

# Trabalho do Agente Comunitário de Saúde: a dimensão educativa da supervisão<sup>1</sup>

Carla Andréa Trapé<sup>2</sup>

Cássia Baldini Soares<sup>3</sup>

Ana Sylvia Whitaker Dalmaso<sup>4</sup>

**Resumo:** *Este estudo se propõe a examinar a dimensão educativa da supervisão como um dos instrumentos de organização do trabalho do agente comunitário de saúde. A depender da concepção de educação que ampara a supervisão, será facilitado ou dificultado o processo de internalização da legitimidade da posição do agente na divisão social do trabalho, promovendo a superação ou a reiteração da alienação. Agentes de diversos serviços atestam práticas educativas voltadas para a transmissão de informações técnicas; denunciam maior controle da produtividade do que dos conteúdos e estratégias que conformam as visitas domiciliares; e demandam formação orientada pela perspectiva de compreender o objeto da intervenção em saúde. Advoga-se a adoção de uma supervisão pautada numa concepção emancipatória de educação, que incentive a participação tanto no planejamento quanto na execução do trabalho, buscando dominar o objeto, os instrumentos e a finalidade do processo de trabalho e reafirmar o compromisso ético-político com a saúde.*

**Palavras-chave:** *Supervisão de enfermagem; trabalho; educação continuada; agente comunitário de saúde; Programa Saúde da Família*

---

<sup>1</sup> Estudo derivado de investigação que compôs dissertação de mestrado apresentada à Escola de Enfermagem da USP, de autoria de Carla Andréa Trapé.

<sup>2</sup> Enfermeira, Mestre em Enfermagem em Saúde Coletiva, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Email: [carlaens@usp.br](mailto:carlaens@usp.br)

<sup>3</sup> Professora Livre-Docente, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem da USP, Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, 05403-000, São Paulo, SP - Email: [cassiaso@usp.br](mailto:cassiaso@usp.br)

<sup>4</sup> Médica, Centro de Saúde Samuel Barnsley Pessoa, Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Email: [anaswd@usp.br](mailto:anaswd@usp.br). Endereço para correspondência: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, 05403-000, São Paulo, SP.

## **Introdução**

Desde a implantação da estratégia saúde da família, nas modalidades Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF), há uma preocupação dos gestores do SUS com o trabalho do agente comunitário de saúde (ACS), quer porque ele representa um novo sujeito na área – para o qual há que se definir as atribuições (BRASIL, 1997), a própria profissão (Lei n. 10.507/2002) e o perfil de competências (BRASIL, 2003) – quer porque é atribuída à atuação do ACS um papel relevante para a mudança do modelo assistencial, implementando ações de promoção da saúde e apoiando a participação social.

Além do que, o trabalho do ACS é marcado cotidianamente por fortes necessidades ético-políticas, cujo encaminhamento demanda formação sólida, porém o quadro geral de formação profissional dos ACS indica que o mais frequente é a capacitação em serviço, não havendo qualquer exigência em termos de formação profissional prévia (MOROSINI, 2010) e embora a formação técnica do ACS preveja longos cursos de formação tanto para a aquisição de competências técnicas quanto para a elevação de escolaridade (BRASIL, 2004), o Ministério da Saúde vem financiando apenas a primeira das três etapas do curso (MOROSINI, 2010).

Imbricada na formação e não menos fundamental está a discussão da supervisão do trabalho do ACS. Este artigo objetiva examinar a dimensão educativa da supervisão, como um dos instrumentos de organização do trabalho do ACS. Pauta-se em discussões e investigações que têm como contexto a cidade de São Paulo.

A primeira discussão sobre o trabalho do ACS na cidade de São Paulo realizou-se em 2004 por meio de um processo de oficinas a partir do qual se levantou as atividades mais frequentes externas e internas a UBS (Quadro 1).

Quadro 1 – Listagem de atividades desenvolvidas por ACS em São Paulo - Oficina de trabalho “Discutindo o trabalho do Agente Comunitário de Saúde na cidade de São Paulo” (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2004).

