

**(Re)significação das práticas tradicionais dos Agentes
Comunitários de Saúde como trabalhador da saúde**

*(Re) meaning of the traditional practices of Community Health
Agents as health worker*

*(Re) significación de las prácticas tradicionales de los Agentes
Comunitarios de Salud como trabajadores de la salud*

Jane Mary de Miranda Lima¹
Vânia Maria Araújo Loureiro²
Fátima Sueli Neto Ribeiro³
Ana Maria Cheble Bahia Braga⁴

RESUMO:

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é estratégico na ampliação do acesso à assistência em saúde e na prevenção de doenças e agravos. Durante uma pandemia, a vigilância necessita conhecer práticas locais e os saberes ancestrais de uma comunidade, ainda que o modelo biomédico hegemônico atrelado aos interesses capitalistas exclua outros saberes. O objetivo deste estudo é identificar e analisar os saberes que compõem o processo de trabalho do ACS. Baseada na Ecologia de Saberes, a pesquisa com grupos focais foi desenvolvida em 2 estratégias de saúde da família no município de Caucaia/CE. Identificou-se uma sobreposição e a abdicação de saberes ancestrais para reforçar a legitimidade dos ACS como equipe de saúde. O desejo de ampliar a resolutividade de suas atividades só parece poder ser aceito a partir da formação em enfermagem e a abdicação dos saberes populares. Concluiu-se que atuação por estratégias educadoras reguladoras distanciou o ACS do objetivo real de seu trabalho. O afastamento do modelo adotado pela comunidade, que incorpora o uso de ervas, ritos e crendices e a não ampliação de sua participação na equipe de saúde se configura num conflito profissional e pessoal. A Ecologia dos Saberes pode permitir a coexistência de diferentes percepções e a confrontação do saber hegemônico, propiciando a reconciliação entre os

¹ Email: janemirandamar@gmail.com

² Email: vaniamaloureiro@gmail.com

³ Email: fatsuerj@gmail.com.

⁴ Email: anabraga@ensp.fiocruz.br

saberes, com novas articulações no modelo de prevenção em uma epistemologia que viabilize um novo modelo de vigilância.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Agente Comunitários de Saúde; Condições de Trabalho; Vigilância em Saúde do Trabalhador; Medicina Popular.

ABSTRACT:

The Community Health Agent (CHA) is strategic in expanding access to health care and the prevention of diseases and injuries. During a pandemic, surveillance needs to know local practices and the ancestral knowledge of a community, even if the hegemonic biomedical model linked to capitalist interests excludes other knowledge. This study aims to identify and analyze the knowledge that composes the CHA's work process. Based on Ecology of Knowledge, the research with focus groups was developed in 2 family health strategies in the city of Caucaia/CE. An overlap and abdication of ancestral knowledge were identified to reinforce the ACS' legitimacy as a health team. The desire to expand the resoluteness of their activities only seems to be accepted after nursing education and the abdication of popular knowledge. It was concluded that acting through regulatory educative strategies distanced the ACS from the real objective of their work. The withdrawal from the model adopted by the community, which incorporates the use of herbs, rites, and beliefs, and the non-expansion of their participation in the health team, configures a professional and personal conflict. The Ecology of Knowledge can allow the coexistence of different perceptions and the confrontation of hegemonic knowledge, providing reconciliation between knowledge, with new articulations in the prevention model in an epistemology that enables a new viable surveillance model.

Keywords: Occupational Health; Community Health Workers; Working Conditions; Surveillance of the Workers Health; Folk Medicine.

RESUMEN:

El Agente de Salud Comunitario (CHA) es estratégico para ampliar el acceso a la atención médica y la prevención de enfermedades y lesiones. Durante una pandemia, la vigilancia necesita conocer las prácticas locales y los conocimientos ancestrales de una comunidad, incluso si el modelo biomédico hegemónico vinculado a los intereses capitalistas excluye otros conocimientos. El objetivo de este estudio es identificar y analizar los conocimientos que componen el proceso de trabajo de la CHA. Con base en Ecología del Conocimiento, la investigación con grupos focales se desarrolló en 2 estrategias de salud familiar en la ciudad de Caucaia/CE. Se identificó una

superposición y abdicación de conocimientos ancestrales para reforzar la legitimidad de la AEC como equipo de salud. El deseo de expandir la resolución de sus actividades sólo parece aceptarse después de la formación en enfermería y la abdicación del saber popular. Se concluyó que actuar a través de estrategias educativas regulatorias alejó a la AEC del objetivo real de su trabajo. El alejamiento del modelo adoptado por la comunidad, que incorpora el uso de hierbas, ritos y creencias, y la no expansión de su participación en el equipo de salud, configura un conflicto profesional y personal. La Ecología del Conocimiento puede permitir la coexistencia de diferentes percepciones y el enfrentamiento de saberes hegemónicos, proporcionando conciliación entre saberes, con nuevas articulaciones en el modelo de prevención en una epistemología que viabilice un nuevo modelo de vigilancia.

Palabras clave: Salud Laboral; Agentes Comunitarios de Salud; Condiciones de Trabajo; Vigilancia de la Salud del Trabajador; Medicina Folclórica.

INTRODUÇÃO

O modelo de atenção em saúde ao inserir os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ampliou o acesso à assistência em saúde para as comunidades, sendo eles os interlocutores privilegiados para a detecção de agravos, notificação das condições de saúde da comunidade (prática de vigilância) e orientações de medidas de saúde (prática assistencial). Com grande eficiência, têm levado rotinas de cuidado e prevenção definidos pelo modelo biomédico, à intimidade dos domicílios, transitando entre os saberes técnicos e os saberes populares. Entretanto, ainda são pouco exitosos nas respostas de integralizar esses saberes à assistência à saúde, uma vez que, mesmo o modelo do Sistema Único de Saúde (SUS), não está preparado para fazê-lo¹. O modelo biomédico (ou mecanicista) aqui apontado e predominante no mundo ocidental considera apenas os fatores biológicos para entender a doença, e exclui componentes psicológicos, subjetivos e sociais que acompanham, em maior ou menor intensidade, qualquer doença².

A principal porta de entrada do SUS é a Atenção Básica em Saúde (ABS), que está organizada na Estratégia Saúde da Família (ESF), onde equipes multiprofissionais são responsáveis pelas populações dos territórios do

entorno, de maneira participativa e democrática. Tem como propósito, acompanhar a população, coordenar e ordenar o cuidado em saúde nos demais níveis de atenção. Neste modelo em particular, destaca-se o ACS que integra a equipe mínima da ESF sendo o elo entre a comunidade e os outros profissionais, exercendo o cuidado continuado em saúde da população sob seu acompanhamento³.

Estes trabalhadores são pessoas treinadas para auxiliar no contato com a comunidade, na avaliação das necessidades de serviços de saúde, o que não se traduz na relevância dos serviços prestados. Nascem no seio da comunidade, trazem os hábitos e costumes, tornam-se elo entre o território e a unidade de saúde movendo-se entre os saberes técnicos e populares. Entretanto, se deparam com o desafio de trabalhar um modelo biomédico que visa a cura das doenças além do atendimento à demanda espontânea⁴.

