A DIMENSÃO EDUCATIVA DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: UM PERCURSO PELAS DIRETRIZES

*LA DIMENSIÓN EDUCATIVA DEL TRABAJO DEL AGENTE
COMUNITARIO DE SALUD: UN RECORRIDO
POR LAS DIRECTRICES*

*THE EDUCATIONAL DIMENSION OF THE WORK
OF THE COMMUNITY HEALTH AGENT:
A JOURNEY THROUGH THE GUIDELINES*

FRANCIKELY DA CUNHA BANDEIRA¹

LUIZ GONZAGA GONÇALVES²

¹Universidade Federal da Paraíba (UEPB), Paraíba/PB - Brasil

²Universidade Federal da Paraíba (UEPB), Paraíba/PB - Brasil

Subvenção: CAPES/FAPESQ

RESUMO O objetivo deste artigo é identificar a dimensão educativa do trabalho do Agente Comunitário de Saúde, a partir de um percurso pelos documentos que orientam as ações desse tipo de trabalhador genérico, buscando as referências à educação descritas nas atribuições e caracterização. Os Agentes atuam no Brasil como parte de uma política oficial de governo desde 1991, quando o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde foi institucionalizado pelo Ministério da Saúde, tendo sido incorporado ao Programa Saúde da Família em 1994. Os documentos pesquisados datam de 1991 a 2018, são eles: quatro manuais, uma Portaria (nº. 1.886/1997), um Decreto (nº. 3.189/1999), três Leis (nº. 10.507/2002, nº. 11.350/2006 e nº. 13.595/2018), um perfil de competências, três políticas Nacionais da Atenção Básica e um documento de revisão. Por meio da pesquisa documental, foi possível observar que a dimensão educativa está presente em todas as diretrizes, permitindo, no campo teórico, identificar o ACS como educador em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: DIMENSÃO EDUCATIVA; TRABALHO; AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.

RESUMEN El objetivo de este artículo es identificar la dimensión educativa del trabajo del Agente Comunitario de Salud a partir de un recorrido por los documentos que orientan las acciones de ese tipo de trabajador genérico buscando las referencias a la educación descritas en las atribuciones y caracterización. Los Agentes actúan en Brasil como parte de una política oficial de gobierno desde 1991 cuando el Programa Nacional de Agentes Comunitarios de Salud fue institucionalizado por el Ministerio de Salud habiendo sido incorporados al Programa Salud de la Familia en 1994. Los documentos investigados datan de 1991 a 2018, son ellos: cuatro manuales, una ordenanza (nº. 1.886/1997), un Decreto (nº. 3.189/1999), tres leyes (nº. 10.507/2002, nº. 11.350/2006 e nº. 13.595/2018), un Perfil de habilidades, tres Políticas Nacionales de la Atención Básica y un documento de revisión. Por medio de la investigación documental fue posible observar que la dimensión educativa está presente en todas las directrices permitiendo en el campo teórico identificar el ACS como educador en salud.

PALABRAS CLAVE: DIMENSIÓN EDUCATIVA; TRABAJO; AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD.

ABSTRACT The aim of this paper is to identify the educational dimension of the work of the Community Health Agent from a path through the documents that guide the actions of this type of generic worker seeking the references to education described in the attributions. The Agents operate in Brazil as part of an official government policy since 1991 when the National Program of Community Health Agents was institutionalized by the Ministry of Health and incorporated into the Family Health Program in 1994. The documents searched date from 1991 to 2018: four manuals, an ordinance (No. 1886/1997), a decree (No. 3189/1999), three laws (No. 10507/2002, No. 11350/2006 and No. 13595/ 2018), a competency profile, three National Primary Care policies and a review paper. Through the documentary research it was possible to observe that the educational dimension is present in all the guidelines allowing to identify in the theoretical field the ACS as a health educator.

KEYWORDS: EDUCATIONAL DIMENSION; WORK; COMMUNITY HEALTH AGENTS.

INTRODUÇÃO

O objetivo deste artigo é identificar a dimensão educativa do trabalho do Agente Comunitário de Saúde, a partir de um percurso por meio dos documentos elaborados para orientar as ações desse trabalhador. O percurso se concentrou na identificação das referências diretas à educação presentes nas atribuições e na caracterização dos Agentes. A pesquisa é parte constituinte da dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal da Paraíba¹ e foi motivada pelos ques-

¹ Dissertação intitulada “A dimensão educativa do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: nos passos dos ACS de Mari – PB”. A dissertação foi apresentada em 2017 e contém um capítulo no qual se discute a questão do viés educativo do trabalho do ACS. Os dados apresentados, bem como o levantamento documental, foram devidamente atualizados para este artigo.

tionamentos levantados na nossa experiência como Agente Comunitária por um período de mais de dez anos.

A categoria Agentes Comunitários de Saúde – ACS atua no primeiro nível de atenção à saúde desde 1991, quando o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde – PNACS – foi implantado oficialmente no Brasil pelo Ministério da Saúde e, em 1994, foi integrado ao Programa Saúde da Família – PSF. Contudo, o programa já existia desde a década de 1980 no Estado do Ceará, onde foi criado (SANTANA; CASTRO, 2016).

Atualmente, existem 285.144² Agentes presentes em todo território nacional. São trabalhadores exclusivos no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – e residem no local onde trabalham. Essas particularidades configuram o ACS como um tipo de trabalhador *sui generis* (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000).

O trabalho dos ACS é de fundamental importância para o funcionamento do SUS, uma vez que constitui a base da Atenção primária à saúde e constrói o vínculo entre as famílias e comunidades e as Unidades Básicas de Saúde – UBS. Trata-se de um trabalho que exige contato diário com as famílias, tendo como principal instrumento a visita domiciliar, por intermédio da qual é possível acompanhá-las e desenvolver ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças. Em parte, por se tratar de um trabalhador não especializado, suas ações se apoiam, predominantemente, na perspectiva educativa.

Para identificar essa perspectiva, foram analisados quatorze documentos (aqui denominados diretrizes) elaborados a partir de 1991.

