ou filmagem do local, com a devida permissão.
- b) Recomenda-se que a entrevista seja gravada para facilitar o resgate das informações no momento de preparação do relatório da pesquisa de campo e da apresentação oral. No caso de dificuldade para a gravação sugere-se que a entrevista seja em dupla, para um/a entrevistar e a outra anotar.
- c) No momento da entrevista, as questões abaixo não precisam seguir a mesma ordem cronológica. Observe se na resposta a uma questão já não houve a resposta de outra, por isso é necessário conhecer o roteiro previamente.

#### **Questões:**

- 1) Que tipo de trabalho você desenvolve?
- 2) Este trabalho é específico da sua profissão? Há mais funções atribuídas a você do que o contrato de trabalho autoriza?
- 3) Qual o tempo de trabalho ou jornada de trabalho que você exerce? É de tempo integral ou parcial? É horista? Você considera que o seu trabalho é precário?
- 4) Você executa atividades individuais ou em grupo? Ou dos dois tipos? Existe um estímulo da organização/instituição para um dos tipos? Mudou alguma coisa em relação ao trabalho individual ou em grupo nos últimos anos?
- 5) você considera que o quadro de servidores/funcionários (pessoas e funções) é adequado para o cumprimento das tarefas da organização/instituição?
- 6) Na sua profissão, existe algum tipo de organização dos/as trabalhadores/as para defesa dos seus direitos? Sindicato, associação, grupos formais ou informais? Você é filiado/a ou associado/a? Por quê?
- 7) Como você avalia a condição salarial de sua profissão? É adequada, suficiente, compatível e justa ? Por quê?
- 8) Como você vê o ritmo de trabalho? A velocidade e a cobrança por resultados?
- 9) Como é percebida a sua profissão dentro e fora da organização/instituição?
- 10) Você pretende se aposentar nessa profissão? Se sente realizado profissionalmente? (salário, condições de trabalho, ambiente, etc).