<b>Atividades externas a UBS</b>	<b>Atividades internas a UBS</b>
<p>Realiza ações de reconhecimento do território</p> <p>Cadastra famílias</p> <p>Faz visita domiciliar</p> <p>Orienta cuidados</p> <p>Desenvolve ações educativas e de lazer em espaços da comunidade</p> <p>Faz busca ativa de casos</p> <p>Identifica parceiros e apoios</p> <p>Preenche formulários para informações (cartão SUS, programa social, Zoonose)</p> <p>Participa de reuniões do Conselho Gestor</p> <p>Acompanha profissional da equipe de saúde em visita domiciliar</p> <p>Acompanha usuário (em consulta especializada, em ambulância, vai a enterro)</p> <p>Dá banho em pessoa acamada</p>	<p>Trabalha na recepção da unidade/ acolhimento da demanda espontânea</p> <p>Atende telefone</p> <p>Faz café, lanche, limpeza</p> <p>Marca consultas</p> <p>Organiza fluxo e fila; distribui senha</p> <p>Brinca com crianças de usuários que estão em consulta; organiza e cuida de brinquedoteca</p> <p>Promove festas e faz decoração da UBS</p> <p>Arquiva exames e prontuários</p> <p>Digita dados em fichas diversas</p> <p>Faz atividade educativa em sala de espera</p> <p>Faz cadastro para assistência social/ declaração para transporte público</p> <p>Faz controle de material</p>

	(almoxarifado) e de medicamentos Participa de reunião de equipe e de avaliação do trabalho
--	---

Nesse levantamento e debate foram detectados os seguintes aspectos relacionados com a organização do trabalho dos agentes comunitários de saúde: a) política diferenciada entre instituições parceiras quanto à formação, supervisão e salário; b) situações de desgaste e problemas trabalhistas; c) não integração entre o trabalho do ACS e o dos demais profissionais da equipe no acesso a informações e registro nos prontuários; d) controle do trabalho com maior ênfase na produtividade do que no conteúdo e qualidade do trabalho na visita domiciliar; e) dificuldades para participação em cursos e eventos -informação em tempo hábil e custeio (CHRISTÓFARO, 2004).

O processo também contribuiu para a discussão a respeito do perfil de competências do agente comunitário definido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), destacando-se os seguintes pontos (CHRISTÓFARO, 2004):

1. Objetivo e uso das informações: os dados coletados deveriam servir para planejar, atuar e avaliar.

2. Planejamento e avaliação: os ACS pouco participam.

3. Listagem extensa de conhecimentos a serem dominados.

4. As atividades do ACS consideradas não pertinentes, especialmente as internas à UBS, restringem a atuação dos agentes nas diferentes atividades de promoção da saúde, considerada um dos objetivos mais importantes do seu trabalho.

Os problemas identificados no trabalho do agente, como a proporção expressiva de atividades consideradas não pertinentes, foram relacionados pelos trabalhadores com a organização geral do trabalho na UBS e atribuídos à gerência.

A partir do relatório final das oficinas de trabalho pode-se identificar uma série de temas como necessários para serem

trabalhados em formação/supervisão, na gestão e como objeto de estudos (Quadro 2).

Quadro 2 – Listagem de temas identificados como de interesse para discussão em supervisão/formação na Oficina de trabalho “Discutindo o trabalho do Agente Comunitário de Saúde na cidade de São Paulo” (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2004).

Informação, registro e sigilo
Trabalho em equipe; ACS na equipe de saúde
Educação em saúde
Como fazer ações de promoção da saúde
Aspectos éticos no trabalho da equipe/ do trabalho do agente
Conhecer e usar bases de dados demográficos
Planejamento do trabalho e avaliação de resultados
Rede de serviços e instituições: reconhecer e integrar recursos
Trabalho comunitário e intersetorialidade
Participação social
Diversidade cultural, religiosa, cor e etnia
Desgaste no trabalho (associado a cargas de trabalho, atitude frequente de onipotência, com situações de vida e saúde muito difíceis/ ausência de recursos e direitos)

As atividades de reunião de equipe, previstas na agenda dos profissionais (uma hora por dia ou um período de quatro horas por semana) e consideradas espaços privilegiados para a supervisão do cotidiano do trabalho, nem sempre propiciam a participação, a articulação do trabalho do agente com outros atores e a autonomia de agentes comunitários. Um estudo constatou SANTOS (2005) que uma parte expressiva dos agentes em São Bernardo do Campo não leva informações para as equipes sobre necessidades da comunidade para serem discutidas e a maior parte não expõe suas opiniões na discussão da equipe. A autora levanta como hipótese explicativa para esses resultados que os agentes desenvolvem suas ações apenas reproduzindo o que é solicitado pelo serviço, com hipertrofia da abordagem

biomédica e provavelmente sentem-se subalternos dentro da equipe de saúde.