O percurso pelas diretrizes procurou identificar, na descrição das atribuições dos ACS, a presença explícita de uma perspectiva educativa, entendida, neste trabalho, como as referências diretas à prática educativa.

CONFIGURAÇÕES METODOLÓGICAS

Trata-se de uma pesquisa documental com abordagem qualitativa, de viés exploratório, por pretender uma aproximação aos documentos, para examiná-los e tornar explícitos seus direcionamentos de cunho pedagógico. Neste estudo, consideramos como diretrizes um conjunto de documentos elaborados com vistas a orientações, a avaliações e a planejamentos das ações dos ACS, formulados a partir de 1991. A partir de um levantamento documental feito entre 2017 e 2019, foram identificados: quatro manuais datados de 1991, 1994, 2000 e 2009; a Portaria nº. 1.886/1997; o decreto nº. 3.189/1999; um documento de revisão intitulado “Programa de Agentes Comunitários de Saúde” de 2001; três Leis – a nº. 10.507/2002, a nº. 11.350/2006 e a nº. 13.595/2018; um perfil de competências de 2003; três Políticas Nacionais da Atenção Básica – a de 2006, a de 2012 e a de 2017. As Políticas são documentos que contêm uma série de medidas orientadoras planejadas e elaborados a partir de revisão da regulamentação e operacionalização vigentes para a Atenção Básica e referenciam todo seu funcionamento.

² Dados obtidos no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES, consultados em 15 de fevereiro de 2019.

O levantamento documental foi feito em momentos distintos, por meio de uma busca virtual, identificando os documentos oficiais referidos à categoria. Feito isso, foram organizados a partir da ordem cronológica. Como já dito, o exame das diretrizes atendeu à expectativa de identificar, na descrição das atribuições dos ACS, os lugares de uma perspectiva educativa.

A apresentação foi feita considerando essa ordem, por entendermos que o respeito a esta torna eficaz a demonstração da evolução das diretrizes. Buscamos, nesses documentos, a presença explícita da perspectiva educativa descrita nas atribuições e na caracterização dos ACS, observando variações de expressões formuladas a partir da palavra educação.

PERCORRENDO AS DIRETRIZES EM BUSCA DA DIMENSÃO EDUCATIVA

A partir de 1991, quando ocorreu a implantação do programa, uma série de manuais direcionados aos ACS começou a ser produzida. No percurso, voltamos a atenção, especialmente, para as referências explícitas às atribuições, por expressarem de forma direta aquilo que constitui o trabalho do ACS em si.

Identificamos quatro Manuais. O primeiro, data do mesmo ano da implantação e foi intitulado “Manual do Agente Comunitário de Saúde”. Nele, encontramos as primeiras diretrizes estabelecidas. A definição das atribuições dos ACS foi uma das preocupações da coordenação do Programa, segundo a qual as ações dos ACS deveriam se basear em três linhas de ação fundamentais, a saber: 1) fortalecimento da organização, valorização e desenvolvimento comunitário; 2) estreitamento do vínculo entre o sistema de saúde com a comunidade; 3) e, principalmente, de caráter educativo e preventivo (SOUZA, 2001, p. 104). Como desdobramento dessas linhas, diversas ações deveriam ser desenvolvidas, como:

Estimular a organização comunitária; Participar ativamente da vida comunitária; Fortalecer a relação entre os serviços de saúde e a comunidade; Incentivar o aleitamento materno; Acompanhar o desenvolvimento de crianças e garantir o controle da vacinação; Utilização da medicina popular; Promoção de ações de saneamento e melhoria do meio ambiente; Promoção da educação em saúde (IBIDEM, p. 104).

Essa sumária lista de atribuições foi destacada por oferecer uma breve noção de atividades típicas dos ACS. Podemos perceber que suas ações seguem diversas direções, sendo a educativa uma delas.

O segundo manual, cujo ano é 1994, foi intitulado “O trabalho do Agente Comunitário de Saúde” e caracteriza o ACS a partir da construção de um diálogo entre um membro de comunidade e um supervisor do Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS. Do diálogo destacamos uma pergunta, bem como, a resposta dada:

O que é o agente comunitário de saúde? Ele é um morador da própria comunidade, que foi selecionado através de prova escrita, entrevista individual e coletiva [...]. Servindo de elo de ligação entre a comunidade e os Serviços de Saúde, ele auxilia as pessoas e os serviços na promoção e proteção de saúde; identifi-

cação de situações de risco individual e coletivo; Educação para a conquista em saúde (BRASIL, 1994, p. 25, 26).

Na discussão sobre o trabalho com a comunidade, afirma-se que “[...] a ação educativa é a alma do trabalho do Agente Comunitário de Saúde e através dela o agente partilha o seu saber e também vai aprendendo com as pessoas” (BRASIL, 1994, p. 73). As atividades se realizam mediante uma relação de troca de saberes que se constituem espaços de conhecimento pessoal, interpessoal e social.

A Portaria nº. 1.886, de 18 dezembro de 1997, aprovou as Normas e Diretrizes do PACS e PSF, instituídas em 1994. A portaria regulamentou a implantação e a operacionalização dos Programas. O destaque aqui decorre das diretrizes operacionais, por fazerem referência direta às atividades dos ACS. Entre as diretrizes operacionais do programa para os ACS, destacamos a seguinte: “O Agente Comunitário de Saúde deve desenvolver atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, através de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na Comunidade [...]” (BRASIL, 1997, p. 5).

Como desdobramento das diretrizes operacionais, o documento apresenta as atribuições básicas dos ACS, descritas principalmente em torno dos eixos promoção e prevenção:

[...] realização de ações educativas para a prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama; realização de ações educativas sobre métodos de planejamento familiar; realização de ações educativas referentes ao climatério; realização de atividades de educação nutricional nas famílias e na comunidade; realização de atividades de educação em saúde bucal na família, com ênfase no grupo infantil, [...] realização de ações educativas para preservação do meio ambiente (BRASIL, 1997, p. 6-7).