Neste cenário, é o único trabalhador da saúde que tem como requisito o fato de morar no território de atuação, com maior aproximação da população e entendimento das características culturais, da dinâmica social e familiar⁵. Esta condição somada às falhas nos processos de capacitação e supervisão, bem como o não reconhecimento do trabalho e a vida pessoal atrelada ao trabalho geram altos índices de depressão na categoria⁶.

O processo de trabalho dos ACS, longe de uma padronização, vem sofrendo mudanças conforme as dinâmicas das políticas públicas, que seguem os interesses políticos nacionais e internacionais, dando origem à programas e estratégias de atenção à saúde para países periféricos⁷, ainda atrelados à formação biomédica. De um lado, encontram-se as normas constituídas por protocolos definidos pelos gestores e/ou Ministério da Saúde; de outro, a constante busca por estratégias pessoais de gestão do trabalho, adquiridas através das vivências e experiências no território, em constante conflito com as normas. Desenvolvem atividades não apenas restritas ao setor da saúde, diferentemente do que ocorre com os outros profissionais de saúde. “Somos o

SUS na rua”, conforme relato dos próprios agentes. Assim, esse trabalhador se torna capaz de recriar suas próprias normas⁸.

Neste enfoque, destaca-se a saúde do trabalhador que “configura-se como um campo de práticas e de conhecimentos estratégicos interdisciplinares - técnicos, sociais, políticos, humanos -, multiprofissionais e interinstitucionais, voltados para analisar e intervir nas relações de trabalho que provocam doenças e agravos. Seus marcos referenciais são os da Saúde Coletiva, ou seja, a promoção, a prevenção e a vigilância”⁹.

E é a partir da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT)¹⁰, que este estudo se aporta, buscando contribuir para a melhoria das condições de trabalho e de saúde dos ACS. A PNSTT tem como uma de suas finalidades, o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador com ênfase na vigilância, visando à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. Além disso, esta pesquisa busca conhecer as práticas executadas por esse trabalhador da saúde enquanto sujeito que não tem formação biomédica e traz na alma os saberes ancestrais de sua comunidade.

Para construir esta apreciação, buscamos trilhar as sociologias de Boaventura de Sousa Santos, que analisa e desconstrói criticamente, a forma de produção de conhecimento e seu uso social, argumentando que a epistemologia dominante produz um sistema hierárquico (no plano epistemológico, econômico e cultural) que prioriza o norte global (Europa e EUA) sobre o sul global (o resto do mundo). Com as ‘Epistemologias do Sul’, Santos¹¹ propõe um panorama global considerando uma linha abissal, que separa o que “existe” do que “não existe”, visto não apenas por sua dimensão geográfica. Norte e sul encontram-se dissipados por toda parte e em todos os níveis das relações sociais, incluindo o da saúde, e o das pessoas como os profissionais de saúde e usuários.

O conceito de Epistemologias do Sul surge como uma forma de orientação política e epistêmica que se configura num conjunto de procedimentos que visa reconhecer e validar o conhecimento produzido, ou a produzir, por aqueles que têm sofrido sistematicamente injustiças, opressões, dominações, exclusões etc. causadas pelo capitalismo, colonialismo e patriarcado, os três principais modos de dominação moderna. O referencial de Sul não é um sul geográfico e sim, geopolítico. É o conjunto de países, grupos sociais, nações sujeitos aos sistemas de opressão e de exclusão. Só se aprende com o Sul na resistência à dominação do Norte e nele busca o que não foi destruído por essa dominação¹².

As alternativas à epistemologia dominante partem do princípio que o mundo é epistemologicamente diverso e que a diversidade, longe de ser algo negativo, representa uma enorme riqueza das capacidades humanas conferindo inteligibilidade e intencionalidade às experiências sociais. Esta pluralidade epistemológica e, com ela o reconhecimento de sabedorias rivais dotadas de diferentes critérios de validade, tornam credíveis as visões de saúde ampliadas dos agentes sociais. Tal pluralidade não implica o relativismo epistemológico ou cultural, mas as análises e avaliações profundas dos diferentes tipos de interpretação e de intervenção no mundo, produzidos por diversos tipos de conhecimentos. Essa diversidade é identificada nas Epistemologias do Sul - Sul metafórico - do lado dos oprimidos pelas diferentes formas de dominação colonial e capitalista¹¹.

Nesta vertente, as Epistemologias do Sul visam “descolonizar” as práticas institucionais, permitindo a visibilidade de formas e saberes ‘de estar no mundo’, constituindo-se numa ‘Ecologia de Saberes’. Desta forma, faz-se necessário considerar uma reavaliação das relações concretas que os diferentes conhecimentos proporcionam e, em especial, no campo da saúde, levando em conta os valores éticos, políticos, solidários e coletivos.

A Ecologia de Saberes, nesse olhar, admite outras formas de saberes como parte da dignidade e validade epistemológica de todos eles. Pautada no

princípio da precaução, fundamenta-se pela forma de conhecimento que garante maior participação de grupos sociais envolvidos na concepção, execução, controle e intervenção no mundo¹².

Neste contexto, as práticas cotidianas de trabalho dos ACS merecem destaque pois reconhecem, por vezes de modo intuitivo, a contribuição do trabalho no processo saúde-doença das pessoas. Entretanto, não vislumbram a continuidade do cuidado aos trabalhadores/moradores do território. Referem falta de preparo técnico para entender e orientar sobre os problemas locais e dificuldade de interlocução com as equipes, pela desvalorização das observações feitas por eles^{13,14}.

Outra perspectiva sobre o processo de trabalho do ACS é a desvalorização trazida por Bornstein e Stotz¹⁵ que identifica práticas de desvio de função deste trabalhador, sobretudo no sentido de responsabilizá-lo pela execução de tarefas burocráticas. Para os autores, a recorrência deste fenômeno destaca a desvalorização do trabalho deste trabalhador como mediador no trabalho educativo. Tal atividade caracteriza o trabalho como inespecífico e de baixa complexidade, podendo ser redirecionado para atividades que supostamente exigem pouca capacitação, segundo as necessidades dos serviços,

Na mesma linha de compreensão, Santos *et al.*¹⁶ destacam que, apesar do ACS não ter formação específica no campo da saúde, ainda que inserido na equipe, adota uma posição social que confere liderança na comunidade e conseqüentemente, responsabilidade na resolução dos problemas de saúde por ela enfrentados.

Face às mudanças estruturais no mundo do trabalho, no modelo do SUS e as dificuldades enfrentadas para o atendimento aos princípios básicos, de financiamento e efetivo controle social, entre outros, tem destaque o desafio de integrar a rede de cuidado da saúde do trabalhador à Atenção Primária à Saúde - APS, com vistas a garantir a atenção integral aos trabalhadores. Uma possibilidade, a partir da Vigilância em Saúde do Trabalhador, não está livre

de culminar na imposição do modelo de conhecimento biomédico dominante sobre os trabalhadores. Destaca-se, ainda, que é através da vigilância em saúde do trabalhador que se conhece a realidade do trabalhador e os fatores determinantes de agravos à saúde, de modo a intervir sobre eles e possibilitando ainda a análise da relação da saúde com o processo de trabalho¹⁷.

