

Ano 10, Vol XIX, Número 1, Jan-Jun, 2017, Pág. 41-57.

## **Educação em Saúde: O ACS na mediação entre conhecimento científico e popular uma abordagem interdisciplinar.**

*Health Education : The ACS in mediating between scientific and popular knowledge  
one interdisciplinar approach*

Franciane de Paula Fernandes  
Delma Pessanha Neves

### **RESUMO**

Há que se destacar que no início dos anos 90 a Atenção Básica em Saúde (ABS), com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ganha um elo entre as demanda da comunidade e a equipe de saúde. Este trabalho foi construído através do estado da arte referente ao ACS, educação em saúde, conhecimento científico e popular. Foram coletados um total de 42 arquivos e selecionados com base nos critérios de inclusão e exclusão. Conclui-se que é consenso nos estudos à relevância da função de ACS na mediação entre conhecimento científico e popular, constituindo também o seu importante papel de educador popular nas orientações a comunidade, assim como, na educação em saúde junto à população assistida. Destaca-se ainda, o estabelecimento do vínculo de confiabilidade por parte da comunidade, tornando-se este fator natural e evidenciado para uma melhor adesão às orientações. Compreende-se que para que o processo de educação em saúde decorra de forma satisfatória torna-se indispensável que todos sejam coparticipes dos cuidados em saúde.

**Palavras-chave:** Agente Comunitário de Saúde, Conhecimento científico e popular. Saberes e práticas. Educação e saúde. Atenção Primária em Saúde.

### **ABSTRACT**

It should be noted that in the beginning of the 1990s the Basic Health Care (ABS), with the Program of Community Health Agents (PACS), gains a link between the demands of the community and the health team. This work was built through state of the art regarding the ACS, education and health, and the scientific and popular knowledge. They collected a total of 42 files and selected based on inclusion criteria. It is concluded that there is a consensus in the studies the relevance of the ACS function in mediating between scientific and popular knowledge, as well as being its important role in advertising to user access rights as a citizen and guidance in the community, as well as the ACS work education health among the population assisted. It is also worth noting

the establishment of a link of reliability by the community, becoming this natural and evidenced factor for a better adherence to the guidelines. It is understood that in order for the health education process to proceed satisfactorily, it is essential that all are partners in health care.

**Keywords:** Community Health Agent . Scientific and popular knowledge . Knowledge and practices. Education and health. Primary Health Care.

## INTRODUÇÃO

No bojo de recursos da comunicação globalizante, a sociedade brasileira tem apresentado modificações consolidadas nos serviços públicos de saúde, como é o caso das Equipes de Saúde da Família-EFS e Equipes de Agentes Comunitários de Saúde-EACS. Tais perspectivas vieram a se consolidar a partir da Constituição Federal de 1988, no seu artigo 200, que confere ao Sistema Único de Saúde (SUS) a obrigação de colaborar também na assistência do meio ambiente, nele incluído o do trabalho.

As práticas de promoção da saúde nos diferentes ambientes sociais são dedicadas à modificação de condutas dos indivíduos, pautadas em atividades físicas corporais, combate ao hábito de tabagismo, etilismo e outras drogas, assim como proposição de maneiras de vivenciar a vida com responsabilidade, proposições em grande parte concebidas como oportunidades de instrução no decorrer da vida e demandas do meio ambiente.

Desta forma o ACS deve ser percebido como mediador, ou seja, o elo de construção de relações entre a comunidade e as redes de serviços de saúde, assim como das lamentações dos usuários do serviço de saúde na atenção primária em saúde. Segundo Brasil (2011) o ACS é profissional de saúde que mora na comunidade e que por inúmeras vezes concretiza atividades que ultrapassam o setor da saúde.

Assim, a Atenção Básica em Saúde, apresenta o ACS como um trabalhador da equipe de saúde com grande potencial para realizar a educação em saúde, visto que, está inserido nos diversos contextos da comunidade, mas que não tem o seu devido reconhecimento (STOTZ et al 2005).

Martins (2007) aponta as atividades educativas como principal alicerce na práxis do ACS. Destaca também a educação em saúde realizada pelo ACS como uma estratégia que deve ser utilizada para compreender o sujeito em seu meio ambiente,

respeitando contextos e temáticas constitutivas dos universos de sentidos da população, facilitando a interação que estes estabelecem onde estão inseridos.

