

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

Felipe Cavalcanti Ferrari

**O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS) ENQUANTO UM
EDUCADOR POPULAR: contradições, disputas e modelos de educação**

Porto Alegre
2022

Felipe Cavalcanti Ferrari

**O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS) ENQUANTO UM
EDUCADOR POPULAR: contradições, disputas e modelos de educação**

Trabalho de Conclusão de Curso de Ciências Sociais apresentado ao Departamento de Sociologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Licenciatura em Ciências Sociais.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre José Rossi

Porto Alegre
2022

CIP - Catalogação na Publicação

Ferrari, Felipe Cavalcanti

O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)
ENQUANTO UM EDUCADOR POPULAR: contradições, disputas e
modelos de educação / Felipe Cavalcanti Ferrari. --
2022.

75 f.

Orientador: Alexandre José Rossi.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto
de Filosofia e Ciências Humanas, Licenciatura em
Ciências Sociais, Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. Agente Comunitário de Saúde (ACS). 2. Política
Nacional de Atenção Básica (PNAB). 3. Formação técnica
de ACS. 4. modelos de educação em saúde. 5. sociologia
da educação. I. Rossi, Alexandre José, orient. II.
Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Felipe Cavalcanti Ferrari

O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS) ENQUANTO UM EDUCADOR POPULAR: contradições, disputas e modelos de educação

Trabalho de Conclusão de Curso de Ciências Sociais apresentado ao Departamento de Sociologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Licenciatura em Ciências Sociais.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre José Rossi

Aprovada em: Porto Alegre, ____ de _____ de 2022

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Alexandre José Rossi – Orientador
UFRGS

Profa. Dra. Jaqueline Marcela Villafuerte Bittencourt
UFRGS

Prof. Dr. Caleb Faria Alves
UFRGS

AGRADECIMENTOS

Como uma espécie de mistura entre idealismo e ingenuidade escrevi longos agradecimentos em outros trabalhos. Neste serei bem mais objetivo. Isto é... objetivo do meu jeito, escrevendo bastante.

Primeiramente, agradeço ao professor Alexandre José Rossi por ter aceitado o convite para me orientar. Convidei o professor após ter tido aula com ele, na disciplina de Gestão Democrática na Escola, pensando que faria uma pesquisa sobre Conselhos Locais de Saúde. Das conversas iniciais com o professor, cheguei a este trabalho um pouco distante do que havia pensado originalmente. Agradeço pela paciência, dedicação e diálogo nesse processo de elaboração do trabalho de conclusão, por ter aguentado as muitas mudanças que aconteceram da ideia inicial até aqui.

Agradeço aos professores Jaqueline Marcela Villafuerte Bittencourt e Caleb Faria Alves por aceitarem o convite, tenho certeza que suas contribuições farão não apenas o trabalho ganhar em qualidade, mas também aprofundarão o olhar profissional do autor, enquanto ACS, cientista social e educador.

Agradeço à equipe com a qual trabalho como ACS no município de Esteio – RS, desde 2021. Faz quase um ano (e reconheço a relatividade do tempo aqui – esse um ano pode ser muita e pode ser pouca coisa) que comecei a trabalhar lá e sinto que ainda não consegui efetivamente fazer meu trabalho como Agente. Esta monografia, assim, serve também ao propósito de construção de uma identidade profissional, em meio a um contexto caótico de readaptação dos serviços de saúde por conta da pandemia de COVID-19. Espero que meus colegas, na mesma situação que eu, possam se beneficiar de algumas reflexões que aqui faço.

À Atchende, à Dee, ao Tche-tchet, aos que já foram e aos que virão, muito obrigado!

Agradeço ao Vitor, pelo carinho, pela presença e pelo amor. Por me acompanhar nesses desafios, com muita música, muito axé, muito xang, muito xerengue, muita sociologia, muita biologia, muitos bichinhos e o quê mais chegar. Sem nossos debates, boa parte das ideias que desenvolvo aqui não seriam as mesmas.

Às pessoas que de uma forma ou de outra tiveram alguma influência nesse trabalho, sejam elas familiares, amigos, colegas, conhecidos ou desconhecidos, meu muito obrigado!