O Decreto nº. 3.189, de 4 de outubro de 1999, fixou as diretrizes para o exercício da atividade de ACS. O documento é composto por cinco artigos, dos quais, aqui, destacamos dois: o primeiro, no qual é afirmado caber ao ACS atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e também na comunidade; e o segundo que é dedicado a detalhar, em sete incisos, as atividades consideradas próprias do ACS em sua área de atuação, entre elas, citamos as seguintes:

II – executar atividades de educação para a saúde individual e coletiva; IV – estimular a participação da comunidade nas políticas públicas como estratégia da conquista de qualidade de vida; VI – participar ou promover ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas públicas que promovam a qualidade de vida (BRASIL, 1999, p. 1).

Em tese, esses incisos apontam para o conceito de intersetorialidade, isto é, uma forma de trabalho cujo objetivo é superar a fragmentação do conhecimento e da dinâmica social, entendendo que essa superação permite um melhor alcance dos objetivos pretendidos (WARSCHAUER; CARVALHO, 2014), nesse caso, melhor qualidade de vida.

Seguindo a linha do tempo, recuperando a sequência de publicação de manuais, temos a terceira edição em 2000. Desse material faremos dois destaques, um primeiro que trata da visita domiciliar como atividade central, sendo ela própria ferramenta para outras atividades:

A visita domiciliar é uma das atividades mais importantes do agente comunitário de saúde. É através dela que ele vai poder fazer o cadastramento e o acompanhamento das famílias e, principalmente, o trabalho educativo orientando as pessoas como evitar as doenças e cuidar melhor da saúde (BRASIL, 2000, p. 66).

A forma como a visita domiciliar é realizada é chave para o alcance dos objetivos pretendidos pelos ACS. Como instrumento, dependendo da forma como é planejada e se desenvolve, pode ou não ser facilitadora, assim como pode ser um espaço de diálogo ou de transmissão de informações, apenas.

O segundo destaque é a promoção da saúde como prática que o ACS está apto a realizar: “[...] você é o agente que trabalha com promoção e prevenção da saúde na atenção básica [...]” (BRASIL, 2000, p. 16). Promoção, prevenção, tratamento e reabilitação são quatro tipos de serviço que compõem um quadro de atendimento à população. A condição de não especialista do ACS, o direciona para os dois primeiros tipos de práticas, embora possa participar dos processos de tratamento e de reabilitação a partir de uma rotina de acompanhamento._

Em 2001, quando o Programa completou uma década, o Ministério da Saúde publicou um documento cujo título é o mesmo nome do Programa e, dele, fez uma breve avaliação. Da apresentação do documento, destacamos uma referência direta ao que o ACS deve realizar: “[...] desenvolverá atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade [...]” (BRASIL, 2001, p. 5). Na descrição das atribuições, são apresentados dezoito pontos, entre os quais, quatro identificam a prática educativa:

Realizar ações educativas para a prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama; realizar ações educativas referentes ao climatério; realizar atividades de educação nutricional nas famílias e na comunidade; realizar atividades de educação em saúde bucal na família, com ênfase no grupo infantil (BRASIL, 2001, p. 6).

Esse documento é uma importante referência para o Programa, por ser, como já citado, um marco avaliativo de uma década. Apresenta uma série de quadros com números que expressam os bons resultados do Programa. Para se ter ideia, de 1994 a 1999 o número de ACS mais que triplicou, passando de 29.098 para 118.960 agentes.

Em 2002, a Lei nº 10.507, publicada em 11 de julho, criou a profissão Agente Comunitário de Saúde. Essa lei não faz menção direta à educação, no entanto, o artigo 2º relata que a profissão se caracteriza “[...] pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas

[...]” (BRASIL, 2002a, p. 1). Diante da condição de não especialista do ACS, fica sugerido que as “ações” domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas são desenvolvidas num sentido de troca de saberes e informações.

Após ter criado a profissão, o Ministério da Saúde lançou, em outubro de 2003, em versão preliminar, o documento intitulado “Perfil de Competências Profissionais dos Agentes Comunitários de Saúde”. O documento analisou e (re)interpretou as atribuições dos ACS a partir da Portaria nº. 1.886/97, identificando cinco eixos que estruturam seu trabalho, expressos em cinco competências acerca de diferentes dimensões da realidade, e orientam o trabalho dos ACS. Em síntese são elas: desenvolver ações integrativas, participar do planejamento e da avaliação das ações em equipe, desenvolver ações de promoção e prevenção através de ações educativas, desenvolver ações de prevenção e monitoramento de situações de risco e desenvolver ações de prevenção e monitoramento para grupos e doenças específicas. É importante frisar que as competências não têm sentido em si mesmas, de modo que sua compreensão só se torna possível a partir das habilidades e conhecimentos que têm o papel de dimensionar a ação (BRASIL, 2003).

Desse documento, realizamos três destaques que apontam diretamente para a questão da educação. O primeiro se refere aos elementos introdutórios, quando se descreve a profissão: “O Agente Comunitário de Saúde integra as equipes do PACS e PSF, realiza atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas em saúde nos domicílios e coletividade [...]” (BRASIL, 2003, p. 10). Em 2002, quando a profissão foi criada, o esforço de síntese a respeito do perfil do ACS aparece nessa descrição, ressaltando, por definição, seu papel de educador, embora não esclareça uma direção para essa ação educacional.

O segundo destaque diz respeito à contextualização do conceito de competências para os ACS. Aqui é importante demarcar o que se entende por competência, partindo do princípio de que a competência profissional dos trabalhadores em saúde é um importante elemento para que os serviços nessa área sejam qualificados. Para Zafiran (1999 *apud* BRASIL, 2003), trata-se da capacidade para o enfrentamento de situações e acontecimentos de acordo com uma inteligência prática e, sendo uma competência profissional, deve ser necessariamente compreendida a partir da relação entre educação e trabalho. Não se trata de um conjunto de regras a ser posto em prática, ao contrário, é conquistar uma capacidade de ação diante de situações diversas, previsíveis ou não, que muitas vezes testarão o conjunto de saberes específicos do profissional.