Assim, compreende-se o que as ações do profissional de saúde devem incidir de maneira intencional, baseada em informações científicas, com o objetivo de produzir efeito benéfico de modo a atender a necessidade de saúde população (MARX, 2014).

Dessa forma, sendo compreendida como transformadora da dialética curativa reducionista para uma lógica que promova a saúde com abordagem no coletivo de forma integral (SANTOS et al 2010). No âmbito da saúde, a Educação em Saúde (ES) apresenta-se intrínseca ao desempenho do exercício da equipe multiprofissional da saúde, visto que, a ES se configura como ação básica e ferramenta de mudança da sociedade (SMEKE et al, 2001).

## MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho foi construído através do estado da arte que segundo Ferreira (2002) pode ser compreendido como uma abordagem de revisão bibliográfica. Estes estudos abraçam o desafio de mapear e difundir uma produção acadêmica em distintas áreas da ciência, apresentando as suas dimensões.

Assim, cumprindo as seguintes etapas distintas: a elaboração da questão problema; a busca dos artigos; coleta de dados; análise dos dados; discussão dos resultados. Iniciou-se o processo pela definição da questão norteadora do estudo: O ACS, educação em saúde, conhecimento científico e popular, evidenciadas na literatura no período de entre janeiro de 2000 e julho de 2016 e a coleta entre junho e julho de 2016, no qual foi realizada uma consulta a pesquisas científicas disponíveis em bases de dados da internet, através da busca com a utilização da ferramenta de busca *Google* acadêmico.

Para a ampliação da busca do estudo foram utilizados os seguintes descritores controlados: ACS, conhecimento científico e popular, educação em saúde, mediação de saberes. Os critérios de inclusão empregados para a escolha dos estudos foram à utilização de artigos, teses que utilizaram o ACS. Foram excluídos os estudos que tinham a palavra ACS como palavra chave, porém, com ênfase em metas e indicadores

de saúde, abordagens com recursos e tetos financeiros e/ou administrativos. Foram excluídos trabalhos que não utilizaram ou citassem: ACS, conhecimento científico e popular, saberes e práticas, mediação de saberes, como objeto de estudo.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Estudos de revisão da literatura**

No ocidente os conceitos sobre o binômio saúde e doença sofrem grandes influencias do caráter biológico, visto que, o conceito fundamentava-se como saúde a falta de enfermidade, e a assistência com foco na pessoa e na patologia existente, com e o hospital como o grande protagonista, assim como a valorização das especialidades, desta forma, afastando a assistência integral e holística sobre o usuário do serviço de saúde (PARREIRAS et al 2004).

O cenário de assistência médica privada com foco biologicista e na doença, começou a apresentar considerável falência a partir de 1970. Em virtude da trajetória democrática nos anos 80 um novo modelo começou a apresentar evidência através do movimento que culminou na Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde de 1990 e a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS).

As pesquisas abordando ACS começaram a ser objetivo de produções acadêmicas depois do ano de 1991, a partir da regulamentação da função de ACS. Percebeu-se um aumento de pesquisas onde o objeto de estudo passou a ser o ACS e, principalmente, vinculada ao agir educativo na APS no que concerne a formação de agentes comunitários (Fonseca, Mendonça, 2014; Modesto et al., 2012; Melo et al., 2009; Nunes, Almeida, Homem e Melo, 2002; Morosine, Corbo e Guimarães, 2007).

Os ACS são os grandes responsáveis pela coleta de dados e avaliação das dificuldades da comunidade; sendo indispensável nas ações de promoção a saúde. Assim em 1991 surge o Agente Comunitário de Saúde- ACS inicialmente em alguns estados do Nordeste brasileiro, como estratégia de melhoria da saúde da população. Vale ressaltar que esta estratégia nasce junto com as práticas simples já realizadas com experiências exitosas por moradores dos próprios locais (Brasil, 1996; Brasil, 1994). Ou seja, o profissional ACS surge unido à interferência iniciadas pelos próprios

comunitários atuando na saúde dos moradores próprios comunitários (FERREIRA, 2009).

Conforme afirma Morosine et al (2007), a função de ACS já fazia parte do cenário histórico da saúde pública brasileira bem antes do nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS), porém receberam destaque notório depois implantação da ESF como novo modelo de organização da APS.