A partir dessas informações dos municípios de São Paulo e São Bernardo do Campo, cidades com rede ampliada de serviços de saúde e experiência na gestão de políticas sociais e recursos humanos, constata-se que o trabalho dos agentes comunitários e, portanto, a educação e a supervisão, apresentam muitos desafios. Na sequência destacam-se dois aspectos:

Apesar da valorização dos instrumentos de planejamento e avaliação, que poderiam subsidiar e demonstrar a mudança do modelo assistencial, diversos trabalhos têm apontado que, menos do que na proposta, o planejamento local não é uma prática preponderante nas UBS organizadas segundo a estratégia saúde da família e que, portanto, a supervisão não tem abraçado esse aspecto, tanto no que diz respeito ao trabalho dos agentes comunitários de saúde como dos outros trabalhadores da equipe.

Quanto à perspectiva da educação vigente, a lista extensa de conhecimentos necessários para atuação do agente, principalmente de base biológica e clínica, revela que a qualificação está baseada em uma concepção de educação como “ato de encher um vaso vazio”, em que o agente torna-se muito mais um objeto do que sujeito da prática, e na supervisão destaca-se sua faceta de controle do trabalho, articulada à ênfase na produtividade de visitas domiciliares.

Diante disso este estudo se propõe a examinar a dimensão educativa da supervisão como um dos instrumentos de organização do trabalho do agente comunitário de saúde a partir de depoimentos de agentes comunitários que trabalham em quatro UBS em São Paulo.

### **Considerações teóricas: Trabalho, Educação e Supervisão**

A compreensão da supervisão como instrumento de trabalho em saúde remete à divisão do trabalho no capitalismo, ou seja, à necessidade de integrar atividades cindidas pela divisão

técnica do trabalho e, portanto, apoiar a transformação do objeto no resultado almejado (SILVA, 1991).

A divisão do trabalho caracteriza-se pela separação do trabalhador de seus produtos e das condições de seu trabalho porque outro se apropria deles e determina essas condições (MARX, 1968). Ao separar-se de seus produtos, o trabalhador não tem o controle sobre o processo de trabalho e perde sua condição de hominização que se concretizaria justamente com a possibilidade de orientar sua ação imaginando/projetando um dado produto. Ao imprimir ao material o projeto de outro, subordina também sua vontade a de outrem (VÁZQUEZ, 1977). Em outras palavras, a divisão do trabalho em atividades parcelares tem a característica de dificultar a compreensão do conjunto do processo de trabalho, ou seja, da finalidade, do objeto a ser transformado e dos instrumentos utilizados pelos diversos trabalhadores empenhados na produção de um produto.

Voltando-se para a área da saúde esse referencial mostra-se pertinente uma vez que, como os demais processos de produção, o processo de produção em saúde comporta distintos processos de trabalho e, da mesma forma, reitera a clássica divisão social do trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1992). Dessa forma, dentre os trabalhadores em saúde também fica evidente a separação entre dirigentes e executantes.

Entre os trabalhadores de saúde, os agentes comunitários de saúde seriam os principais executantes das atividades consideradas mais simplificadas e manuais, sendo que a supervisão fica a cargo do médico e, principalmente, da enfermeira da equipe (SALUM, 2000/2001). Nessa direção, um estudo sobre supervisão no PSF aponta dificuldades no rompimento com a lógica da divisão social e técnica do trabalho: o médico assume na equipe muito mais uma postura de detentor dos meios de produção do que de assalariado, o mesmo ocorrendo com a enfermeira em relação aos trabalhadores de nível médio e elementar (MATUMOTO et al, 2005).

A partir de pesquisa bibliográfica acerca da supervisão em enfermagem (SILVA, 1991) revelou-se que esta é

compreendida como um instrumento de organização do trabalho atravessado por três características que lhe imprimem o seu caráter concreto: o ensino, notadamente técnico, bastante apontando nos trabalhos que tomam a supervisão por objeto; o controle, que garante a consecução do processo de trabalho na direção da finalidade estipulada pelo serviço de saúde; e finalmente a articulação política entre planejamento e execução. Pode-se dizer então que o que define o caráter da supervisão é uma dada concepção de educação que ela viabiliza, um certo tipo de monitoramento do trabalho que ela exerce e uma dada perspectiva de articulação ético-política entre os diversos interesses e concepções envolvidos.