Essa concepção se expressa nas quatro dimensões propostas pela Organização das Ações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO (DELORS et al., 1996) – para o século XXI, incorporadas pelo sentido de competência: saber-conhecer, saber-ser, saber-fazer e saber-conviver (BRASIL, 2003). Diante disso, é preciso ter claro que, conforme afirma Vasconcelos (2013, p. 116): “[...] é impossível um agir profissional prescritivo e orientado apenas por um saber técnico, por mais que seja aprimorado”.

Na descrição operacional das competências, há uma referência à educação popular em saúde que corrobora com essa perspectiva:

[...] um perfil profissional que concentra atividades na promoção da saúde, seja pela prevenção de doenças, seja pela mobilização de recursos e práticas sociais de promoção da vida e cidadania ou mesmo pela orientação de indivíduos, grupos e populações com características de educação popular em saúde [...] (BRASIL, 2003, p. 14).

Na Educação Popular em Saúde, faz-se necessário valorizar os saberes dos sujeitos envolvidos na ação, contribuindo para o protagonismo desses sujeitos (VASCONCELOS, 2013). Nesse sentido, entendemos que, promover saúde e prevenir doenças implicam uma compreensão alargada do conceito tradicional de saúde, conforme será abordado adiante.

No que se refere, diretamente, às competências, observamos a terceira que enfatiza a dimensão educativa, segundo a qual, cabe ao ACS:

Desenvolver ações de promoção da saúde por meio de atividades educativas, do estímulo à participação social e do trabalho intersetorial, visando à melhoria da qualidade de vida da população, a gestão social das políticas públicas de saúde e o exercício do controle da sociedade sobre o setor da saúde (BRASIL, 2003, p. 20).

Conforme já mencionado, cada uma das competências exige um conjunto de habilidades e conhecimentos necessários para a efetivação das ações que lhe são complementares. As habilidades correspondem ao saber-fazer, ao saber-conhecer, aos quais se agregam o saber-ser, que corresponde à orientação em relação a toda tomada de atitude, e o saber-conviver, cuja correspondência se dá com a dimensão das experiências coletivas.

Assim, no que se refere às habilidades necessárias, para desenvolver as ações citadas é preciso que o ACS seja hábil em “Propiciar a reflexão acerca dos problemas de saúde junto aos indivíduos, grupos sociais e coletividades de acordo com as características sócio culturais locais” (BRASIL, 2003, p. 20). É preciso também que ele detenha determinados conhecimentos, como “Formas de aprender e ensinar em educação popular; Cultura popular: formas, manifestações e sua relação com os processos educativos” (IBIDEM, p. 22). Significa dizer que para que o enfrentamento de situações e de acontecimentos seja possível, é necessário que haja mediações teórico-práticas.

Na ordem dos documentos, chegamos à primeira edição da uma Política Nacional da Atenção Básica – PNAB, aprovada pela portaria nº. 648/2006, de 28 de março. Na referência feita às atribuições específicas de cada categoria profissional, destacamos os itens II e VI sobre os ACS:

[...] estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e à prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas [...] (BRASIL, 2006a, p. 20).

Ainda, em 2006, foi publicada a Lei nº. 11.350, revogando a Lei nº. 10.507 e passando a reger as atividades dos ACS. De forma resumida, aquela lei apresenta as atribuições dos ACS em seu artigo 3º, do qual citamos três incisos:

II – a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva; IV – o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde; e VI – a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida (BRASIL, 2006b, p. 1).

Em 2009, foi publicado o quarto manual intitulado “O trabalho do Agente Comunitário de Saúde”, que, embora revisado, segue os mesmos eixos de conteúdo, com algumas diferenças na forma de organização e de abordagens. O trabalho educativo é reafirmado numa perspectiva de troca de conhecimentos, destacando a tendência freireana:

Segundo o educador Paulo Freire, ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou sua construção. [...] O enfoque educativo é um dos elementos fundamentais na qualidade da atenção prestada em saúde [...] Educar é um processo de construção permanente (BRASIL, 2009, p. 50).

A referência a Freire indica determinada perspectiva educativa. Considerando a proposta pedagógica defendida pelo autor, depreendemos que se trata de uma educação em um sentido não tradicional, mais especificamente o que se convencionou chamar de educação popular.

Em 2012, foi publicada a segunda edição da PNAB, aprovada pela Portaria nº. 2.488, resultado da revisão das diretrizes e normas para a Atenção Básica. No que concerne às atribuições dos profissionais, observamos duas das específicas para os ACS.

Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade; estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças (BRASIL, 2012, p. 49).

Em setembro de 2017, foi aprovada pela Portaria nº. 2.436 a terceira edição da PNAB, estabelecendo a revisão das diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS. Nesse documento, não há referência direta a ações educativas, há, contudo, referência às atribuições comuns para ACS e para Agentes de Combate às Endemias – ACE. Essa agregação de atividades não está presente nas duas políticas anteriores, isso, porque o ACE não estava, até então, incluído na Estratégia Saúde da Família. Das atribuições comuns, podemos destacar a elencada no item 4.2.6, segundo o qual, os agentes devem desenvolver atividades de promoção e de prevenção por meio de visitas domiciliares e ações educativas tanto individuais quanto coletivas (BRASIL, 2017).

Depois da revisão da PNAB, foi sancionada, em janeiro de 2018, a Lei nº. 13.595, revogando a lei nº. 11.350, de 2006. Com isso, as atribuições dos ACS passaram a ser regidas por essa lei, que as apresenta pela primeira vez, de forma detalhada e clara, sua perspectiva educativa. Em relação ao artigo 3º do instrumento normativo em comento, destacamos dois pontos:

O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde. [...] Para fins desta Lei, entende-se por Educação Popular em Saúde as práticas político-pedagógicas que decorrem das ações voltadas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, estimulando o autocuidado, a prevenção de doenças e a promoção da saúde individual e coletiva a partir do diálogo sobre a diversidade de saberes culturais, sociais e científicos e a valorização dos saberes populares, com vistas à ampliação da participação popular no SUS e ao fortalecimento do vínculo entre os trabalhadores da saúde e os usuários do SUS (BRASIL, 2018a, p. 1).