De modo a cumprir a Constituição Federal as deliberações a propósito dos princípios basilares do SUS no que concerne à disposição de serviços de saúde habituais, no início da década de 90, o então Ministério da Saúde normatizou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde PACS nas cidades brasileiras com vistas a transformar o modelo de tratamento com foco na doença por um novo modelo com fortalecimento das ações de saúde (MENDES et al 2002 e LAVOR et al 2004).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS apresenta uma abordagem na atenção primária em saúde- APS, de modo a gerar demandas e referências aos serviços de saúde existentes, diante disto, para atender essas demandas que estavam reprimidas, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Saúde da Família-PSF, compreendida enquanto uma estratégia do SUS com abordagem na APS, no qual a equipe de profissionais da Unidade de Saúde da família assiste o usuário dos serviços na rede municipal de saúde (SOUZA, 2002).

Os ACS devem está inseridos em uma equipe de PSF ou do PACS, esta última é analisada como um programa que antecede a habilitação para ou PSF (BRASIL, 2001). Conforme Brasil (2001) os ACS precisam morar na comunidade onde irão desempenhar sua função, ter competências mais voltadas a cunho social do que técnico, ser maior de 18 anos de idade, disponível para trabalhar período integral para desempenho das funções, assim como precisam trabalhar junto às famílias em uma área geográfica adscrita, cadastrar e acompanhar estas famílias que residem nesta mesma área específica (BRASIL, 2002). As ferramentas de trabalho do ACS são as visitas domiciliares, as entrevistas, os cadastros das famílias, mapear e realizar reuniões na área adscrita (BRASIL, 2000).

No Brasil, a Atenção Primária em Saúde (APS) é realizada com foco na descentralização nos serviços de saúde, com vistas a ficar o mais próximo da comunidade, sendo considerada a principal porta de entrada aos serviços de saúde.

Desta forma, torna-se importante que a APS seja norteada pelos princípios doutrinários da universalidade, do acesso, da construção de vínculo, da garantia de referência e contra referência da assistência, da integralidade com equidade, da corresponsabilização, da humanização e da participação e controle social (BRASIL, 2012).

A APS, também designada Atenção Básica em Saúde, apresenta-se pela junção de ações de saúde, realizadas de forma singular e coletiva, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária com objetivo de fortalecer uma atenção integral equitativa com força no protagonismo dos atores envolvidos no processo e nos determinantes e condicionantes de saúde (MOROSINI et al 2007).

A inovação proposta pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ocasionou enfoques contemporâneos e que acrescentou informações atreladas ao desempenho desejado da APS, para a classificação das Redes de Atenção dos Serviços de Saúde. Podemos destacar o progresso na assertiva de uma APS com vista o acolhimento, resolutividade e gestão da assistência à saúde da população.

A APS com foco na promoção da Saúde atua por meio de ações comunitárias com atenção as prioridades em saúde, na implementação de estratégias, na tomada de decisão, com intuito de melhorar as condições de saúde da população assistida (SANTOS; FRACOLLI, 2010).

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, instituiu eixos norteadores e regulamentares para a recondução da Atenção Básica (AB), para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS).

A ESF tem vistas à reordenação da APS no Brasil, conforme os princípios e regulamentos do SUS, como estratégia de ampliação, qualificação e concretização, de forma a redirecionar e ampliar a resolutividade da situação de saúde e, somado a isto, favorecer uma considerável relação custo-efetividade (NASCIMENTO, 2005).

O quantitativo de ACS deve ser satisfatório para cobertura de 100% da população cadastrada, sendo um limite máximo de 750 pessoas por ACS e de 08 a 12 ACS por Equipe de Estratégia Saúde da Família, assim, não excedendo a quantidade máxima de pessoas preconizada por equipe, bem como cada ESF deve ser responsável por no máximo, 4.000 pessoas, sendo que o limite recomendado de 3.000, atendendo as normas instituídas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

É importante destacar, que para a quantidade de pessoas por equipe, deve ser levada em consideração a vulnerabilidade das famílias adscritas nesse território, visto que, quanto maior a vulnerabilidade precisará ser menor o número de pessoas atendidas por equipe; cada profissional de saúde deve ser cadastrado somente em uma ESF, e com carga horária de trabalho totalizando 40 horas semanais, ressalva apenas para o profissional médico, que poderá desempenhar sua função em, no máximo, duas ESF (BRASIL, 2012).