Neste artigo, será principalmente discutida a dimensão educativa da supervisão. A conformação das sociedades ocidentais modernas, nas diferentes formas engendradas pela produção da economia e da cultura, mostra que a educação tem tido historicamente uma mesma direção: a de moldar técnica, social e ideologicamente os diferentes grupos sociais de trabalhadores para a produção de forma a atender as demandas do capital. Essa educação disciplinadora e adestradora para o trabalho, apoiada por uma supervisão normativa e estritamente técnica, é historicamente dominante no Brasil, ainda que mais recentemente homens de negócio venham defendendo uma formação e qualificações gerais, abstratas e polivalentes (FRIGOTTO, 2000).

A formação polivalente tem a finalidade de adequar os trabalhadores à redefinição do novo padrão de acumulação capitalista para o qual a organização de tipo fordista e taylorista (fragmentada e especializada) se mostra insuficiente, devido aos avanços tecnológicos (microeletrônica, informatização e robotização) e à conjuntura da globalização, já que, diante da organização atual, os sistemas são altamente integrados e a resolução de imprevistos exige que se tenha a visão do todo. Tal formação objetiva favorecer a capacidade dos futuros trabalhadores de abstrair e decidir, de modo a vencer os desafios do mercado e da concorrência intercapitalista, ao invés de lidar

com os desafios da realidade social e transformá-la (FRIGOTTO, 2000).

A meta assim, sob o domínio do capital, é garantir que cada indivíduo tome para si as metas de reprodução do sistema por meio da ‘ internalização’ (...) da legitimidade da posição que lhes foi atribuída na hierarquia social, juntamente com suas expectativas "adequadas" e as formas de conduta "certas", mais ou menos explicitamente estipuladas nesse terreno”, sem que para isso seja utilizado qualquer forma de violência física (MÉSZÁROS, 2005).

Não se trata aqui de defender um retrocesso tecnológico ou deter-se em pura resistência destituída de crítica. A contraposição à supervisão expropriadora do saber viria para submeter o controle do processo técnico ao controle democrático da esfera pública para concretizar a satisfação das necessidades humanas impedindo que a qualificação humana seja subordinada às leis do mercado e à sua adaptabilidade e funcionalidade (FRIGOTTO, 2000).

Nessa percepção da realidade histórica que tem no horizonte a ação política, o trabalho educativo desempenha papel importante, ao possibilitar que se transcenda o âmbito técnico, sem o negar, e alcance o político, configurando-se assim no âmbito técnico-político já que a *“competência técnica é mediação, isto quer dizer que ela está entre, no meio, no interior do compromisso político (...) [constituindo-se] em uma forma por meio das quais (sempre o conceito de mediação) se explicita e se realiza o compromisso político”* (SAVIANI, 2003).

Nessa perspectiva, a educação propiciaria o desenvolvimento da responsabilidade social e política e a capacidade de contestação da realidade por meio da passagem da consciência transitiva ingênua (que se crê superior aos fatos, dominando-os de fora) para a transitiva crítica que, inserindo o sujeito na realidade, fornece instrumentos para transformá-la (FREIRE, 2000).

Educação essa que caracterizaria uma supervisão emancipatória com capacidade de integrar as atividades

parcelares, ativando mecanismos de compreensão do processo de trabalho através da educação dos trabalhadores e monitorando se e como o trabalho está respondendo às necessidades dos diferentes grupos sociais.

Para tanto existe a necessidade de que a supervisão seja amparada por uma prática educativa de natureza problematizadora, que atue como instrumento de reflexão, buscando a construção do conhecimento e a resolução conjunta dos problemas como concluiu um estudo (REIS, HORTALE, 2004) que toma a supervisão como instrumento de gestão de programas de saúde, entre eles o PSF.

## **O Trabalho de Agentes Comunitários de Saúde e a Supervisão**

Para contextualizar o trabalho dos agentes comunitários e explicitar algumas características da supervisão, serão utilizados depoimentos desses trabalhadores. Essas falas conformam um conjunto de depoimentos obtidos a partir de grupos focais que objetivavam captar as características da prática educativa dos agentes compondo um estudo realizado (TRAPÉ, SOARES, 2007) em quatro Unidades Básicas de Saúde em São Paulo.