É neste universo do trabalho e saúde dos ACS que buscou-se caracterizar e analisar os saberes que compõem o cotidiano do processo de trabalho, identificando aqueles construídos fora das regras tecnocientíficas, e as estratégias por eles utilizadas para adaptação ao trabalho diário.

Boaventura Santos nos descortina um horizonte que muito se aplica a esse momento dos ACS. Para além das capacitações ofertadas pelo SUS faz-se necessário um amplo olhar sobre outros saberes silenciados nos próprios profissionais e na comunidade onde atuam.

1 Percorso metodológico

Trata-se de um estudo qualitativo de cunho social, desenvolvido a partir da técnica de grupo focal, que permite compreender os processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, conhecer as principais representações, percepções, crenças, linguagem e simbolismos referentes a um determinado objeto ou fenômeno estudado¹⁸.

Nesta investigação tem-se como premissa, a interpretação dos discursos sociais produzidos pelos sujeitos, buscando evidenciar o processo de trabalho dos ACS, os saberes tradicionais do território e suas conexões.

Para a construção do material empírico, utilizou-se o grupo focal como instrumento de pesquisa e intervenção, pois esta técnica permite que diferentes visões sobre um fenômeno possam ser apresentadas e possam favorecer não apenas o compartilhamento de conhecimentos e formas de vida, mas também deslocamentos e transformações de tais representações anteriores¹⁹.

O estudo foi desenvolvido no município de Caucaia – estado do Ceará, que integra a região metropolitana de Fortaleza. A proximidade com a capital facilitou o deslocamento e a organização do trabalho, e por sua área de abrangência rural e urbana, compreendeu territórios geográficos e culturalmente distintos. O distrito de Tucunduba foi o território rural estudado, com população de 3.013 habitantes, baixa urbanização e predominantemente rural, com pequenas criações de gados e agricultura de subsistência²⁰. O território urbano situava-se na região metropolitana de Caucaia.

Anterior à seleção dos sujeitos da pesquisa, foram realizadas pactuações com a Secretaria de Saúde do Município de Caucaia e com a coordenação das unidades de Estratégia Saúde da Família que concordaram com o estudo e disponibilizaram o local para os encontros.

A orientação prática do estudo se deu na construção de dois grupos focais, sendo um com abrangência no território urbano e outro no território rural, considerando os saberes existentes para compreendê-los nas dimensões das Epistemologias do Sul.

Na dimensão da Ecologia de Saberes, o grupo focal foi operacionalizado, mobilizando a expressão dos saberes para uma missão mais ampla, de compreender e valorizar também os conhecimentos dessa comunidade.

A escolha desta metodologia foi amparada no entendimento de que o mundo do trabalho é um universo multifacetado constituído por uma variedade de fenômenos correlatos socialmente determinados, que necessitam um olhar específico, uma escuta atenta e uma escrita detalhada. Nessa perspectiva, faz-se imprescindível direcionar o olhar para os sistemas simbólicos reveladores de sentidos e significados construídos culturalmente pelos ACS e a comunidade. Buscou-se identificar o significado do processo de trabalho dos ACS, tendo em conta a noção da palavra ‘compreender’ opondo-se à palavra ‘explicar’. Explicar remete à análise causal feita de fora, enquanto compreender implica uma empatia, uma capacidade de ver as “coisas” de dentro^{21(p.107)}.

A seleção dos participantes atendeu aos critérios de seleção para composição de um grupo focal²² e, após apresentação da pesquisa e sua relevância na construção coletiva sobre os aspectos relacionados ao trabalho e saúde, foram apresentadas as implicações éticas relacionadas à investigação. Após concordância em participar, sete ACS da zona rural e dois da zona urbana integraram o estudo.

Os encontros foram conduzidos pelo pesquisador-moderador para facilitar o processo de interação e discussão entre os participantes e um observador utilizando recursos audiovisuais necessários à análise posterior do material empírico.

Os participantes foram divididos em dois grupos e o processo foi conduzido em quatro momentos distintos visando a aprofundar as abordagens propostas nos depoimentos e nas demais formas de comunicação dos envolvidos, com vistas a identificar os diversos saberes adquiridos no processo de trabalho. Os temas e dinâmicas dos quatro momentos foram pré-estabelecidos e pactuados no momento I.

No momento I, com os ACS sentados em círculo, realizou-se uma sessão de apresentação individual. A dinâmica '*Fale até queimar*' consistia em riscar um palito de fósforo e se apresentar enquanto o palito permanecia aceso. Teve como propósito, a aproximação com os participantes na busca de integrar, desinibir, divertir, apresentar e estreitar a relação entre os participantes.

Os eixos temáticos definidos e apresentados enquanto categorias para discussão e posterior análise foram o processo de trabalho, a vigilância em saúde do trabalhador e a *Ecologia de Saberes*.

A dinâmica adotada no desenvolvimento do grupo focal consistiu em formar 2 grupos (A e B), e para cada um, sete perguntas-roteiro, que estimularam a discussão. As respostas foram escritas em tarjetas. Ao grupo A coube discutir e registrar os aspectos que facilitavam e/ou dificultavam o processo de trabalho e ao grupo B, discutir e registrar os saberes técnicos advindos do SUS e sua aplicabilidade na comunidade.

Os debates visavam ampliar a dimensão da vigilância em saúde no território. Na lógica da *Ecologia de Saberes*, foram considerados os aspectos que facilitam e/ou dificultam o processo de trabalho, os saberes técnicos advindos do SUS e sua aplicabilidade na comunidade, a identificação dos saberes tradicionais de saúde, bem como a compreensão da existência da dicotomia entre saberes regulatórios e emancipatórios na saúde.

No momento II, cada grupo apresentou os relatos do momento I em discussão coletiva, onde o grupo ouvinte pode acrescentar contribuições consubstanciadas na vivência pessoal e profissional.

Para o momento III, foi realizada a construção coletiva de um quadro de memórias dos diversos saberes utilizados pela comunidade no território de atuação dos ACS relacionados ao tema Saúde.

Por fim, no momento IV, realizou-se a discussão coletiva sobre as alternativas que os ACS consideravam credíveis para os processos de tratamento e cura, suscitando falas referentes à credibilidade e aceitabilidade das práticas de saber popular no território de atuação.

A descrição dos relatos dos ACS seguiu uma padronização que identifica ACS Rural como ACS-R e Urbano como ACS-U, seguida de numeração sequencial à característica rural ou urbana.

As dimensões trabalhadas levaram em conta as *Epistemologias do Sul*, entendidas como uma abertura criativa para novas formas de organização e conhecimento social, a partir de um diagnóstico crítico do presente, baseado nos princípios de respeito aos saberes e à dignidade humana e na possibilidade de discussão democrática, contemplando a *Ecologia de Saberes*.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) sob a inscrição CAAE: 90114418.0.0000.5240.

2 Resultados e discussão

A soberania do norte global é tida como a hegemonia de cinco princípios organizativos das relações humanas, que se refletem sobre os saberes, as temporalidades, os reconhecimentos, as escalas e as formas de produtividade. São princípios considerados como monoculturas às quais o autor opõe, por correspondência, ecologias, que conceitua como “*prática de agregação da diversidade pela promoção de interação sustentáveis entre entidades parciais e heterogêneas*”^{11(p.87)}.