Uma equipe de Estratégia Saúde da Família deve ser constituída, no mínimo, por: um médico generalista ou de família; um enfermeiro; um ou dois auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Outros profissionais de nível superior vêm sendo inseridos às equipes, pela importância da abordagem multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2009f).

A atenção na ESF é direcionada à família de um determinado território social. Propõe-se, além disso, uma modificação na disposição das atividades, que precisam ser estabelecida sustentada nas tarefas em grupo, tendendo a métodos igualmente resolutivos e completos, adotando como linha condutora a vigilância em saúde. Esta é concebida para a recondução da lógica assistencial, da qual necessita ir além de estratégias direcionadas ao individual, dirigindo-se, para a utilização da epidemiologia nas atuações coletivas (SANTOS 2006; SANTOS et al 2007).

Assim, O ACS é um profissional cujas diretrizes laborais estão descritas pelo decreto nº 3.189 de 1999, tem como atribuições: realizar ações preventivas no combate a doenças e de promoção a saúde, a partir de atividades educativas singulares e coletivas, tanto nos domicílios e na comunidade, de acordo com sua área de atuação (BRASIL, 1999).

Conforme o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde até janeiro de 2015 o Brasil contava com 269.868 ACS, correspondendo a uma cobertura populacional estimada de 66,35% de pessoas acompanhadas pelo ACS em todo o território nacional (base de cálculo: 575 pessoas por agente), desses 45,3% pelas ESF (base de cálculo: 3.450 pessoas por equipe) (BRASIL, 2015a).

Os municípios, primeiramente, seguiram distintas formas para ingresso e contratação dos ACS. Percebeu-se que, algumas destas maneiras, não levavam em consideração a consolidação das leis trabalhistas e, por conseguinte os direitos

trabalhistas conquistados na Constituição Federal de 1988. Assim, os ACS tiveram regulamentada a profissão, que foi estabelecida pela Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002.

O ACS deve fazer parte da própria comunidade onde trabalha e precisa comprovar residência fixa há pelo menos dois (02) anos, ser entendedor do contexto real em que está inserido, sendo considerado como valores importantes, a solidariedade e a liderança, para profissionais como os ACS que trabalham com adscrição de famílias em território geograficamente definido (BRASIL, 2000).

De acordo com o MS, são também consideradas atribuições dos ACS: avaliar as dificuldades e potencialidades da comunidade; atuar nas atividades de controle de enfermidades e agravos; promoção e proteção da saúde; ser membro ativo nas reuniões comunitárias e da equipe de saúde. São ferramentas de trabalho do ACS: a visita nos domicílios, a entrevista, o cadastramento das famílias, o mapa do território e as reuniões comunitárias (PNAB, 2011).

Nas pesquisas de (Nunes et al, 2002; Pedrosa e Telles, 2001; Mendonça, 2004; Gomes et al, 2011; Cazola, 2011) sobre o Agente Comunitário de Saúde com abordagem que definem como o “elo” em meio ao senso científicos e ao senso comum, assim como é uma “ponte” dentre uma transformação almejada no modelo de assistência à saúde.

Descrevem ainda o ACS como o profissional responsável pelo elo entre os serviços de saúde e a população da área adscrita. Está em sua responsabilidade conhecer e acompanhar os comunitários em perspectiva integral, considerando os fatores preponderantes à ocorrência do desenvolvimento de saúde ou doença, por meio de sua inserção no contato direto através das visitas domiciliares com as famílias em uma determinada área geográfica.

A identidade do ACS na comunidade e a relevância da sua função na sociedade o distinguem dos demais trabalhadores da área da saúde, principalmente por seu papel mediador entre os diversos atores envolvidos no processo da saúde (NOGUEIRA et al 2000). Para Nunes et al (2002), essa disposição estratégica os colocam de maneira distinta na implantação, implementação e consolidação de uma nova proposta de modelo de saúde.

O ACS atua como facilitador do acesso aos serviços de saúde, portanto torna-se imprescindível conhecer a atuação deste profissional, bem como sua formação e as dificuldades encontradas em seu agir educativo com a comunidade. Através do conhecimento obtido pela pesquisa em questão, novos saberes científicos poderão ser formulados com o intuito de melhorar a atuação do ACS junto a comunidade.