Notamos, aqui, como orientação, um sentido progressista do que é a educação em saúde, quando o popular aparece como espaço da valorização do sujeito, como aquele que é capaz de incorporar uma compreensão ativa da importância da prevenção em saúde, como cultivo consciente do autocuidado, entre outros aspectos de troca de saberes.

Outra mudança ocorrida a partir desse documento é a divisão das atividades dos ACS em três categorias, a saber: típicas, assistidas e compartilhadas. As típicas são atividades específicas dos ACS; as assistidas são aquelas que devem ser realizadas mediante a presença de um profissional de nível superior; e as compartilhadas, aquelas a serem realizadas em interação com demais membros da equipe.

No que se refere à descrição das atividades típicas, consta no artigo 3º, uma lista de atribuições de acompanhamento:

IV – a realização de visitas domiciliares regulares e periódicas para acolhimento e acompanhamento: [...] b) de grupos de risco com maior vulnerabilidade social, por meio de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e de educação em saúde; d) do adolescente, identificando suas necessidades e motivando sua participação em ações de educação em saúde [...]; i) dos grupos homossexuais e transexuais, desenvolvendo ações de educação para promover a saúde e prevenir doenças; j) da mulher e do homem, desenvolvendo ações de educação para promover a saúde e prevenir doenças (BRASIL, 2018a, p. 1).

As atividades assistidas são de caráter mais técnico e exigem conhecimentos mais específicos e, por isso, exigem também capacitação específica para realização, como: aferição de pressão arterial, medição de glicemia capilar e aferição de temperatura. Com a inclusão desse tipo de atividade, a lei prevê a ampliação do campo de atuação do ACS a longo prazo e aponta para a questão da necessidade de capacitação dos trabalhadores.

Como estratégia de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores do SUS, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEP, com o objetivo de “[...] qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis do sistema, orientando-se para a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços [...]” (BRASIL, 2018b, p. 13). O documento discute a importância da educação permanente a curto, médio e longo prazo, como resposta às necessidades do sistema de saúde, a fim de fortalecê-lo quanto à transformação das práticas profissionais em saúde a partir da educação.

As atividades compartilhadas dizem respeito às ações de planejamento e de avaliação dos serviços que envolvem diferentes trabalhadores numa correspondência à Educação Interprofissional em Saúde – EIP, entendida, na PNEP, como estratégia de envolvimento de diferentes profissionais com o objetivo de aprenderem coletivamente (BRASIL, 2018b). Essas atividades afirmam sua identificação com a saúde coletiva, entendida como campo de produção de conhecimento construído pela intervenção profissional especializada, mas também interdisciplinar (CARVALHO; CECCIM, 2006?).

EXPLORANDO ELEMENTOS DAS DIRETRIZES

Tendo feito um breve percurso pelas diretrizes, foi possível construir uma linha do tempo dos documentos considerados base para a atuação da categoria e destacar as principais referências feitas ao viés educativo.

Considerando que, antes de instituído pelo Ministério da Saúde como PNACS, o Programa já havia sido criado em nível de Estado no Ceará (SANTANA; CASTRO, 2016), é possível considerar que as diretrizes elaboradas, a partir de 1991, já vinham se configurando há algum tempo e isso pode ser pensado como justificativa para o fato de que as primeiras diretrizes no nível do Ministério da Saúde tenham sido apresentadas por intermédio de um Manual e, progressivamente, foram sendo revistas em outros manuais, bem como, em outros documentos. As diferenças, quanto aos tipos de documentos pesquisados, não são objeto de nossa análise, mas partes de seus conteúdos.

Nesta análise, o percurso nos permitiu constatar que todos os documentos fazem referência ao ACS como educador, quando tratam de suas atribuições. Nesse sentido, foram identificadas onze variações de expressões relacionadas à dimensão educativa da sua prática, a saber: “ação educativa”, “ações educativas”, “educação em saúde”, “educação para a saúde”, “trabalho educativo”, “atividades educativas”, “ações de educação para a saúde”, “educação para a conquista em saúde”, “aprender e ensinar em educação popular”, “educação popular em saúde” e “atividades a partir dos referenciais de educação popular em saúde”.

Um primeiro ponto a ser levado em consideração é que, embora façam menção ao ACS e à dimensão educativa do seu trabalho, todas as expressões supracitadas não têm a mesma implicação, de modo que as expressões precisam ser consideradas a partir de suas matrizes conceituais.

Partindo-se do princípio que educação é uma expressão vital e considerando que há diferentes concepções educacionais (BRANDÃO, 1981), assume-se como impossível um olhar unilateral, uma vez que a educabilidade está presente em todos os espaços sociais e “[...] de um modo ou de muitos todos nós envolvemos pedaços da vida com ela: para aprender, para ensinar, para aprender-e-ensinar. Para saber, para fazer, para ser ou para conviver, todos os dias misturamos a vida com a educação” (IBIDEM, p. 3). A educação, aqui referida, corresponde ao que se denomina educação não formal, isto é, “[...] aquela que se prende ao ‘mundo da vida’, via processo de compartilhamento de experiências, principalmente em espaços e ações coletivos e cotidianos” (GOHN, 2010, p. 16), ou seja, se configura a partir das dinâmicas de vida dos sujeitos e de suas territorialidades com vistas a alcançar um objetivo, em outras palavras, é dotada de intencionalidade pedagógica.

Todas as expressões aparecem numa relação direta com a promoção da saúde e prevenção de doenças, individual e coletivamente, isto é, a educação em saúde ocorre mediante promoção e prevenção, indicando a necessidade de algumas breves considerações sobre essas práticas, como passamos a fazer.