RESUMO

Esta monografia tem por objetivo apresentar uma investigação documental acerca do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) enquanto um educador popular do âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A investigação realizada vale-se do referencial teórico-metodológico crítico das Ciências Sociais, articulando, nesse sentido, a categoria da contradição, própria de uma leitura marxista da realidade, e a contribuição de Pierre Bourdieu, através de conceitos como campo social, reprodução, *habitus* e conhecimento. Nesse sentido, a investigação procurou chamar atenção para as contradições que se desdobraram desde a emergência desse trabalhador no nível da Atenção Primária à Saúde (APS) até a atualidade, explorando a questão dos avanços e retrocessos que podem ser observados no histórico das políticas públicas de saúde, como a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). A análise também procurou dedicar-se a questão do campo das políticas públicas de saúde, considerando suas disputas e seus efeitos, a fim de evidenciar como diferentes Cursos de Formação Técnica em Agente Comunitário de Saúde refletem as contradições desdobradas. Dessa forma, também emergem no estudo saberes e conhecimentos que são reproduzidos na formação técnica dos Agentes. Esses conhecimentos e saberes, entendidos como conteúdos simbólicos, são parte das contradições e do campo de disputas que são analisados, conformando diferentes modelos educativos. Esses modelos são considerados na medida em que dizem respeito, por um lado, a projetos de sociedade mais baseados na ideia de cidadania, modelos que são, portanto, vinculados aos ideais do SUS, e aqueles que reproduzem uma centralidade do conhecimento biomédico de forma acrítica, contribuindo para a reprodução de uma estrutura social autoritária. O movimento geral que a pesquisa permite evidenciar é o de como, apesar dos retrocessos que se observam, o SUS e o trabalho do ACS enquanto um educador popular permanecem tendo importante peso simbólico. Peso esse que não está dado, mas pode ser considerado uma conquista sempre em risco, por conta da presença de projetos de sociedade autoritários.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde (ACS), Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Formação técnica de ACS, modelos de educação em saúde, sociologia da educação.

ABSTRACT

This monograph aims to present a documental inquiry on the Agente Comunitário de Saúde (Community Health Agent, ACS) work, as a popular educator in the scope of the Brazilian health system, Sistema Único de Saúde (SUS). The inquiry takes the critical approach of Social Sciences, considering the category of contradiction, which draws from the Marxist theoretical approach, and the contribution of Pierre Bourdieu social theory, by the usage of concepts such as social field, reproduction, *habitus*, and knowledge. In this way, the present inquiry sought to bring sense to the contradictions in which the work of the ACS in the Primary Health Care emerge, and the historical developments of such emergence, considering the Política Nacional de Atenção Básica (National Policy of Basic Care). The analysis also aimed to dissect the field of health public policy, concerning the disputes over technical education to ACS, trying to bring evidence to how the different technical courses reflect the contradictions described here. There is also the emergence, on the present inquiry, of different kinds of knowledge which are present on the technical formation of these professionals. Such types of knowledge are to be taken as symbolic contents, which are part of the contradictions

and field of disputes, conforming different kinds of educative models. These models are considered in the measure they refer to projects of a more citizen society, closest to the ideals of SUS, or instead to projects of society more authoritarian in nature, by the reproduction of a strictly biomedical knowledge. The general process this inquiry may evidenciate is one of how, despite many of the attacks the brazilian health system is suffering, SUS and the work of ACS, as a popular educator, remain with an important symbolic weight, which should not be taken for granted, because they're always at risk, of authoritarian projects of society.

Keywords: Community Health Agent, National Policy of Basic Care, technical education for Community Health Agents, models of education in health, sociology of education.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

AB - Atenção Básica

ACE - Agente de Combate à Endemias

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CES - Conselho Estadual de Saúde

CLS - Conselho Local de Saúde

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

EqSF - Equipe de Saúde da Família

ESB - Equipe de Saúde Bucal

ESF - Estratégia de Saúde da Família

ESFF - Equipes de Saúde da Família Fluviais

ESFR - Equipes de Saúde da Família Ribeirinha

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAS - Programa de Agentes de Saúde

PNAB - Política Nacional da Atenção Básica

PROFAGS - Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RC-CTACS - Referencial Curricular de Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