Para Gondim, (2007) o senso comum, pode ser percebido por meio de vários costumes como a utilização de chás com fins terapêuticos, culinárias, crenças dentre outros, que estão inseridos culturalmente de forma coletivo, o senso comum nasce de forma empírica, a partir do “fazer”, que são transmitidos de geração em geração, especialmente por meio da linguagem oral, de gestos e atitudes.

Os saberes populares são compreendidos como uma junção de conhecimentos feitos por pequenos e diversos grupos familiares e comunidades, sendo construídas por experiências ou em crenças e superstições, repassados de indivíduo para outro, deste modo este saber permite ao grupo viver melhor (XAVIER; FLÔR, 2015).

O saber científico é aquele que é comprovado, que sofreu diversos experimentos, testes até ser aceito pela comunidade científica, assim, sendo um conhecimento de caráter racional, regido por procedimentos e técnicas científicas, sem interferência da subjetividade, baseado e provado a partir de experiências, observação e experimentos (KOVALSKI; OBARA; FIGUEIREDO, 2010).

Segundo Santos (2008) o conhecimento científico é atualmente a configuração oficialmente privilegiada de conhecimento e seu valor para a sociedade não apresenta contestação.

A educação em saúde é conceituada por Gazzinelli et al (2006), como um processo que une o conhecimento dos sujeitos inclusos a partir da apreciação das informações científicas e populares, considerando que ambos são importantes na construção de saberes e práticas em saúde, visto que, promovem aos envolvidos um olhar mais crítico, bem como maior autonomia e participação frente aos cuidados de saúde no cotidiano.

Segundo Alves (2005) educação em saúde é uma ferramenta de trabalho, utilizada por profissionais da área de saúde para atuarem no dia-a-dia da população, a partir do conhecimento científico. Contudo, para a construção de um conhecimento de qualidade, devem ser priorizadas as práticas que respeitem as diferenças dos indivíduos

envolvidos, tornando a educação em saúde uma verdadeira ferramenta de aprendizado, no intuito de sensibilizá-los sobre os hábitos positivos e negativos para a sua saúde.

A educação em saúde vem caminhando de mãos dadas com a construção de um cuidar mais qualificadas e enfatizando o indivíduo também como promotor de sua saúde, incentivando a adquirir conhecimentos e a empoderar-se para o autocuidado consciente e de qualidade (WAGNER, 1998).

A educação é um conjunto de atividades que propicia ao sujeito emancipação, diálogo, reflexão e problematização, bem como a reciprocidade no processo ensino aprendizagem, logo ela pode colaborar para a difusão de uma concepção e o enfoque na saúde em um sentido mais abrangente.

Segundo Freire (1979) a educação encontra-se baseada na capacidade criadora e de instigação de atividades e ponderações válidas sobre cenários reais, replicando assim a busca de modificações criadoras.

De acordo com Henriques et al (2004) a educação em saúde, de forma integrada, abrange a capacidade do saber-fazer dos profissionais nas mais diferentes áreas do conhecimento, bem como de professores, gestores e usuários dos serviços de saúde, ou seja, preparar as pessoas que cuidam de pessoas.

De tal modo, compartilha-se a ideia que a área da saúde não é exclusiva de qualquer profissão, partindo do pressuposto de que o ato de cuidar se constrói de saber realizar uma escuta sensível, de acolher, de conversação e inclusão da bioética reflexiva, entre os distintos atores envolvidos no cuidar.

No âmbito da saúde, a Educação em Saúde (ES) apresenta-se intrínseca ao desempenho do exercício da equipe multiprofissional da saúde, visto que, a ES se configura como ação básica de saúde e ferramenta de mudança da sociedade (SMEKE et al 2001).

Segundo Brasil (2007), se faz necessário a ampliação de ações educativas em saúde em um aspecto dialógico, emancipador, participativo e que colabore para a autonomia do usuário dos serviços de saúde. É preciso considerar à sua condição de ator envolvido no processo de protagonismo de direitos e autor de sua direção no que tange a saúde e a doença.

A educação em saúde é idealizada como metodologia teórica e prática, que procura agregar conhecimentos dos diversos atores envolvidos por meio da valorização

do saber científico e do senso comum, considerando que são de suma importância na ampliação do aprendizado em saúde, visto que, uma visão crítico-reflexiva, assim como maior autonomia e informação frente à saúde no seu dia-dia (GAZZINELLI et al 2006).

Freire (2002) nos assegura que o educador que age a partir de um ponto de vista progressista, necessita perceber que instruir não é meramente transferir conhecimento, mas sim instituir as probabilidades para a sua construção.