Esses princípios monoculturais têm raízes nas sociedades coloniais, que cometeram diversos epistemicídios, invisibilizando todas as formas de saber que não fossem da ciência moderna e das classes sociais dominantes. Santos¹¹ alerta que apesar do termo ‘*pós-colonial*’ fazer supor a superação das formas de manifestação do colonialismo, as práticas coloniais continuam vivas e ativas em nosso meio através das lógicas hegemônicas, que permeiam o mundo científico e os campos das relações sociais e políticas.

Portanto, é fundamental reconhecer que existem diferentes formas de conhecimentos para diferentes práticas sociais e que é extremamente negativo que a modernidade ocidental tenha conferido à ciência o privilégio exclusivo do rigor e feito dela, uma força de dominação e opressão, conduzindo à destruição de outros conhecimentos – os epistemicídios¹².

O corpus de análise consistiu na transcrição das gravações dos encontros buscando sistematizar os conteúdos para agrupá-los em categorias. Desta apreciação emergiram, com destaque, os saberes técnicos e tradicionais expressando nesta abordagem, o olhar dos ACS no enfrentamento das “normas” na atividade cotidiana.

Para Morosini, Corbo e Guimarães²³, a formação técnica dos ACS por si só não é garantia de que não se incorra em uma formação instrumentalizadora, agora, com o status tecnificado. É necessário que essa formação técnica parta do entendimento da educação como um conjunto de

práticas e saberes sociais que se articulam, ou seja, uma formação que, além da técnica, precisa ser popular, solidária, ética e política, no sentido de se aproximar da formação humana, indo ao encontro de uma Ecologia de Saberes referida por Boaventura Santos¹¹.

3 Saberes Técnicos

Os saberes técnicos e sua aplicabilidade nas práticas de saúde aprendidas no SUS para promover saúde e prevenir doenças ganhou destaque nas discussões em grupo, em especial sobre a forma como os saberes são aprendidos, bem como sobre o êxito deste tipo de formação, além das condições que permitem a viabilidade de sua implementação.

Na discussão, afirmam que conseguem transferir os conhecimentos aprendidos para a comunidade da sua área de abrangência, porém não são atendidos em sua plenitude. “ ‘É um pouco difícil trabalhar com alguns pacientes da comunidade, são muito teimosos, a gente, por exemplo, tenho famílias que têm hipertensos, diabéticos... Os diabéticos são os mais teimosos, eu ensino sobre a importância de se alimentar na hora certa, tomar a insulina e comer, fazer exercício... Não comer doces. Mas não tem jeito. Quando vai para as consultas no posto, a glicemia tá lá em cima, não faz nada que a gente ensina. Outros fazem, mais ou menos’ ”. (ACS-R01)

Cursos e treinamentos pontuais foram citados como aprendizados técnicos oriundos de treinamentos institucionais, com destaque para os programas conduzidos pelo Ministério da Saúde que compreendem temas como crescimento e desenvolvimento da criança, prevenção de diarreia, tabagismo, pré-natal, hipertensão, diabetes, planejamento familiar, dentre outros.

Perreault et al.²⁴ evidenciaram que as modalidades socioeducativas empregadas pelos ACS no Brasil têm sido muito mais impositivas do que

integrativas, pois o tipo de orientação é mais prescritivo do que reflexivo, como uma intervenção no modo de vida da comunidade.

Nesse tipo de atividade, o ACS exerce a função de mero reprodutor de normas técnicas. Os autores afirmam que a educação em saúde, trabalhada sob esse ponto de vista, é considerada *‘algo puro, quase mágico, de redimir as pessoas e acabar com a ignorância’*. Nessa concepção, os agentes comunitários de saúde imaginam que, automaticamente, após as pessoas receberem suas orientações, passarão a agir corretamente, numa forma quase automática, dentro do modelo proposto para Estratégia Saúde da Família²⁵.

Neste enfoque, Bornstein e Stotz²⁶ afirmam que, apesar do ACS ser um agente de mediação entre diversos saberes, normalmente ele atua em caráter impositivo e verticalizado, na medida em que sua atividade prioriza as orientações para a comunidade, procurando convencer a população da superioridade do saber técnico.

Os ACS alimentam a expectativa, e insistem junto à coordenação de saúde, para receberem a formação de técnico de enfermagem, sendo unânime o desejo de participar de um processo educativo contínuo, sem interrupções, transpondo a barreira de capacitações pontuais e temáticas. Com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)³, em 2017, houve a incorporação de atividades tradicionalmente ligadas à enfermagem no rol de atribuições dos ACS, como a aferição de pressão arterial, medição de glicemia capilar, aferição de temperatura axilar e a realização de técnicas limpas de curativo, com o propósito de aumentar a resolutividade das UBS. Entretanto, tais alterações no processo de trabalho do ACS, em atos simplificados ou parcelas extraídas de atividades mais complexas, na linha da fragmentação e do parcelamento do trabalho em saúde, baseados na lógica biomédica de compreensão e organização do processo saúde/doença, aproxima sobremaneira o perfil do ACS ao de um trabalhador genérico²⁷.

Nota-se, a partir dos relatos, que a prática desses profissionais tem contornos fragmentados e, muitas vezes, insuficientes para desenvolver as

competências necessárias para o desempenho do seu papel ou do papel requerido (aconselhamento) como uma atividade prescrita.

Sua atuação vai para além das práticas de orientação em saúde. Há um ensejo de incorporar habilidades técnicas que os habilitem a ampliar a resolutividade dos problemas que se configuram no trabalho real. “A comunidade espera que a gente resolva coisas tipo fazer curativo, aplicar injeção, etc. Até os médicos falam que a gente deveria fazer isso, pois as pessoas vão pro posto só fazer um curativo. A gente não teve essa capacitação, começamos fazer um curso técnico, mas não concluímos. Nem sei se vai voltar. Isso é ruim, acho que até a gente poderia resolver isso, mas não podemos sair com material tipo gaze, esparadrapo, nada disso, não fomos treinados para isso ainda”. (ACS-R02)

Estudos demonstram a preocupação dos ACS com a qualificação profissional. Apontam que o interesse pela formação é individual e reconhecem que falta embasamento teórico para melhor informar a população além de não se sentirem preparados na orientação do cuidado pela falta de conhecimento^{28,29}.

Na abordagem das ações de saúde com a comunidade, os ACS apresentam as informações em sua área de abrangência, porém a resposta da população em não aderir às orientações se configuram como resistência individual. “É um pouco difícil trabalhar com alguns pacientes da comunidade, são muito teimosos, a gente, por exemplo, tenho famílias que têm hipertensos, diabéticos... Os diabéticos são os mais teimosos, eu ensino sobre a importância de se alimentar na hora certa, tomar a insulina e comer, fazer exercício. Não comer doces. Mas não tem jeito. Quando vai para as consultas no posto, a glicemia tá lá em cima, não faz nada que a gente ensina. Outros fazem, mais ou menos”. (ACS-U01)

Importante destacar este enfoque na formação dos ACS que reproduzem o conteúdo no qual foram treinados: definir novas regras de vida e

de comportamentos que o modelo biomédico impõe ao tratamento e prevenção de doenças e que não garante adesão nem aceitação pela comunidade.