SUS - Sistema Único de Saúde

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

VD - Visita Domiciliar

In medias res

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO 1: O TRABALHO DO ACS — ARTICULAÇÕES TEÓRICAS PARA CONSTRUÇÃO DE UM OBJETO DE PESQUISA.....	14
CAPÍTULO 2: A CONSTRUÇÃO DO SUS — O ACS ENQUANTO UM TRABALHADOR DO SUS E OS CAMINHOS METODOLÓGICOS DA INVESTIGAÇÃO.....	19
CAPÍTULO 3: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE — DISPUTAS, CONTRADIÇÕES E TENSÕES NA CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SUS.....	23
3.1 Agente Comunitário de Saúde: a criação de uma profissão da Atenção Primária à Saúde.....	24
3.2 Saúde da Família: do Programa à Estratégia; da Atenção Primária à Atenção Básica..	28
3.3 A Saúde da Família na Atenção Básica e suas implicações para a formação do ACS nas políticas de saúde brasileiras.....	30
CAPÍTULO 4: A FORMAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM QUESTÃO — UM CAMPO DE DISPUTAS.....	34
4.1 Da contradição ao campo.....	36
4.2 Curso técnico de quê?.....	38
4.3 ...de Agente Comunitário de Saúde.....	41
CAPÍTULO 5: CONTRADIÇÃO E TRÁFEGOS — CONTINUIDADES E RUPTURAS NO TRABALHO PEDAGÓGICO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.....	50
5.1 Educação e seus modelos: uma análise sociológica do trabalho dos ACS.....	53
5.2 Do que é feita a participação popular? Notas sobre as mediações que impõem limites a um modelo de educação transformador.....	57
5.3 Potencialidades: a contradição como fundamento de um trabalho pedagógico transformador.....	62
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
DOCUMENTOS ANALISADOS.....	73

INTRODUÇÃO

A presente monografia tem por objetivo analisar o trabalho realizado pelo profissional Agente Comunitário de Saúde (ACS) enquanto um educador popular. O ACS é um trabalhador exclusivamente do âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atua junto às Equipes de Saúde da Família (EqSF) no nível da Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2018a). Esse trabalhador em saúde surge na década de 1980, no estado do Ceará. Rapidamente a experiência do Ceará começa a espalhar-se pelo país, e com a consolidação do SUS, a profissão de ACS tem se institucionalizado desde a década de 1990 (ÁVILA, 2011a; ÁVILA, 2011b; VIDAL, MOTTA E SIQUEIRA-BATTISTA, 2015; BORNSTEIN, 2016).

Cada Agente¹ é responsável por uma microárea, delimitada dentro da área de abrangência das EqSF. Nessa microárea, os Agentes realizam atividades dentre as que estão listadas abaixo, sendo constituintes das atribuições desses profissionais:

- I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural;
- II - o detalhamento das visitas domiciliares², com coleta e registro de dados relativos a suas atribuições, para fim exclusivo de controle e planejamento das ações de saúde;
- III - a mobilização da comunidade e o estímulo à participação nas políticas públicas voltadas para as áreas de saúde e socioeducacional;
- IV - a realização de visitas domiciliares regulares e periódicas para acolhimento e acompanhamento[de determinados grupos epidemiológicos...]³
- V - realização de visitas domiciliares regulares e periódicas para identificação e acompanhamento
 - a) de situações de risco à família;
 - 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;
 - c) do estado vacinal da gestante, da pessoa idosa e da população de risco, conforme sua vulnerabilidade e em consonância com o previsto no calendário nacional de vacinação;
- VI - o acompanhamento de condicionalidades de programas sociais, em parceria

-
- 1 Utilizo o termo “Agente” com a letra A em maiúsculo para me referir ao ACS ao longo do trabalho. Essa escolha estilística se deve ao uso de noções como “agente social”, vinculadas a teoria sociológica de Pierre Bourdieu. O maiúsculo foi escolhido na medida em que se refere ao objeto principal da pesquisa realizada.
 - 2 Nunes et al (2018) consideram em sua análise a visita domiciliar, ou VD, como a atividade basilar dos ACS. Nessa análise, que toma como referência a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011, aponta que naquela ocasião embora a política estabelecesse a frequência média mensal de visitas por ACS, não descrevia os critérios a serem utilizados para orientar sua periodicidade. Essa questão denota que havia uma grande quantidade de critérios mobilizados e que, nem sempre, eles estavam coordenados. Dessa forma, ainda que eu concorde com o apontamento dos autores em questão, no sentido de considerar a VD como uma atividade basilar do ACS, e do diagnóstico que eles apontam, procurarei ao longo da monografia chamar atenção para uma questão que considero ainda mais fundamental que a realização de visitas. Trata-se do papel do ACS como um educador popular em saúde.
 - 3 Esses grupos incluem, de acordo com a lei em questão: gestantes, lactantes, crianças, adolescentes, pessoas idosas, pessoas em sofrimento psíquico, pessoa em dependência química, pessoas com sinais ou sintomas de alteração na cavidade bucal, grupos homossexuais e transexuais, mulheres e homens (BRASIL, 2018a).