Promoção e prevenção fazem parte de um conjunto de quatro tipos de serviços do campo da saúde com tratamento e reabilitação (BRASIL, 2000). O fato de o ACS ser um trabalhador genérico, isto é, sem formação técnica ou superior, sugere que suas ações devam dar ênfase à perspectiva educativa, já que os outros dois tipos (tratamento e reabilitação) exigem formações específicas. É preciso considerar, no entanto, que a última diretriz sugere que, paulatinamente, o ACS se desvinculará da sua condição de trabalhador não especialista mediante a realização de curso técnico que o habilite em atividades de caráter correspondente.

A noção de promoção de saúde, bastante difundida nas últimas três décadas, foi referenciada pela carta de Ottawa³ – o documento orientador das políticas de promoção da saúde – nos seguintes termos: “Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002b, p. 19).

Em um dos Manuais citados, nas especificações sobre o trabalho dos ACS, afirma-se que:

Ações de promoção à saúde são aquelas que vão contribuir para proporcionar autonomia ao indivíduo e à família, com informações que os tornem capazes de escolher comportamentos que vão favorecer a sua saúde, relacionadas ao modo de viver, condições de trabalho, educação, lazer e cultura (BRASIL, 2009, p. 16).

A prevenção se define por intervenções orientadas, para evitar o surgimento de doenças específicas, a partir da identificação e do controle de fatores de determinadas doenças. Nesse sentido, ações de promoção à saúde são desenvolvidas com objetivos mais amplos, que visam ao bem-estar geral, enquanto que a prevenção tem um olhar mais direcionado. Na prática, contudo, ambas as ações estão imbricadas, uma vez que o ACS, embora inscrito

³ Documento resultante da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada no Canadá em 1986.

no campo da saúde, não detém apenas saberes desse campo, mas de outros, como um mediador cultural (BANDEIRA; GONÇALVES, 2017).

Pode-se dizer, portanto, que tais práticas correspondem a ações gerais, entre as quais, as educativas, que objetivam a melhoria e a manutenção do bem-estar dos indivíduos. Logo, podemos entender que, quando se fala em promoção e em prevenção, está implícita a dimensão pedagógica da ação.

É importante destacar que discutir a dimensão educativa que diz respeito a um trabalhador em saúde exige também uma reflexão sobre o conceito de saúde, a fim de compreender que as ações dos sujeitos se filiam a concepções cujas matrizes têm diferentes implicações sociais.

Historicamente, o conceito de saúde se expressa como “[...] ausência de doença (visão simplista), completo bem-estar físico-psíquico-social (visão idealista), estar em um padrão “normal” (normal/patológico, visão relativista), ou ainda disposição de superação das adversidades físicas, psíquicas e sociais (visão subjetivista)” (CARVALHO, 2001, p. 13). Essas perspectivas tendem a reforçar uma visão e uma compreensão limitada de saúde em contraposição a uma percepção ampla de saúde, entendendo-a como direito àquilo que é fundamental, para que as pessoas possam viver em boas condições: educação, moradia, alimentação, água, lazer e organização social entre outras coisas (CARVALHO, 2001).

Segundo a mesma autora, ter saúde é dispor de condições de fazer opções, e todos esses elementos que elencamos confirmam que saúde não é só uma condição física, mental ou emocional, e, nesse sentido, é preciso considerar que uma educação em saúde deve compreender os sujeitos sociais a partir de sua complexidade, sem limitar seu olhar pela visão simplista, idealista, relativista ou subjetivista.

As diferenças conceituais se estendem também à educação, de modo que há diferenças quanto aos tipos de práticas, isso, porque cada uma é influenciada por determinada(s) teoria(s) da educação. De acordo com Saviani (2012), pode-se dizer que as teorias educacionais se dividem em dois grandes grupos: o das teorias críticas, que entendem a educação como instrumento de equalização social; e o das teorias não críticas, que entendem a educação como instrumento de manutenção da ordem social. Frente a isso, vale a pena fazer um destaque no que se refere às diferenças fundamentais entre as expressões que, genericamente, aludem à prática educativa, mas que carregam em si perspectivas distintas e até mesmo opostas. Trata-se de “educação em saúde”, “educação na saúde”, “educação para a saúde” e “educação popular em saúde”.

Segundo o Ministério da Saúde, “educação em saúde” é:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população. [...] Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades [...] (BRASIL, 2013, p. 19).

Como processo de construção de conhecimentos, a “educação em saúde” reconhece a participação ativa dos sujeitos, fortalecendo suas percepções e suas capacidades de exercício de reflexão sobre a realidade na qual estão inseridos, admitindo capacidades de participação das discussões e decisões da saúde individual e coletiva, todavia essa concepção de educação em saúde, ao visar uma “apropriação” por parte da população, também aponta para a ideia de que os sujeitos populares não têm conhecimento e precisam recebê-los dos profissionais (OLIVEIRA, 2003).

No que se refere à “educação na saúde”, o Ministério da Saúde a conceitua da seguinte maneira: “Produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular” (BRASIL, 2013, p. 20). Trata-se, pois, de uma educação situada no campo da saúde que congrega os mais diversos espaços de atuação profissional por objetivar responder às constantes exigências de formação e de aperfeiçoamento profissional.

De acordo com a PNEP, a “educação na saúde” também é conhecida como educação no trabalho e apresenta duas modalidades, a educação continuada (processos formativos tradicionais oferecidos por instituições formais de ensino) e educação permanente em saúde (processos de ensino e aprendizado que se configuram no cotidiano do trabalho, orientadas pelas próprias práticas). Diante das duas perspectivas, podemos afirmar que essa educação pode se dar tanto num sentido mais hierarquizado, como também num sentido orgânico.

A “educação para a saúde”, por sua vez, supõe uma concepção mais rígida e impositiva, uma vez que o termo “para” designa uma ação direcionada a alguém e não construída com alguém. Nesse sentido, indica uma concepção verticalizada que nos remete a Paulo Freire (2017) e a sua concepção de educação bancária, no sentido de os trabalhadores e/ou profissionais da saúde que devem ensinar às pessoas a maneira correta de cuidar da saúde, partindo do pressuposto de que não sabem. Trata-se, segundo esse entendimento, de um conceito que tende, de acordo com Bandeira (2017, p. 38), para “[...] uma educação tradicional, dada através da transmissão de conhecimentos e modos de fazer [...]”.