Para Schier (2004), quando a ES é realizada de forma dialógica, de forma contínua com integração entre teoria e prática, desperta as pessoas ao ponderar e mudar a realidade vivenciada. A partir desta compreensão, torna-se possível ampliar as conexões indispensáveis entre educação e saúde, valorizando sempre o conhecimento prévio e os saberes dos distintos atores envolvidos.

Para que a ES tenha influência significativa no processo saúde-doença, e para constituir uma atividade educativa satisfatória, com resultados positivos, torna-se necessário conhecer a realidade do público-alvo de uma atividade educativa, bem como seus potenciais, suas fragilidades e suscetibilidades.

De acordo com estudos de Alves (2005) e Martins (2007) a educação em saúde pode acontecer convencionalmente e ampliada nos ambientes dos serviços de saúde, como a prática de palestras e distribuição de folders, cartilhas, bem como pode advir de maneira mais informal, ampliada nas ações de saúde do dia-a-dia. Desta forma, os ACS sob a supervisão de um enfermeiro podem utilizar essa ferramenta para fazer a ES com as grávidas, no dia da consulta pré-natal e nas visitas domiciliares, com o objetivo de gerar acréscimo do conhecimento e, desta forma, melhorar a saúde das pessoas inseridas neste processo.

O ACS, enquanto educador em saúde deve conhecer e empoderar-se de elementos que beneficiem o educar em saúde, logo se faz indispensável o protagonismo dos indivíduos e situações de saúde, para as quais, se destinam as atividades de saúde, como as grávidas, compreendendo suas crenças, costumes, hábitos, e as condições em que estão inseridas e, daí por diante desenvolver ações, que correspondam ao cotidiano, visto que, somente com a participação comunitária e corresponsabilidade, torna-se plausível garantir a sustentabilidade e efetividade das ações educativas em saúde (BRASIL, 2007).

A ação de educar em saúde não deve ser apreendida como mera transferência de conhecimentos, de forma a desconhecer e não valorizar o meio socioeconômico e cultural em que as pessoas estão inseridas.

Em saúde, os ACS tornam-se indispensáveis à atenção primária com uma visão ampla, permitindo um desempenho mais vasto perante o processo saúde-doença. Torna-se indispensável que os profissionais da área da saúde mais especificamente os ACS, que estão mais próximos dos clientes, como as grávidas e puérperas, e que tem, conseqüentemente, uma relação direta e mais contemporizada com essas, agir de forma a contribuir com a melhoria dos fatores biopsicossociais e culturais dessas grávidas, cooperando para a transformação de condutas nocivas a sua saúde e desenvolvendo uma visão mais crítica diante de sua realidade.

Em relação a um componente indispensável da ESF, que estabelece um vínculo íntimo com a comunidade e ligação dos serviços de saúde com a população encontra-se o Agente Comunitário de Saúde (ACS), que por fazer parte da comunidade em que trabalha conhece melhor as necessidades da população, pois compartilha um mesmo contexto social, cultural e linguístico, desta forma, está apto a lutar pelos direitos dos comunitários (PUPIN; CARDOSO, 2008).

No estudo de Pedrosa e Teles (2001) nos resultados e discussão de um estudo concretizado no Estado do Piauí, versam que os ACS - são referências na comunidade e atuantes em movimentos sociais, porém, alteravam sua postura interpessoal junto aos comunitários quando estes se tornavam ACS do local.

Assim, é importante destacar que segundo o estudo acima, a partir de então essa postura acontecia conforme as normas estabelecidas e nos objetivos de produção e sinalizam ainda a preocupação de que nesse elo entre serviço de saúde e os usuários, os ACS espelhem condutas enraizadas em trocas de benefícios e acessos mais agilizados (BRASIL, 2000).

Segundo Brasil (2001) o conceito de saúde abordado junto aos treinamentos para os ACS é vasto, contendo demandas alistadas como alimentação e nutrição, direito a moradia, Trabalho, educação, lazer, cultura, ambiente, posse da terra, participação popular, dentre outros fatores.

Vygotsky (1998) ressalta o valor do ambiente sociocultural e a sua influencia na construção do conhecimento. Há uma influencia lógica do homem com o meio

ambiente que está inserido, e que os dois se transformam. Diante disso, entendemos que o conhecimento é resultado da influência mútua entre os indivíduos e de seu intercâmbio na coletividade, visto que, apresentam características peculiares. E reafirma ainda que, o mediador apresenta os desafios e auxilia em suas resoluções.