com os Centros de Referência de Assistência Social (Cras) (BRASIL, 2018a).

Atualmente, exige-se para se tornar ACS os seguintes requisitos: o Ensino Médio, a conclusão de um curso inicial de formação de 40 horas, e que o trabalhador more na área em que vai atuar como membro da EqSF (BRASIL, 2018a). Sendo que, em outros momentos, exigia-se o Ensino Fundamental ou ainda, na gênese deste trabalhador na experiência do Ceará, exigia-se que o mesmo soubesse ler e escrever, para além de morar na área em que atuará junto à comunidade⁴.

Tal objeto de pesquisa se justifica na medida em que o trabalho dos ACS vem sofrendo algumas pressões importantes no campo de disputas envolvendo as políticas públicas de saúde. Essas disputas têm colocado em risco a atuação desses profissionais, na medida em que se observa uma proliferação de atribuições pelo menos desde o ano de 2017 com a publicação da mais recente Política Nacional da Atenção Básica (PNAB).

Valendo-se de um referencial crítico oriundo das ciências sociais, a pesquisa pretende elucidar o movimento pelo qual essas mudanças têm ocorrido. Pretende-se chamar atenção para as contradições em jogo, os desafios e potenciais da atuação desse profissional, frente um contexto desafiador para políticas de saúde comprometidas com a cidadania e ideais democráticos. Dessa forma, organizo o trabalho como se segue.

No primeiro e no segundo capítulo realizo a construção do objeto de pesquisa, mobilizando conceitos e discussões das ciências sociais, bem como das elaborações envolvendo a construção do SUS. O primeiro capítulo é destinado à elaboração teórico-metodológica propriamente sociológica, enquanto o segundo, à discussão histórica dos conceitos mobilizados pelas políticas públicas de saúde no Brasil. Procuo, na ocasião desses capítulos, chamar a atenção para a maneira pela qual a atividade educativa do ACS está imbricada a processos sociais de reprodução e transformação social, levando em consideração os ideais de cidadania envolvendo o sistema de saúde brasileiro.

Os capítulos 3, 4 e 5 são destinados a diferentes momentos da análise empreendida durante a pesquisa documental envolvendo o trabalho dos ACS. No capítulo 3, é realizado um levantamento histórico e análise das contradições que aparecem do trabalho dos Agentes em

4 De acordo com Ávila (2011b), a Portaria nº 232/92, de 15 de maio de 1992, da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, estabelecia como grau de escolaridade que o ACS soubesse ler e escrever. Desde 2002, com a criação da profissão de ACS em nível nacional, passou a ser exigido o Ensino Fundamental (BRASIL, 2002; BORNSTEIN, 2016). Desde 2018, com a lei 13.595, de 5 de janeiro, tem sido exigido o Ensino Médio para exercício do cargo de ACS. Ainda conforme essa lei, se o ACS estava exercendo a profissão antes 05 de outubro de 2006, não há exigência do Ensino Fundamental. E se o mesmo exercia a profissão antes da publicação da lei em questão, não há exigência do Ensino Médio (BRASIL, 2018a).

um contexto de precarização e promessas. Chamo atenção aos avanços e retrocessos que estão em jogo no atual contexto das políticas públicas do país. O capítulo 4 continua uma análise das contradições, considerando o campo de disputas envolvendo a formação desse profissional e como saberes de diferentes ordens são mobilizados. Aqui são analisadas duas propostas de Cursos Técnicos de Agente Comunitário de Saúde. No último capítulo, procuro analisar que modelos de educação estão em jogo para a atuação do ACS, de modo a indicar possíveis caminhos na direção de uma educação comprometida com a transformação social.