Quanto à “educação popular em saúde”, trata-se de uma concepção de educação construída a partir de relação direta com os sujeitos em seus espaços sociais com o objetivo de promover a autonomia das populações na participação da saúde (BRASIL, 2013). Aproxima-se da ideia de educação em saúde, contudo, diferencia-se enquanto prática não hegemônica por ser mais aberta à relação e ao diálogo com saberes, sujeitos e metodologias populares. Segundo Vasconcelos (2017, p. 20), “A educação em saúde é o campo de prática e conhecimento que tem-se ocupado, mais diretamente, com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população”.

Numa aproximação de identificação teórica com os tipos de teorias, a “educação em saúde” e “educação popular em saúde” encontram correspondência com as teorias críticas, enquanto que a “educação na saúde” e “educação para a saúde” encontram relação de correspondência com as não críticas, uma vez que estas apoiam seus pressupostos na participação ativa dos sujeitos (STRECK; REDIN; ZITKOSKI, 2010).

Tendo isso em vista, observamos que, de todos os documentos percorridos, três deles fazem referência à educação popular, sendo dois de forma direta, a saber, o Perfil de Competências de 2003, quando se refere à “educação popular em saúde” e “formas de aprender e ensinar em educação popular” na descrição das atribuições dos ACS, bem como, conhecimentos necessários para cumprir as exigências de uma das competências, e a Lei nº. 13.595, de 2018, quando afirma que as ações de promoção e de prevenção devem ser orientadas pelos referenciais da “educação popular em saúde”, esclarecendo ainda que essa se apoia em práticas político-pedagógicas. A referência indireta, no sentido de não usar a expressão em si, encontra-se no quarto Manual (2009), quando cita Paulo Freire, dando margem ao entendimento de que a prática educativa a que se refere corresponde àquela defendida pelo teórico.

Há outra referência a Freire num registro que nos remete à origem do Programa. Ao discutir o processo de institucionalização, uma das integrantes da equipe se refere ao momento em que se pensava sobre a formação dos ACS. A preocupação se expressa na seguinte questão: “Qual a proposta pedagógica a ser adotada no processo de “formação” dos Agentes Comunitários de Saúde? [...] A opção foi percorrer o caminho da pedagogia de Paulo Freire” (SOUZA, 2001, p. 101). Segundo Vasconcelos (1999), muito do que Freire diz acerca de processos educativos se aplica ao modelo de Atenção Primária à Saúde. Essa afirmativa indica a presença de uma perspectiva crítica ainda nas origens do PNACS.

Reconhecendo a legitimidade da perspectiva da educação popular, com maior ênfase na última diretriz, a Lei nº 13.595 (BRASIL, 2018a) chama-nos a atenção para a necessidade de certo cuidado com essa afirmativa, quando atrelada à dimensão prática, pois não se sabe até que ponto há correspondência de uma real aproximação com o que se realiza nas bases.

Nesse sentido, nossas experiências acumuladas como ACS permitem-nos problematizar esse alcance, por termos vivenciado de perto um processo de distanciamento das ações de dimensão coletiva, marcado pelo fortalecimento da individualização das ações, por diversos motivos. A utilização da visita domiciliar como instrumento de trabalho sobressaiu a ações como palestras, rodas de conversa e reuniões em geral.

Segundo Carrilo (2011), sem problematização, diálogo e crítica não há educação popular. Entendemos, pois, que esses três elementos não são alcançados sem que haja possibilidades de interações coletivas e dinâmicas participativas. Nesse sentido, o par “individual e coletivo” que aparece de forma recorrente nas diretrizes encontra limites no campo prático, colocando em dúvida o duplo dimensionamento das ações dos ACS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso pelas diretrizes permitiu constatar que a prática dos ACS é atravessada pela dimensão educativa afirmada por meio da promoção da saúde e da prevenção de doenças. A presença de uma diversidade de expressões com referência direta à educação na descrição das atribuições, de forma prevalecente, configura uma prática profissional de claro viés educativo.

Por se dar fora dos espaços formais, essa prática profissional se caracteriza como uma educação não formal e, considerando a diversidade e a complexidade dos contextos nos quais os ACS atuam, há a necessidade de dimensionar suas ações em vários sentidos, observando a amplitude do conceito de saúde, a partir de diversos elementos que constituem as diversas dimensões da vida. Ter clareza acerca da existência de diferentes proposições educacionais, bem como, a respeito das distintas concepções de saúde, permite uma análise e uma avaliação das ações com vistas a um possível aperfeiçoamento, a partir da atenção ao que orienta e onde cada proposição educacional pretende chegar.

O uso de diferentes expressões, para fazer referência à dimensão educativa, indica de forma clara que o trabalho dos Agentes é marcado pelo caráter educativo, contudo, as diferenças de sentido entre as principais expressões apontam também, ao longo dos anos, para diferenças que ganham espaço, para orientar uma prática educativa, que diz respeito a dezenas de milhares de agentes comunitários de saúde.

Seguindo a perspectiva do último documento, a Lei nº. 13.595/2018, pode-se afirmar que os ACS são educadores populares em saúde. O par “individual e coletivo” recorrente na descrição das ações dos ACS, inclusive, nesta última diretriz indica a indissociabilidade das duas dimensões e corrobora a perspectiva da educação popular, uma vez que esta privilegia os instrumentos de alcance coletivo.

Essa constatação não nos permite, porém, ultrapassar o campo teórico por considerarmos a possibilidade de distanciamento entre o que está posto em termos legais daquilo que é efetivado na prática. Nesse sentido, emerge como necessidade a discussão sobre o processo formativo desses sujeitos para o enfrentamento do desafio de um possível distanciamento entre previsões e ações efetivadas. Emergem daí três questões pelo menos: que perspectiva educativa tem sido privilegiada nas práticas cotidianas dos ACS? É possível afirmar correspondência entre o que preveem as diretrizes e o campo da prática, ou seja, é possível considerar, para além do campo teórico, o ACS como educador popular em saúde? Encontrar respostas, eis o desafio que, por hora, se apresenta como continuidade desta discussão.