De acordo com os pressupostos de Santos¹¹, esse tipo de orientação repassada à comunidade é característico do conhecimento-regulação. Nota-se que com este modelo de atuação, a forma de controle de comportamento e a imposição do saber biomédico são preponderantes nas ações dos ACS. Ao mesmo tempo, essa categoria se coloca como pertencente à elite científica que domina o saber técnico sobre vida e adoecimento da população.

A expectativa de que o ACS seja reconhecido como morador que compartilha o território e, desta forma, reconhecedor das dificuldades de adaptação da vida à novas rotinas que uma doença crônica demanda, não se configuram na prática. Na verdade, são reconhecidos como profissionais de saúde que apresentam regras, modelos de vida e hábitos sem levar em consideração o "viver" cotidiano das pessoas. Morar no mesmo local onde trabalham, embora facilite a criação de vínculo e o processo de trabalho, restringe, sobremaneira, sua privacidade e o término da jornada de trabalho. São procurados em seus domicílios fora do horário de trabalho e a relação transcende a profissional³⁰.

Especificamente no campo da saúde do trabalhador, os ACS informaram que nunca participaram de nenhuma capacitação que tivesse essa temática de forma abrangente, ainda que exista um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador em Fortaleza e que o município de Caucaia está incluído na área de abrangência.

4 Saberes tradicionais

Os saberes tradicionais de saúde utilizados pela comunidade e relatados pelos ACS foram ilustrados através de gravuras, em um quadro de memórias. Os quadros construídos evidenciaram uma diversidade de práticas de cuidado utilizadas neste município.

Observou-se que o contexto cultural da zona rural e a dificuldade econômica e de acesso aos serviços favoreceram a manutenção de práticas que se baseiam em inúmeros saberes. Neste aspecto, as práticas de cuidado mais adotadas pela população, segundo os ACS de ambos os territórios, consistem no tratamento fitoterápico, no uso e preparo de remédios caseiros à base de ervas e raízes medicinais através de chás, infusões, lambedores ou garrafadas, dentre outros. O cultivo de plantas medicinais nos quintais das moradias é frequente, transformando-se em patrimônio tradicional da comunidade.

Alguns outros saberes continuam a ser utilizados pelos ACS, sem questionamento sobre a efetividade pois comprovam a eficácia através do uso. Outras práticas foram abolidas após a formação no modelo biomédico, de tratamento e prevenção. “É tiro e queda, quando sentir essa dor desviada e você não tiver nada pra tomar, pode pegar um galho verde de uma planta e colocar em cima do local, péra um pouquinho, e logo a dor passa”. (ACS-R02)

A fé faz parte do benefício da prática curativa ou, pelo menos, como um elemento potencializador. Este relato foi observado em ambos os grupos, urbano e rural.

Uma figura que mereceu destaque em ambos os grupos foram as rezadeiras, que exercem seu poder de cura por meios simbólicos, geralmente com galhos de plantas, agindo sobre enfermidades de pouca descrição no modelo biomédico, como o quebranto e o mau-olhado. Esta prática vem diminuindo no cotidiano brasileiro.

A rezadeira atua como uma figura de respeito e pertencente à tradição brasileira. Normalmente residem na comunidade e não cobram pelo trabalho de rezar. O ofício das rezadeiras é voltado para solucionar problemas especialmente no campo das ‘energias’, envolvendo os problemas ‘espirituais’ como ‘ventre quebrado’, ‘mau-olhado’, ‘quebranto’, e este ofício é percebido como um dom, no qual Deus é o responsável por curar, e elas são instrumentos intermediários para que a cura se revele. “O papel da rezadeira é levar o bem-estar. Porque assim... Muitas pessoas vêm falar com a rezadeira, mas não

conhece bem o efeito das rezas. Eu mesmo já levei minha filha; não entendo, mas ela foi curada pela fé... Porque a rezadeira vai rezar uma coisa que ela recebeu o dom de Deus, então, se você acredita tem muita chance de ficar bom ou pelo menos melhorar, né?” (ACS-R 02)

As rezadeiras possuem importância especial na comunidade, principalmente vinculada às questões da religiosidade, mas também cultural e estreitamente ligadas à cura. Percebe-se, nesta e nas demais práticas, a valorização do cuidado para além dos critérios da biomedicina, que envolve, prioritariamente, o bem-estar físico e emocional. Por serem consideradas portadoras de um dom divino, as rezadeiras não cobram por seus serviços.

Nascimento e Ayala³¹ relatam que as rezadeiras apresentam um apanhado histórico e religioso constituído como prática social que apresenta domínios específicos e ensinamentos, além de uma importante função nas comunidades, pois, por meio delas, muitos problemas são solucionados.

Junges *et al*³² salientam que, enquanto os médicos partem do paradigma biológico a partir da doença física, as rezadeiras transitam no paradigma holístico e as doenças são perturbações que afetam não só o corpo, mas estão relacionadas às questões espirituais, psicológicas e sociais, as quais afetam o indivíduo como um todo. O ofício das rezadeiras, na compreensão de Souza e Martino³³, sempre foi julgado por profissionais da saúde que acreditam unicamente no modelo biomédico, como um ato supersticioso, sem comprovação científica e sem eficácia. Na medicina convencional, fatores sobrenaturais e ou espirituais têm pouca ou nenhuma importância.

São muitos os saberes que os ACS relataram terem aprendido via comunidade e através dos próprios ancestrais. Alguns, eles ainda consideram válidos mesmo após a formação sob a lógica biomédica. Outras práticas, para muitas situações, continuam a fazer por costume, porque aprenderam na infância ou por questões que nem sabem explicar, como por hábito cultural. “Eu não costumo tomar café com leite quente e sair no sereno. Desde pequena

aprendi assim e até hoje sigo. Também faço a mesma coisa com minhas filhas”.
(ACS-U01)

A religião da família configurou-se como uma característica importante na seleção/escolha dos saberes populares. Afirmaram que as famílias ligadas à religião evangélica não acolhem com facilidade as informações ancestrais quando comparadas às famílias católicas ou espíritas.

Embora o município tenha um grupo de quilombolas, o ACS desta região não tem nenhuma informação nem demonstrou interesse em conhecer as práticas de saúde por eles adotadas.

Observou-se, pelas falas, que o modelo de cuidado proposto pelos ACS é centrado fortemente nas práticas biomédicas, para quais a subjetividade e as representações sociais da cultura popular no processo saúde-doença interessam pouco para o tratamento e a prevenção. A terapêutica é cercada de um forte poder normativo e o ACS é um profissional da saúde que leva informações ou conhecimentos hegemônicos à comunidade, de uma forma unidirecional, num pressuposto de que as pessoas não possuem conhecimentos ou são distorcidos, inadequados ou perigosos à sua saúde.

No modelo de formação biomédico identificado nesse estudo, o papel esperado do ACS é reproduzir a postura educativa prescritiva e normativa. As tentativas de problematização dessa forma de abordagem em contraposição aos saberes ancestrais ou comunitários, foram desconsideradas pela equipe de saúde na qual pertencem.

Saber comunitário e prática profissional podem produzir vários resultados, gerando também ações culpabilizantes e ou higienistas, sendo necessária atenção constante às direções éticas pelas quais se constrói o trabalho³⁴. No entanto, ao situar-se entre saberes técnicos e populares e sendo bem direcionado e pautado na solidariedade ao outro, o trabalho do ACS poderá constituir-se como um potencializador das ações de educação popular em saúde e de valorização e respeito aos saberes do território.