No presente trabalho serão discutidas as falas dos agentes relacionadas diretamente com a supervisão que recebem, tema ainda não abordado em trabalhos anteriores.

As falas estão identificadas de I a IV segundo as unidades básicas em que trabalhavam os agentes.

Um grande dilema enfrentado pelos agentes, considerados elos entre a comunidade e o sistema de saúde, é o de contemplar o âmbito técnico-político do seu trabalho, ou seja, conciliar o âmbito político - relacionado à organização da população e transformação das condições de trabalho, vida e saúde - com o âmbito mais técnico - voltado para as práticas assistenciais (SILVA, DALMASO, 2002). Esse dilema ocorre principalmente porque nenhuma das experiências em programas de saúde da família conseguiu fazer uma síntese entre esses dois

pólos, sendo que geralmente o pólo técnico recebe maior destaque, inclusive nas atividades de supervisão “[...] os programas de capacitação desses trabalhadores deve adotar uma ação educativa crítica capaz de referenciar-se na realidade das práticas e nas transformações políticas, tecnológicas e científicas relacionadas à saúde [...]” (SILVA, DALMASO, 2002).

O conflito que se estabelece na relação entre o âmbito técnico e o político repercute na identidade do ACS que se vê dividido entre a população da qual se originou e a instituição. “[...] a não definição de uma tecnologia adequada às necessidades e finalidades do trabalho contribui para esse permanente foco de tensão entre as dimensões da prática, e para a alternativa de se hipertrofiar aquela mais técnica, de localização institucional” (SILVA, DALMASO, 2002).

Nesse sentido, os ACS atribuem as dificuldades no desenvolvimento do processo de trabalho à falta de preparo/treinamento/capacitação na linguagem técnica da saúde. Assim, a capacitação que solicitam, para acumular conhecimento, hipertrofia a técnica; desejam apoderar-se mais de informações sobre saúde e de instrumentos clínicos e menos de meios políticos que lhes possibilite desenvolver/liderar discussões sobre o processo saúde-doença como processo social, abordando as desigualdades em saúde da perspectiva dos direitos sociais, e apoiando uma ação emancipatória.

Quando a gente é, quando a gente lê o protocolo do PSF, do agente comunitário e tudo mais, lá está escrito que você tem que receber uma educação, já foi falado no começo, uma educação continuada... Então aqui, o que aconteceu muito foi que essa educação é meio esquecida, assim, então entra naquela parte da informação que você não recebe. Se não recebe, como é que vai passar? Então, você tem que ser muito mais, muito autodidata, você vai procurando os caminhos. Vai procurando os meios. Porque quando você entra no programa, você ouve muitas siglas: siglas de doenças, siglas de medicamentos e você

fica meio que perdido, você não sabe... Você nunca ouviu aquilo, você não é uma enfermeira, não é um auxiliar, você não é um médico... O que é HA? Você fica: HA? Você vai descobrir isso com o tempo... Então às vezes falta é isso, falta você ter mais suporte educativo, como agente comunitário de saúde para você estar dando melhor atendimento e estar ensinando melhor a população (UBS III).

Na mesma direção está a valorização de capacitações que instrumentalizam pelo acesso a informações como “siglas” utilizadas na área da saúde, ficando o trabalhador mais potente devido à proximidade com informações que deveriam ser de domínio público, mas às quais a maioria da população não tem acesso, sendo de domínio apenas dos técnicos da saúde.

Vacinação também, a gente teve bastante coisa, como fazia orientação, tudo assim, o mais rápido e simplificado possível a gente teve. Têm coisas que a gente não esquece, eu por exemplo, não sabia, siglas, tal. (UBS II). [Para se educar é preciso ter] segurança, e saber o que a gente está falando... A gente aprendeu um pouquinho de diabetes, da hipertensão (...) [mas] nada assim, entrar numa sala e aprender, fazer exercícios, questionários para você ficar capacitado... (UBS I).

(...) a educação em saúde, ela é difícil e ela é importante, porque se você não tem o conhecimento como é que você vai passar? Na educação, como é que você vai ensinar? Como é que pega o bebê para mamar? Tem mãe que pega o bebê de um jeito diferente, o bebê não pega o bico da maneira certa, aí racha o bico, aí não sei o quê, aí passa lá meia hora mamando, aí ele cansa, ele dorme e [daí meia hora ele acorda]. Aí : ‘Tá vendo? O leite não sustenta”. Aí então ‘taca o Nan com engrossante para o bebê. Acho que é nesse aspecto é importante você, saber pra você passar [...] (UBS II)

O trabalho dos agentes da UBS IV, diferentemente do trabalho de agentes de outras UBS, é supervisionado constante e sistematicamente, uma vez que o caráter do serviço, que se constitui como um centro de saúde escola, demanda e viabiliza tal supervisão.