REFERÊNCIAS

BANDEIRA, F. C. **A dimensão educativa do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde:** nos passos dos ACS de Mari-PB, 2017, 136s. Dissertação (Mestrado em educação) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/9876/2/Arquivototal.pdf>>. Acesso em 15 jan. 2019.

BANDEIRA, F. C.; GONÇALVES, L. G. O Programa dos Agentes Comunitários de Saúde em Mari-PB: elementos históricos para uma compreensão de seu papel profissional e de educador popular em saúde. In: SCOCUGLIA, A. C; COSTA, L. M. **Histórias da Educação Popular do tempo presente**. João Pessoa: Editora da UFPB, 2017.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação?** São Paulo, Brasiliense, 1981.

BRASIL. **Decreto nº 3.189 de 04 de outubro de 1999**. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. Brasília, DF, 2018. Disponível em <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog_pacs_psf/>. Acesso em: 1º. dez. 2018.

BRASIL. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2ª. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013 (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_gestao_trabalho_educacao_saude_2ed.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2019.

BRASIL. **Lei nº 13.595 de 05 de janeiro de 2018**. Altera a Lei nº. 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Brasília, DF, 2018b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13595.htm>. Acesso em: 7 dez. 2018.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018b, 1.ª ed. rev. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2019.

BRASIL. **Lei nº. 11.350 de 05 de outubro de 2006**. Revoga a Lei nº. 10.507 de 10 de julho de 2002 e regulamenta o § 5º. do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º. da Emenda Constitucional nº. 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm#art21>. Acesso em: 5 dez. 2018.

BRASIL. **Lei nº. 10.507 de 10 de julho de 2002**. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2002a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10507.htm>. Acesso em: 1º. dez. 2018.

BRASIL. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas

de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf> Acesso em: 5 jan. 2019.

BRASIL. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Manual do Agente Comunitário de Saúde. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2019.

BRASIL. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Fundação Nacional de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1994. Manual do Agente Comunitário de Saúde.

BRASIL. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Secretaria executiva. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2019.

BRASIL. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. Manual do Agente Comunitário de Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_05a.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2019.

BRASIL. **Perfil de Competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde**. Secretaria de gestão do trabalho e da educação em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acs_rel-versao_25.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2018.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.htm>. Acesso em: 10 mar. 2019.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>>. Acesso em: 3 jan. 2019.

BRASIL. **Portaria GM nº. 1.886 de 18 de dezembro de 1997**. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília, DF, 1997. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog_pacs_psf>. Acesso em: 28 dez. 2018.

CARRILO, A. T. **Educación Popular**: trayectoria y actualidad. Universidad Bolivariana de Venezuela, 2011.

CARVALHO, Y. M. **Atividade física e saúde: onde está e quem é o “sujeito” da relação?** Revista Brasileira de Ciências do Esporte, v. 22, n. 2, p. 9-21, jan. 2001. Disponível em: <<http://revista.cbce.org.br/index.php/RBCE/article/view/409/335>>. Acesso em: 13 mai. 2019.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; JUNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de Saúde Coletiva**. [S. l.] Editora Hicitec; Fiocruz [S. d.]. Disponível em: <<http://professor.ruas.yolasite.com/resources/Tratado%20de%20Saude%20Coletiva.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2019.

DELORS J. et al. **Um Tesouro a descobrir: Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI**, Brasília, UNESCO; São Paulo, Cortez 1996. Disponível em: < https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000109590__por>. Acesso em 25 mai. 2019.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**, 63.^a ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2017.

GOHN, Maria da Glória. **Educação não-formal e o educador social: atuação no desenvolvimento de projetos sociais**. São Paulo: Cortez, 2010.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F B. da; RAMOS, Z. V. O. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis – o Agente Comunitário de saúde**. Brasília: Ministério do Planejamento, 2000. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2371/1/TD_735.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2019.

OLIVEIRA, R. M. **Pistas para entender a crise na relação entre técnicos e classes populares: uma conversa com Victor V. Valla**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19 (4): 1.175-1.187, jul./ago., 2003. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2003.v19n4/1175-1187>>. Acesso em: 15 de mai. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Carta de Ottawa**, Canadá: OMS, 1986. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2019.

SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. **Os sanitaristas de Jucás e o agente de saúde: Uma Entrevista com Antonio Carlile Holanda Lavor e Miria Campos Lavor**. Natal: Una, 2016.

SAVIANI, D. **Escola e Democracia**, 42.^a ed. Campinas: Autores Associados, 2012.

SOUZA, M. F. de. **Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo!** São Paulo: Hucitec, 2001.

STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica editora, 2010.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular e a atenção à Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 1999.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular em saúde: de uma prática subversiva a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. In: STRECK, D. R.; ESTEBAN, M. T. (Orgs.). **Educação Popular lugar de construção social e coletiva**. Petrópolis: Vozes, 2013.

VASCONCELOS, E. M. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede de Educação Popular nos Serviços de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2017.

WARSCHAUER, M.; CARVALHO, Y. M. **O conceito “Intersetorialidade”**: contribuições ao debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo André/SP. *Saúde Soc.* São Paulo, v. 23, n. 1, p. 191-203, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00191.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2019.

DADOS DOS AUTORES:

FRANCIKELY DA CUNHA BANDEIRA

Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal da Paraíba. Paraíba/PB-Brasil. Professora da Universidade Estadual da Paraíba. Paraíba/PB. kely01kely@hotmail.com

LUIZ GONZAGA GONÇALVES

Pós- Doutor em Educação pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Porto Alegre/RS. Professor da Universidade Federal da Paraíba. Paraíba/PB-Brasil. luggoncalves@uol.com.br

Submetido em: 1-4-2019

Aceito em: 11-10-2019