Maciazeki-Gomes et al.⁴ recomendam a instauração das práticas associadas ao conceito ampliado de saúde, sustentadas em um trabalho integrado em equipe, que valorize o saber/fazer do ACS e da comunidade, inspiradas nos princípios orientadores da Política Nacional de Educação Popular do SUS (PNEPS-SUS).

Neste aspecto, a *Ecologia de Saberes* se apresenta como alternativa viável, para que o reconhecimento dos saberes e as expectativas dos ACS e da comunidade sejam respeitados em sua dignidade, quebrando a monocultura do saber e do poder, possibilitando a emergência de alternativas. Portanto, na formação profissional do ACS, é fundamental e estratégico, repensar alternativas para a promoção da saúde, para além de visões restritas atreladas a uma concepção de um estado regulador.

5 Síntese analítica

A negação dos conhecimentos ancestrais remete ao pensamento de Santos¹¹ sobre a linha abissal e ajuda a compreender formas de exclusão que desconsideram saberes, tradições, culturas e práticas de saúde. A negação é essencial à constituição da ciência biomédica; é condição para afirmar a sua universalidade e validade única.

A *Ecologia de Saberes* é mais crítica ao modelo dominante e mais ampla, por estar associada a uma compreensão ampliada do mundo, da vida, das pessoas, da sociedade e, nela, da educação.

Apesar das iniciativas oficiais e da crescente busca por práticas integrativas medicamentosas, a utilização de fitoterápicos na atenção primária à saúde ainda é incipiente no Brasil, principalmente pela carência de maiores informações sobre o assunto e pela ausência de profissionais especializados e capacitados para esta prática³⁵.

Porém, o uso popular da fitoterapia é bastante expressivo no Brasil. O conhecimento tradicional, proveniente de um acúmulo de saberes, é

transmitido e mantido principalmente pela oralidade, por pessoas, muitas delas analfabetas, mas tão perspicazes como o são alguns cientistas³⁶.

No campo regulatório, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS³⁷ recomenda a inclusão das plantas medicinais e fitoterapia, como opções terapêuticas no sistema público de saúde. Essa política traz, dentre suas diretrizes, a elaboração da relação nacional de plantas medicinais e de fitoterápicos; e o provimento do acesso a essa terapia, aos usuários do SUS.

A ausência dessa política no município estudado exemplifica a questão da linha abissal definida por Boaventura Santos. Para um grupo populacional residente em áreas pobres e com dificuldades de acesso aos serviços de saúde, recomenda-se modelos biomédicos hegemônicos do saber do Norte, nega-se o saber acumulado historicamente, comprometendo a possibilidade de articulação entre saberes especializados e tradicionais e o diálogo entre os conhecimentos, na contramão da *Ecologia de Saberes*.

Observa-se que estas práticas ancestrais não ocorrem isoladamente nem são excludentes da prática biomédica. No cotidiano, a população associa os cuidados dos serviços públicos de saúde com as várias práticas conhecidas. Neste aspecto, operacionalizam a *Ecologia de Saberes*, que considera todos os saberes válidos e incompletos.

Dentre os saberes populares, alguns são usados e recomendados pelos ACS, outros são ignorados. Esse movimento ocorre pela necessidade de aceitação na equipe de saúde. O discurso hegemônico do saber dominante dos profissionais, reconhecidos como "autoridade de saúde", está vinculado a categorias explicativas e recomendações de práticas que não incorporam o saber popular. O ACS, segundo análise dos grupos, ainda não se vê como componente da equipe, porquanto o seu processo de trabalho destoa do *modus operandi* dos demais. Ao incorporar o discurso, os valores e as práticas da equipe central da saúde da família, o ACS se coloca como interlocutor e adquire certo *status* no território.

Num momento de intensificação da medicalização do corpo e da alma e do afastamento da individualidade e dos aspectos subjetivos e espirituais do adoecimento, afastar os ACS desta dimensão é estratégico.

Santos¹¹ descreve este processo na categoria da sociologia das ausências, que torna as experiências sociais invisibilizadas pelo conhecimento hegemônico. A sociologia das ausências visa demonstrar que o que não existe é, na verdade, ativamente produzido como tal, isto é, como uma alternativa não credível ao que existe. Esse modo de produção, que muito bem se adapta ao modelo biomédico brasileiro, opera através da ciência moderna.

Neste estudo, identificou-se uma série de saberes do cuidado em saúde, que incluem desde a aprendizagem familiar e com antepassados, às experiências de vida dos próprios ACS. Tal experimento nos mostra a perspectiva transformadora, integral, emancipatória e produtora de cidadania da Ecologia de Saberes, contrapondo-se à posição hegemônica atualmente imposta pelas políticas de saúde. Uma reflexão nos leva à proposta de revalorização de culturas e saberes que foram, durante séculos, intencionalmente ignorados pelo colonialismo, fruto de uma histórica dominação política e cultural, que submeteu à sua visão etnocêntrica o conhecimento do mundo, o sentido da vida e das práticas sociais¹¹.

A dicotomia entre os saberes regulatórios e emancipatórios na saúde se expressa muito claramente na história dos ACS no Ceará. Enquanto sua criação se deu a partir de lideranças de mulheres sertanejas e da Pastoral da Criança, numa perspectiva de auxiliar o modelo de assistência à saúde incluindo o saber popular, pode-se identificar que o modelo iniciou com saberes emancipatórios. Posteriormente, a incorporação do saber popular que foi validado parcialmente ou apenas incorporado, de forma paralela na assistência, demonstrou o domínio do conhecimento regulatório que o modelo biomédico tem imposto ao conhecimento ancestral.

Numa sociedade normatizadora, com tendências a desqualificar valores e práticas do saber não científico, o usuário, confiscado da

possibilidade de se manifestar em sua singularidade, é tido pela ciência como um indivíduo numérico, respondendo à categorização de diagnóstico e à uniformização de terapêutica. Passivo e distante de seus saberes e crença cultural, é excluído de suas percepções e representações individuais sobre seu processo de tratamento.

Galavote et al.³⁸ nos revela um ACS múltiplo, exposto às afecções das relações que mantém, variando entre o reconhecimento e a submissão às lógicas instituídas, resultando em alegria e tristeza, aumento e redução da sua potência de agir, respectivamente, e, apesar da institucionalização do trabalho do ACS, ainda mantém, na sua prática, referências forjadas na atuação popular e comunitária.

Nesta lógica, as atividades desenvolvidas pelos ACS tornam-se menos reflexivas e mais impositivas, reproduzindo o modelo biomédico que atua a partir da intervenção no modo de vida da comunidade. Stotz *et al*²⁵ citam que o ACS exerce a função de mero reproduzidor de normas técnicas.

Santos¹¹⁴ ressalta que esse tipo de orientação repassada à comunidade é característico do conhecimento-regulação. Nota-se que neste modelo de atuação, o controle do comportamento e a imposição do saber biomédico são preponderantes nas ações dos ACS.