[...] o treinamento que a gente tem por aqui nenhum PSF por aí teve ... e é isso que os agentes de fora pedem. [...] porque eles não têm estrutura, eles não têm supervisão, eles não têm retaguarda. Eles que estão à frente de tudo em alguns postos de saúde por aí. A gente acha que está sempre em treinamento. O treinamento deles, o que foi? ... da Prefeitura ... foi um mês ... dois meses ... O da gente não, o da gente é diferente. A gente aprendeu muita coisa [...] porque em outra unidade a gente não teria essa visão, nunca. E nem teria essa compreensão se estivesse em outro posto de saúde ... No começo a gente fazia o cadastro e não sabia o que fazer. Fazia, entregava assim... E não sabia o que fazer. Hoje já está melhor... Porque a gente faz, conversa mais na casa. No começo não.” (UBS IV).

Mesmo assim, a partir de suas falas, pode-se verificar uma relativa valorização das capacitações como acúmulo de informações técnicas sobre saúde, adensando uma cultura técnica, em detrimento da qualificação para a discussão política. Novamente as possibilidades do trabalhador de transformar o objeto de trabalho são dadas pelo conhecimento instrumental e operacional, que se caracteriza pela decodificação de informações clínicas. O ângulo do objeto que se tem intenção de transformar ainda é recortado pela doença.

A gente aprende muito nas supervisões, em geral... Até doenças a gente aprende, porque às vezes a pessoa não sabe o que significa aquilo... que nem uma mãe que pega o resumo de alta do filho no hospital, um recém nascido, são um monte de siglas, então a pessoa não vai saber o que é aquilo, então a gente pode explicar para a mãe

como nasceu a criança dela ... Então isso é uma outra educação.... (UBS IV).

No próximo excerto o agente afirma que, com a supervisão, aprendeu a aceitar o fato da unidade de saúde não ter todos os recursos para atender as necessidades dos usuários. Assim, ao mesmo tempo em que os agentes buscam orientar a população para procurar o serviço em determinadas circunstâncias, este não consegue responder sempre à demanda, sendo então a finalidade da supervisão muitas vezes acomodar as angústias resultantes desse conflito ao invés de analisar os determinantes desta situação e buscar formas de modificá-la.

Eu aprendi a ter o freio de mão puxado, porque não começo a gente quer fazer, acontecer, não sei o quê... e aí não dá, porque primeiro, aqui não tem estrutura. Não adianta falar para o jovem: “Ó você tem relação sexual? (...) você usa camisinha? Então vai buscar no posto, aí aqui não tem”. Então, quer dizer, tem esse esbarre, que não tem verba, não tem verba...” (UBS I).

No entanto, em uma situação em que o agente não fosse levado a uma internalização maior do pólo institucional e técnico no seu trabalho, conformando-se à política de saúde vigente, mas pudesse explorar mais o pólo comunitário, apoiado por uma supervisão mais emancipatória, talvez se ouvisse depoimentos do tipo *“na supervisão pode-se reconhecer os limites do serviço para atender necessidades das pessoas e buscar formas de modificar a situação”*.

Por outro lado, atividades dos agentes como as visitas domiciliares podem ter um caráter de cuidado mais dialogado (AYRES, 2004) e a supervisão percebida como uma atividade que possibilita o desenvolvimento da escuta para as necessidades dos usuários, superando a concepção de educação disciplinadora - baseada na passagem de conhecimento entre alguém tomado como conhecedor de algo para outro tomado como ignorante de