Nas considerações finais, procuro recuperar o que foi trabalhado nos capítulos que as precedem, de modo a propor reflexões e encaminhamentos para os desafios que têm sido vivenciados no cotidiano de trabalho, seja deste ACS que é o autor da presente monografia, de maneira mais particular e pessoal⁵, ou de qualquer outra pessoa que se comprometa com os ideais democráticos e cidadãos que são a base do SUS.

5 Nesse sentido, vale também considerar que as pesquisas que realizei envolvendo novas tecnologias de prevenção ao HIV, como a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), durante o Bacharelado em Ciências Sociais e o Mestrado em Antropologia Social, servem de ponto de partida a muito do que exploro nesta monografia. Em que se pese uma mudança importante na abordagem teórico-metodológica utilizada, procuro tanto aqui, quanto lá, a colocar em questão o caráter social e coletivo da construção da saúde. De um ponto de vista pessoal, foi também estas pesquisas que me levaram a um interesse profissional e de pesquisa no SUS.

CAPÍTULO 1: O TRABALHO DO ACS — ARTICULAÇÕES TEÓRICAS PARA CONSTRUÇÃO DE UM OBJETO DE PESQUISA

O presente capítulo destina-se a uma discussão teórica e metodológica, tendo por horizonte a construção do objeto de pesquisa do presente trabalho. Isto é, a atuação profissional do ACS enquanto um educador popular em saúde. Para tanto, serão mobilizados conceitos oriundos das ciências sociais, na tentativa de articular entendimentos acerca da saúde e da educação, temas centrais à atuação desse profissional.

Considero oportuno iniciar a construção do objeto de pesquisa tendo em vista o nível da sociedade e das teorias que buscam analisá-la e explicá-la. Sendo o objeto de estudo em que disciplinas como a sociologia e a antropologia se amparam, uma miríade possibilidades analíticas e explicativas se torna possível. O presente trabalho, assim, se preocupa da ideia da sociedade como transformação. A vida social é aqui entendida como processo.

Trata-se de um entendimento vinculado à contribuição marxista nas teorias sociais, uma vez que, através de uma abordagem materialista histórica e dialética, é possível tematizar a transformação social em um sentido bastante amplo (SELL, 2015). Seria a partir do movimento contraditório da realidade, em que a organização dos fatos contém a semente para sua transformação, que o movimento da sociedade se impõe. Esse movimento da sociedade tem como motor a ação humana, através do materialismo explicitado pelo trabalho, se manifestando em diferentes momentos históricos. O capitalismo seria um desses momentos históricos e a luta de classes o mecanismo que visa sua transformação (MARX E ENGELS, 2015; SELL, 2015; DURAND, 2016).

Tomando tal enquadramento teórico, no que diz respeito ao fenômeno da educação, é possível encarar o fenômeno educativo como um espaço de reprodução da ordem capitalista, por meio da inculcação de uma ideologia ou ainda, como uma forma muito particular de produção de um conhecimento crítico e transformador.

É apostando nessa segunda forma que a educação pode ganhar que Carlos Roberto Jamil Cury (2000) vai consolidar sua teoria educativa. Para este autor, a categoria de contradição, central à abordagem materialista histórico dialética, traz importantes ganhos para um modelo de educação que se pretenda crítico e esteja comprometido com a transformação social. É na medida em que a educação ocorre de modo contraditório, revelando as mediações que estabelecem uma ordem social desigual no sistema de produção capitalista, que a

superação da realidade pode ir se desdobrando. Assim, na relação entre reprodução de uma ideologia e criação de um conhecimento crítico,

[a] educação é portadora de uma promessa que a burguesia não foi capaz (e nem é) de implementar totalmente, porque significaria, de um lado, manter a prática de exploração e, de outro, provocar, como momento dessa prática um saber crítico. Essa provocação, embora desarticulada ou reprimida, existe em germe na educação. Se ela é expressão do domínio de classe, é porque antes de mais nada é expressão da luta de classes (CURY, 2000. p. 76)

Existiria uma tensão, nesse sentido, fundamental à educação no âmbito de uma sociedade capitalista. Por um lado, temos a reprodução da ordem social de dominação vigente, por meio da inculcação de uma ideologia que a justifique, falseando as relações sociais que a mantêm. Por outro lado, e essa é a aposta de Cury, temos a construção de um conhecimento mais verdadeiro, na medida em que for possível apontar às relações invisibilizadas por essa ideologia, a partir da categoria da contradição.