Amorim *et al.*³⁹ ressaltam que o território é base operacional para o planejamento das ações e incorporação de suas características entre os problemas a serem enfrentados em uma ação integrada entre a atenção básica e a vigilância em saúde. A integração nas UBS pesquisadas evidenciou a fragmentação da rede de saúde e a exclusão do território, recursos necessários para uma prática de vigilância. Para Porto⁴⁰, é preciso refletir sobre o papel da vigilância e da promoção da saúde para além da concepção impositiva de um estado regulador. Como desafio, propõe a necessidade de superação de um pensamento calcado numa ciência positivista de especialistas que não dialogam com outros saberes.

Os achados deste estudo propiciam a reflexão sobre o processo de trabalho dos ACS e a necessidade de refletir os princípios e o conteúdo do trabalho prescrito para esses trabalhadores.

A busca por novos caminhos de prática para a saúde coletiva deve ser acompanhada pelos diversos saberes que se articulam e incorporem a dimensão do território e do relacionamento entre os grupos sociais. Nessa linha de raciocínio, Santos¹² propõe na *Ecologia de Saberes*, a necessidade da integração de outros saberes ao saber biomédico.

Uma reflexão sobre estes achados resulta em uma proposta de revalorização de culturas e saberes que foram, durante séculos, intencionalmente ignoradas pelo colonialismo, fruto de uma histórica dominação política e cultural que submeteu à sua visão etnocêntrica o conhecimento do mundo, o sentido da vida e das práticas sociais¹¹.

Os saberes que dialogam, que mutuamente se interpelam, questionam e avaliam, não o fazem em separado como uma atividade intelectual isolada de outras atividades sociais. Fazem-no no contexto das práticas sociais constituídas ou a constituir, cuja dimensão epistemológica é uma entre outras, e é destas práticas que emergem as questões postas aos vários saberes em presença. Tais práticas são práticas de resistência, de luta e de propostas, tais como: defender os direitos à saúde e à educação [...] ante a manipulação ou o sequestro por interesses econômicos poderosos ...^{12(p 47)}.

Nesta perspectiva, os trabalhadores de saúde podem atuar como dispositivos de resgate e valorização de saberes, constituindo uma nova ética, que reconheça os serviços de saúde como espaços públicos, onde o trabalho deve ser pautado por valores humanitários, solidariedade e respeito aos diversos saberes.

Na *Ecologia de Saberes*, diversos grupos sociais e comunidades convergem na ideia de que suas aspirações e os seus interesses só podem ser exitosos em articulação com outros grupos sociais e, portanto, com os saberes dos outros grupos e comunidades¹². Superar a hegemonia do saber biomédico

implica na promoção de diálogos mais horizontais, permitindo a emergência de práticas emancipatórias, alternativas para outras formas de saber, trabalhar e produzir.

O trabalho interdisciplinar propõe o desprendimento da hierarquia e do lócus dos saberes específicos para a construção de um saber conjunto que possa contribuir adicionalmente para uma comunidade, uma família ou um indivíduo⁴¹ e supõe novas formas de relações, tanto com relação à hierarquia institucional, à gestão, à divisão e à organização do trabalho, quanto no que diz respeito ao relacionamento dos/as trabalhadores/as entre si e com os usuários do serviço⁴².

CONCLUSÃO

A trajetória do processo de trabalho dos ACS caracteriza-se por ações educativas de caráter regulatório que orientam a comunidade sobre mudança de hábitos e comportamentos com enfoque nas doenças e nos indivíduos, excluindo o saber e a subjetividade dos sujeitos por eles assistidos.

Essas orientações assumem uma direção vertical. Ao ‘convencer’ a população sobre a forma ‘correta’ de agir, numa postura de único detentor do saber transmitido, reconhece a comunidade como receptor passivo do saber científico/biomédico/hegemônico/formal.

O processo de trabalho do ACS, desta forma, é fundamentado no saber biomédico e no seu rigor normativo, observado nos dois territórios do estudo: urbano e rural. Naturalmente, é passível de insucessos posto que, nem o SUS nem o cotidiano de vida, se enquadram nas normas de promoção da saúde quando aplicadas de forma direta, vertical e numa perspectiva regulatória.

A diversidade de práticas populares em saúde guarda relação com a tradição cultural da origem rural, mesmo quando já habitando o ambiente urbano. Com efeito, essa pluralidade, de certa forma, tem relação com as condições de vida e saúde da população campesina.

De todo modo, reside na *Ecologia de Saberes* uma possibilidade para desencadear a confrontação da monocultura do saber da ciência moderna com outros saberes e outros modos de vida e de entender o processo saúde/doença.

Faz-se necessária uma ruptura com o paradigma exclusivo do saber biomédico, com a ciência positivista e, por outro lado, com a hegemonia do saber científico em relação a outros saberes, como o senso comum e a sabedoria popular.

A reconciliação com os saberes tradicionais tem evidentes implicações para novas epistemologias e para o reencantamento dos discursos e das práticas na saúde. Esta reconciliação depende, de uma relativização da oposição entre a lógica biomédica e as práticas populares de saúde e suas respectivas representações, cristalizadas pela hegemonia de um modelo de pensamento científico. Essa reconciliação é possível através da incorporação da *Ecologia de Saberes* nos princípios do SUS, possibilitando a coexistência de diferentes formas de conhecimento como uma relação complexa baseada no reconhecimento mútuo, no respeito e na solidariedade.

A análise da situação de saúde e do cenário de trabalho dos ACS, na perspectiva das *Epistemologias do Sul*, propicia repensar as questões de saúde e trabalho. Não se trata propriamente de um novo paradigma que exclui outros, mas desconstruções, reconstruções e novas construções que articulem o saber da comunidade e os trabalhadores da saúde, criando oportunidades de atuação em saúde que questione exclusão de práticas e invisibilidade de saberes.

Espera-se que a partir da valorização das experiências dos ACS, balizadas pelos novos paradigmas de incorporação dos saberes populares em saúde, possibilite a reflexão sobre o processo de trabalho do ACS, contribuindo para a construção de uma nova concepção de promoção da saúde e, conseqüentemente, uma vigilância em saúde do trabalhador ampliada, que considere outros saberes, além do normativo, de forma conjunta com a comunidade em que se insere.

É importante que os gestores públicos propiciem as condições necessárias para a melhoria da organização dos ambientes e processos de trabalho dos trabalhadores do SUS, a fim de que estes cumpram seu papel de cuidadores da saúde da população, uma vez que as questões relativas à estruturação dos serviços e organização dos ambientes e processos de trabalho exercem influência direta na qualidade destas ações e devem ser observadas a fim de não comprometerem a efetividade de todo o sistema.