algo. [...] Teve um caso de uma moça [...] ela era recém casada [...]. Aí ela ficou grávida, era uma moça que sempre tinha umas queixazinhas e tal... não sei o quê ... mas ela dizia que era porque era do interior, que não acostumava em São Paulo [...] Foi uma gravidez de mil interrogações[...]. Nasceu a menina, tudo, ... mas ela vinha muito aqui... desde a primeira semana, sempre tinha alguma coisa... não podia passar perto dela que ela tinha alguma coisa para trazer, né? [...] Mas depois eu entendi, essa não percebi no momento... era coisa psicológica. Porque aí, um belo dia, ela pegou tudo que ela tinha, colocou num caminhão, e quando o marido chegou ela já estava na casa dos pais. Voltou para o interior. E a vizinha me falou, que ela vivia muito mal... o relacionamento com ele, coisa de temperamento, ele a tratava mal [...]. Eu nunca imaginei que era uma coisa lá, entende, do relacionamento dela. [Na equipe] [...] a gente discutia a questão das doenças. “Por que essa moça tem tanta doença” a [enfermeira] falava: “Ela é insegura, ela está numa insegurança muito grande, ela veio do interior, agora está aqui em São Paulo, fica fechada, não sai... ele trabalha o dia inteiro, ela fica sozinha com a criança”. [Depois da supervisão] [...] eu acho que você já aprende, você já começa então a pensar que se alguém tiver... à toda hora [reclamando]..., cada reclamação você tem que ficar bem atento e dar uma abertura bem grande, que se a pessoa quiser falar... ela consiga falar (UBS II).

A experiência e a discussão do trabalho, conforme visto acima, vão dando ao agente novas formas de investigar e compreender os problemas e outras estratégias de atuação, propiciando uma ampliação da escuta e do objeto, uma vez que a supervisão colocou em evidência as formas de trabalhar e de viver que estavam na base das queixas.

Entretanto, verifica-se, de maneira geral, através dos depoimentos de agentes comunitários, que as supervisões não costumam tratar da discussão do objeto, instrumentos e finalidades do trabalho; desta forma, os agentes acabam por seguir as orientações dos outros membros da equipe que tomam como objeto, de maneira hegemônica, as necessidades recortadas

pelos problemas de saúde já instalados. Além disso, como executam uma parcela do trabalho recortada na sua forma mais simplificada, não conseguem compreender a totalidade do processo de trabalho em saúde.

A experiência dos agentes é necessária para conhecer a realidade, mas não revela seus fundamentos, que devem ser desenvolvidos através de um processo de teorização, possivelmente alcançável através de uma supervisão/qualificação que tome o trabalho como princípio educativo, desenvolvendo a reflexão crítica sobre a prática.

### **Considerações finais**

Como pôde ser verificado, existe uma tensão relativa no processo de trabalho do qual o agente comunitário de saúde participa e, por extensão, no trabalho de toda a equipe: se a sua atuação deve ser baseada no desenvolvimento de atividades educativas e no de exercício da cidadania, ela não pode ser tomada como simples e manual, pois, se o trabalho não exige necessariamente tecnologia material, nem por isso ele deixa de ser complexo. Ou seja, qualificação e supervisão devem ser orientadas por essa finalidade, baseadas em estratégias que apoiem a participação e criatividade, propiciando o domínio do objeto, dos instrumentos e da finalidade do processo de trabalho. Dessa forma, têm potencialidade para apoiar também a ampliação do objeto de intervenção, abarcando os determinantes do processo saúde-doença e não só os resultados, conforme se preconiza na área da saúde coletiva.

Considerando a necessária articulação entre os trabalhos dos diferentes membros da equipe de saúde, ganham destaque também na atividade assistencial clínica os aspectos educativos e os direitos sociais; por outro lado, nas reuniões de equipe e supervisão esses são aspectos a serem considerados e abordados. No entanto, a divisão técnica e social hegemônica do trabalho em saúde valoriza mais a matriz biológica e o conhecimento clínico, sistematizados na formação universitária, o que leva a uma

tensão nas relações e dificuldades para implantação dessa modalidade assistencial, ou, de uma outra forma, leva à omissão de agentes comunitários, que não conseguem captar necessidades ampliadas de saúde – e, portanto, não as trazem - e nem participam de discussão em equipe e ações de planejamento. Por outro lado, a alocação do agente comunitário para suprir necessidades do trabalho criadas dentro das UBS é prática corriqueira, desviando-o de suas funções prioritárias de participar do processo de modificação das condições de saúde nos domicílios e nos espaços do trabalho e da vida social.

Na perspectiva de superar a formação de trabalhadores apenas para os postos de trabalho, a supervisão/qualificação deve vincular os conteúdos ao contexto histórico e social, superando o modelo da educação formal que molda os sujeitos para executar tarefas (BIANCHETTI, 1996).