## CONCLUSÃO

É consenso nos estudos à relevância da função de ACS na mediação entre conhecimento científico e popular, constituindo também o seu importante papel de educador popular nas orientações a comunidade, assim como na educação em saúde junto à população assistida.

A abordagem interdisciplinar do estudo pode ser evidenciada em importantes aspectos, dentre eles junção de conhecimentos de diversas ciências e de seus métodos de estudo necessários para a construção dos estudos, como a ciências da saúde, antropologia social e política, meio ambiente.

Acredita-se ser importante um trabalho contínuo com olhar para a interdisciplinaridade da atuação do ACS visto a grande influência gerada por estes profissionais junto à comunidade. Ademais, destaca-se o estabelecimento do vínculo de confiabilidade por parte da comunidade, tornando-se este fator natural e evidenciado para uma melhor adesão às orientações, tornando-se relevante ainda que os ACS recebam cursos de qualificação profissional para melhor desempenhar a educação em saúde e para que esta ocorra de forma satisfatória torna-se indispensável que todos os atores envolvidos no processo saúde-doença sejam corresponsáveis dos cuidados em saúde.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Seção II. DA SAÚDE. Disponível em

[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/constituicao\\_saude\\_.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/constituicao_saude_.pdf). Acesso em: 10 junho. 2016.

BRASIL. Lei no. 8.080 (**Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**) 1990.

Brasil. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (**dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**) 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2011. (Série E. Legislação em Saúde).

CUNHA, A.P. **O emprego das plantas aromáticas desde as antigas civilizações até ao presente** (2007). Disponível em: <http://antoniopcunha.com.sapo.pt/>. Acesso em: 19 Junho. 2016.

CAZOLA, L. H. de O. **Atuação do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família e no Programa de Controle da Dengue: experiências de dois Municípios brasileiros de pequeno porte**. Campo Grande: Tese de doutorado, 2011.

FERREIRA, Vitória Solange Coelho, Cristina Setenta Andrade, et al. Community health agents' work process and restructuring. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.4, p.898-906. 2009.

FONSECA, A. F. & Mendonça, M. H. M. (2014). A interação entre avaliação e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde: subsídios para pensar sobre o trabalho educativo. **Saúde debate**, 38(especial), 343-357.

GAZZINELLI, Maria Flávia; et.al: **Educação em saúde: teoria, método e imaginação**. Belo Horizonte: UFMG, 2006.

GOMES, A. L., Neto, P. J. L., Silva., V. L. A., & Silva E. F. (2011). O elo entre o processo e a organização do trabalho e a saúde mental do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família no Município de João Pessoa-Paraíba – Brasil. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, 15(3), 265-276.

GONDIM, M. S. C. A inter-relação entre saberes científicos e saberes populares na escola: uma proposta interdisciplinar baseada em saberes das artesãs do Triângulo Mineiro. 2007. 174 f. **Dissertação** (Mestrado Profissionalizante em Ensino de Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciências, Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

HENRIQUES, R. L. M.; PINHEIROS, R. Integralidade na produção de serviços de saúde e as políticas de educação. **Jornal da Assoc. Bras. de Enf.**, v. 3, n. 1, p. 8, 2004.

KOVALSKI, Mara Luciane; OBARA, Ana Tiyome; FIGUEIREDO, Marcia Camilo. Diálogo dos saberes: o conhecimento científico e popular das plantas medicinais na escola. **VIII Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências-ENPEC. Campinas: SP-ABRAPEC**, 2011.

LAVOR, Antonio Carlile Holanda; LAVOR, Miria Campos; LAVOR, Ivan Campos. Agente comunitário de saúde: um novo profissional para novas necessidades da saúde. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 5, n. 1, 2013.

MARTINS, Carla Macedo. Educação e saúde. In: **Coleção educação profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007.

MARX, K. **O capital**. Livro 1, v. 1, 33. Ed, São Paulo: **Civilização brasileira**; 2014.

MENDES, E. V. A evolução histórica da atenção primária à saúde no Brasil. **Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza (CE): Escola de Saúde Pública do Ceará**, p. 23-9, 2002.