REFERÊNCIAS

- 1- Alonso CMC, Béguin, PD, Duarte, FJCM. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. São Paulo: Rev Saúde Pública [Internet] 2018; v 52:14. [cited 2021 Nov 05] 14p. Available from: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000395>. Epub 2018 Fev 26. ISSN 1518-8787.
- 2- Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. São Paulo: Saúde Soc; 2002; 11(1):67-84.
- 3- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na forma do Anexo XXII. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017 Out 03.
- 4- Maciazeki-Gomes RC, Souza CD, Baggio L, Wachs F. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. São Paulo: Cien Saude Colet [Internet] 2016; 21(5):1637-46. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KvX88c8BfnBTG66xHgMjpQy/abstract/?lang=pt>.
- 5- Bornstein VJ. In: Bornstein VJ et al (Org.). Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016. pp. 27-34.
- 6- Cremonese GR, Motta RF, Traesel ES. Implicações do trabalho na saúde mental das Agentes Comunitários de Saúde. Cad Psicol Soc Trab [Internet] 2013; 16(2):279-93. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-37172013000200010&script=sci_abstract

- 7- David HMSL. Educação em saúde e o trabalho dos agentes comunitários de saúde. In: Mialhe FL. Organizadores. O agente comunitário de saúde: práticas educativas. Campinas, São Paulo: UNICAMP. [Internet] 2011. p. 51-82. Available from:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/M7Jb7sTFF6cmRfYWcFp4bdh/>
- 8- Durrive, L. A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. *Trab educ saúde* [Internet] 2011; 9(1): 47-67. Available from:
<https://www.scielo.br/j/tes/a/BKjMcn37CCMFPRptdD9NgMr/>
- 9- Minayo-Gomez C., Thedim-Costa SMF. A construção do campo da Saúde do Trabalhador: Percurso e Dilemas. *Cad Saúde Públ* 1997; 13(2): S21-S32. Available from:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/dgXxhy9PBddNZGhTy3MK8bs/?format=pdf&lang=pt>.
- 10- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), na forma do Anexo XV. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017 Out 03.*
- 11- Santos BS, Meneses MP, organizadores. *Epistemologias do sul*. São Paulo: Cortez, [Internet] 2010. Available from:
<https://temascontemporaneosdotorg.files.wordpress.com/2016/02/boaventura-de-sousa-santos-maria-paula-meneses-epistemologias-do-sul-cortez-editora-2014.pdf>.
- 12- Santos BS. *Na oficina do sociólogo artesão: aulas 2011-2016*. São Paulo: Cortez, [Internet] 2018. Available from:
<file:///C:/Users/Aluno/Downloads/mmotabrazil,+Publico+Privado+35-11.pdf>.
- 13- Dias EC, Silva TL. Contribuições da atenção primária em saúde para a implementação da política nacional de saúde e segurança no trabalho (PNSST). *Rev Bras Saúde Ocup* [Internet] 2013; 38(127):31-43. Available from:
<https://www.scielo.br/j/rbso/a/FBmvXqffTxQ6MjJdq6CSJTHx/>.
- 14- Lacerda e Silva T, Dias EC, Pessoa VP, Fernandes LMM, Gomes EM. Saúde do trabalhador na atenção primária: percepções e práticas de equipes de saúde da família. *Interface (Botucatu)* [Internet] 2014; 18(49):273-88. Available from:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/FPB6h5Yx4N4bcRGzFNmYRZj/>.

- 15- Bornstein VJ, Stotz EM. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. *Ciênc Saúde Colet* 2008; 13(1): 259-68.
- 16- Santos AC, Hoppe AS, Krug SBF. Agente Comunitário de Saúde: implicações dos custos humanos laborais na saúde do trabalhador. *Physis* 2018; 28(4):1-18.
- 17- Gomez CM, Vasconcellos LCF, Machado JMHuet. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet*. 2018; 23(6): 1963-70.
- 18- Gatti, B. A. Grupo Focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.
- 19- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª edição. São Paulo: Ed. Hucitec, 2004.
- 20- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE). Informações sobre os municípios brasileiros.[Internet] [cited 2017 dez 11]. Available from: <https://ww2.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/home.php>.
- 21- Lapassade G. As microssociologias. Brasília: Liber Livro, 2005.
- 22- Aschidamini IM, Saupe R. Grupo focal: estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. *Cogitare Enferm*. 2004; 9(1):9-14.
- 23- Morosini MVGC, Corbo AD, Guimarães C. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. In: Fonseca AF. O processo histórico do trabalho em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde, v. 5. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, pp.189-11.
- 24- Perreault M. et al. Programa de saúde da família no Brasil: reflexões críticas à luz da promoção da saúde. *Enferm Contemp* 2016; 5(1):159-79.
- 25- Stotz EN; David HMSL, Bornstein VJ. Educação Popular em Saúde. In: Martins CM, Stauffer AB (Orgs.). *Educ Saúde* 2007. pp. 34-46, Rio de Janeiro, EPSJV/Fiocruz.
- 26- Bornstein VJ, Stotz EM. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da

literatura. *Ciênc Saúde Colet* 2008; 13(1):259-68.

- 27- Morosini MV, Fonseca AF. Configurações do trabalho dos agentes comunitários na atenção primária à saúde: entre normas e práticas. IN: Mendonça HHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L. (Orgs). *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018, p. 369-05.
- 28- Marzari CK, Junges JR, Selli L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. *Ciênc Saúde Colet* 2011; 16(1):873-80.
- 29- Baglini V, Favaro EA, Ferreira AC, Chiaravalloti Neto F, Mondini A, Dibo MR, et al. Atividades de controle do dengue na visão de seus agentes e da população atendida, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Públ.* 2005; 21(4):1142-52.
- 30- Oliveira JS, Nery AA. Condições de trabalho e saúde de agentes comunitários de saúde. *Rev. Enferm* 2019; UFPE on line: 150312.
- 31- Nascimento DG, Ayala MIN. As práticas orais das rezadeiras: um patrimônio imaterial presente na vida dos itabaianenses. *Nau Literária* 2013; 9(2):21-37.
- 32- Junges JR, Barbiani R, Soares NA, Fernandes RBP, Lima MS. Saberes populares e cientificismo na estratégia saúde da família: complementares ou excludentes? *Cienc Saude Colet* 2011; 16(4):4327-35.
- 33- Souza BM, Martino LM. *Sociologia da religião e mudança social*. São Paulo: Paulus, 176p.;2004.
- 34- Saffer DA, Barone LR. Em busca do comum: o cuidado do agente comunitário de saúde em saúde mental. *Physis* 2017; 27(3):813-33.
- 35- Ibiapino WV, Leitão BP, Batista MM, Pinto DS. Inserção da fitoterapia na atenção primária aos usuários do SUS. *Rev Cienc Saude Nova Esperança* 2014; 12(1):58-68.
- 36- Messias MCTB, Menegatto MF, Prado ACC, Santos BR, Guimarães MFM. Uso popular de plantas medicinais e perfil socioeconômico dos usuários: um estudo em área urbana em Ouro Preto, MG, Brasil. *Rev Bras Plantas Med.* 2015; 17(1):76-04.
- 37- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

(PNPIC), na forma do Anexo XXV. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017 Out 03.

- 38- Galavote H.S., Franco T.B, Lima R.C.D, Belizário A. M. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixão e afetamentos. *Interface* 2013; 17(46):575-86.
- 39- Amorim LA, Silva TL, Faria HP, Machado JMH, Dias EC. Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: aprendizagens com as equipes de Saúde da Família de João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Cien Saude Colet* 2017; 22(10):3403-13.
- 40- Porto MFS. Pode a vigilância em saúde ser emancipatória? Um pensamento alternativo de alternativas em tempos de crise. *Cien Saude Colet* 2017; 22(10):3149-59.
- 41- Campos GW. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Cienc Saude Colet* 1999; 4(2):393-03.
- 42- Matos E, Pires EP, Sousa GW. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(5):775-81.