Para tanto, a supervisão/qualificação precisa incorporar o trabalho continuamente pensado a partir da teoria nos moldes da Escola Unitária proposta por Gramsci. Para Gramsci (MANARCORDA, 1990), não se pode preparar indivíduos para as atividades modernas, as quais se tornam complexas e com as quais a ciência se encontra tão intimamente entrelaçada, sem ter como base uma cultura geral formativa teórico-prática e política que qualifique profissionais capazes de alcançar a compreensão a respeito de sua inserção e de seu trabalho na sociedade, capazes de trabalhar com conhecimento técnico, de considerar as questões sociais, de articular o seu trabalho com outros trabalhos e movimentos e, ainda, capazes de orientar suas ações por condutas éticas que possam identificar e lidar com as necessidades específicas da realidade na qual atuam.

## **Referências**

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade** 2004; 13(3):16-29.

**BIANCHETTI, R.G. Modelo neoliberal e políticas educacionais.** São Paulo (SP): Cortez; 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Referencial Curricular para o Curso de Formação de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Perfil de competências profissionais do agente comunitário de saúde (ACS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.

**CHRISTÓFARO, M.A.C. Discutindo o trabalho do Agente Comunitário de Saúde na cidade de São Paulo.** Relatório Final. São Paulo (SP). Coordenação de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde, Escola Técnica do Sistema Único de Saúde; 2004.

**FREIRE, P. Educação como prática da liberdade.** São Paulo (SP): Paz e Terra; 2000.

**FRIGOTTO, G. Educação e a crise do capitalismo real.** São Paulo (SP): Cortez; 2000.

**MANACORDA, M.A. O princípio educativo em Gramsci.** Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1990.

**MARX, K. O capital: processo de trabalho e processo de produção de mais valia.** Rio de Janeiro (RJ): Civilização Brasileira; 1968.

MATUMOTO, S.; FORTUNA, C.M.; MISHIMA, S.M.; PEREIRA, M.J.B.; DOMINGOS, N.A.M. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da

produção de cuidados. *Interface – Comunic. Saúde Educação* 2005; 9(16): 9-24.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades.** São Paulo (SP): CEFOR; 1992.

MÉSZÁROS, I. **A educação para além do capital.** São Paulo (SP): Boitempo; 2005.

MOROSINI, MV. **Educação e trabalho em disputa no SUS: a políticas de formação dos agentes comunitário de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.

REIS, C. C. L.; HORTALE, V. A. Programa Saúde da Família: supervisão ou "convisão"? Estudo de caso em município de médio porte. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(2):492-501.

SALUM, M. J. L. A responsabilidade da universidade pública no processo institucional de renovação das práticas de saúde: questões sobre o Programa de Saúde da Família. *Revista de Atenção Primária à Saúde* 2000/2001; 7: 24-33.

SANTOS, L. P. G. **A atuação do agente comunitário de saúde em São Bernardo do Campo: possibilidades e limites para a promoção da saúde.** [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2005.

SAVIANI, D. **Pedagogia histórico-crítica.** Campinas (SP): Autores Associados; 2003.

SILVA, E. M. **Supervisão em enfermagem: análise crítica das publicações no Brasil dos anos 30 à década de 80.** [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1991.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de

formação de recursos humanos em saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** 2002; 6(10).

TRAPÉ, C.A.; SOARES, C.B. Educative practice of community health agents analyzed through the category of praxis. **Rev. Llatinoam. Enfermagem** 2007 janeiro; 15(1):142-149.

VÀZQUEZ, A. S. **Filosofia da práxis**. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 1977.

Recebido em 31/03/2011 e  
aceito em 24/05/2011

**Title:** *Work of Community Health Agent: the educational dimension of the supervision*

**Abstract:** *This study proposes to examine the educative dimension of supervision as one of the instruments of the community health agent work's organization. Depending on the conception of education that supports supervision, the process of internalization of the legitimacy of the position of the agent in the social division of work will be facilitated or made more difficult, promoting or diminishing alienation. Agents from different services: identify only education strategies for transmitting information; denounce their work participation executing rather than planning; and demand continuing education. This study advocates the adoption of a health supervision based on an emancipating conception of education. This approach will contribute to stimulate the participation of the health agents in the planning as well as execution of tasks; to dominate the object, the instruments and the purpose of the work process; and to reaffirm political commitment to health.*

**Keywords:** *Nursing; supervisory; work; education; continuing; community health agent; Family Health Program*