MENDONÇA, Maria Helena Matias. Profissionalização e regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2, n. 2, p. 353-365, 2004.

MELO M. B et al. Qualificação de agentes comunitários de saúde: instrumento de inclusão social. **Trabalho educação e saúde**, 7(3), 463-477, 2009.

MENDONÇA, Maria Helena Matias. Profissionalização e regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2, n. 2, p. 353-365, 2004.

MODESTO, Maria do Socorro Andrade et al. Avaliação de curso técnico de agente comunitário de saúde sob a ótica dos egressos. **Trabalho, educação e saúde**, v. 10, n. 3, p. 387-406, 2012.

MOROSINI, Márcia Valéria GC et al. O Agente Comunitário de Saúde no Âmbito das Políticas voltadas para a Atenção Básica: concepções do trabalho e da formação profissional. **O processo histórico do trabalho em saúde**, p. 189, 2007.

NOGUEIRA, Roberto Passos; SILVA, Frederico Barbosa da; RAMOS, Zuleide do Valle Oliveira. **Vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde**. Rio de Janeiro: IPEA, 2000.

NUNES, M. O, TRAD, L. B., ALMEIDA B. A., HOMEM C. R., MELO, M. C. I. C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Caderno de Saúde Pública**, 18(6), 1639-1646, 2002.

PARREIRAS PC, MARTINS T Jr. A proposta político-pedagógica da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. **SANARE** 2004, janeiro-março; 5(1): 21-32.

PEREIRA, Iara Cristina; DE CAMPOS OLIVEIRA, Maria Amélia. O trabalho do Agente Comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura/ **Revista brasileira de enfermagem**, v. 66, n. 3, p. 412, 2013.

PEDROSA JIS, TELES JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, 2001; 35 (3):303-311.

PUPIN, Viviane Milan et al. Agentes Comunitários de Saúde e os sentidos de “ser agente”. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 13, nº 2, p. 157-163, 2008.

SANTOS, L.P.G. S e FRACOLLI, L.A. O Agente Comunitário de Saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. São Paulo. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**, vol.44, nº. 1, Mar. 2010.

SOUZA HM. O PSF como indutor da institucionalização da avaliação na atenção básica. **Rev. Brasileira Saúde Família**, 2002 dezembro; (6): 10-5.

SMEKE, Elizabeth LM; OLIVEIRA, Nayara LS. Educação em saúde e concepções de sujeito. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: HUCITEC, p. 115-36, 2001.

STOTZ, Eduardo Navarro; DAVID, H. M. S. L.; WONG-UN, Júlio Alberto. Educação popular e saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social. **Rev. APS**, v. 8, nº. 1, p. 49-60, 2005.

VIEIRA, Luis Carlos Nunes; TITTONI, Jaqueline. Entre imagens e palavras: as Agentes Comunitárias de Saúde como artífices. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 10, nº. 1, p. 115-128, 2016.

WAGNER, Edward H. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? **Effective clinical practice: ECP**, v. 1, n. 1, p. 2-4, 1997.

XAVIER, P. M. A.; FLÔR, C. C. C. Saberes populares e educação científica: Um olhar a partir da literatura na área de ensino de ciências. **Revista Ensaio** - Belo Horizonte, v.17, n. 2, p. 308-328, maio-ago. 2015.

VIGOTSKI, LS. **Pensamento e Linguagem**. São Paulo: Martins Fontes; 1998.

**Recebido 20/3/2017. Aceito: 20/6/2017.**

#### **Sobre os autores e contato:**

Franciane de Paula Fernandes - Graduada em Enfermagem pela FIT. Mestre em Ensino em saúde pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Doutoranda do Programa de Pós-graduação Sociedade, Natureza e Desenvolvimento (PPGSND) da Universidade Federal do Oeste do Pará (PPGSND/UFOPA). E-mail: [francianepfernandes@hotmail.com](mailto:francianepfernandes@hotmail.com)

Delma Pessanha Neves - Graduação em Ciências Sociais pela Universidade Federal Fluminense (UFF), mestrado e doutorado em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Integra, como professor permanente, o corpo de docentes do Programa de Pós-graduação em Antropologia da Universidade Federal Fluminense. Docente colaboradora do Programa de Pós-graduação Doutorado em Sociedade, Natureza e Desenvolvimento (PPGSND) da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA). E-mail: [delmapneves@gmail.com](mailto:delmapneves@gmail.com)