A educação não deve, assim, ser entendida como um ponto pacífico, mas antes como o resultado de muitos conflitos, assumindo um caráter agonístico, próprio da realidade social, que procuro expressar, em um primeiro momento via a noção de contradição. Contradição que, em verdade, é alçada a uma categoria analítica e explicativa desde o método materialista histórico dialético. Essa categoria diz respeito ao movimento do real e está implicada em sua transformação, podendo ser mobilizada para dar conta de processos sociais muito amplos, como o sistema capitalista, seu modo de produção e suas relações de produção (SELL, 2015; DURAND, 2016).

No decorrer desta monografia, no entanto, utilizo a contradição de um modo mais nuançado. Modo que faz referência, por um lado às disputas e movimentos do real, manifestos nas políticas públicas de saúde, e por outro, ao movimento próprio do processo educativo, nos quais diferentes ideias são confrontadas e passam a construir o conhecimento. Desenvolvo essas ideias no capítulo 3, quando analiso as políticas públicas voltadas à APS no Brasil, e no capítulo 5, quando trago em consideração modelos de educação que podem estar em jogo na atuação dos Agentes.

Realizo também uma passagem teórica importante, considerando o caráter agonístico da realidade social, na medida em que procuro considerar uma análise da reprodução de uma ordem social através da educação. Desse modo, recorro à contribuição de Bourdieu e Passeron (1982), pela análise que fazem do sistema de ensino francês. Essa contribuição também importa pelo peso que o simbólico acaba por ganhar no movimento da reprodução da ordem

social. Diferente de Cury (2000), que a partir da ideia de contradição pôde apontar para a noção de uma educação transformadora, Bourdieu e Passeron acabam chamando a atenção para como o processo de democratização do ensino em seu país acabou contribuindo para a reprodução de uma ordem social desigual.

Procuro ao longo do trabalho reter o caráter crítico, criativo e criador da proposta de Cury, quando o autor discute a ideia de contradição em sua relação com a educação. Da mesma forma que procuro manter a menção a processos de exclusão que são extremamente sutis, mas que uma abordagem como a bourdiesiana pode ajudar a localizar. Procuro realizar uma investigação, nesse sentido, comprometida com os processos de mudança e transformação social, ao mesmo tempo que esteja atenta à reprodução social. Reprodução social da desigualdade que se manifesta na sociedade. Desse modo, arrisco indicar alguns caminhos para um contraponto aos processos de dominação que geram essa desigualdade.

Diferentemente de uma abordagem mais marxista, talvez mais preocupada com aspectos de um nível macro-estrutural, a abordagem de Bourdieu, traz também o que poderíamos chamar de uma teoria de médio alcance. Médio alcance entendido como o nível capaz de explicar a mediação entre estrutura social e o agente social. Nesse sentido, o presente trabalho mobilizará alguns de seus conceitos como os de campo social, o de *habitus* e o de conhecimento.

Na tentativa de estabelecer uma articulação teórica mais acabada em torno do conceito de campo social, Miguel Ângelo Montagner e Maria Inez Montagner (2011) notam o encadeamento, muitas vezes menosprezado, de conceitos caros à obra do sociólogo.

O conceito de campo surge na obra de Bourdieu em um período mais tardio, e de certa forma, eclipsou seu primeiro conceito fundamental, o de *habitus*. O fato se deve, para o bem ou para o mal, que o conceito proporciona ganhos heurísticos evidentes no trabalho de pesquisa, sem remeter ao *corpus* teórico de Bourdieu. Vale dizer [o conceito de campo social], pode e passou a ser utilizado de forma heterônoma, sem a concorrência do par teórico representado pelo *habitus* (MONTAGNER E MONTAGNER, 2011. p. 258).

Como será retomado no capítulo 4, quando analiso alguns documentos que propõem diretrizes curriculares para cursos de ACS, a ideia de campo remete a círculos sociais agonísticos, onde existe a acumulação de um tipo de capital que é simbólico. Esse capital simbólico tem a ver com categorias de percepção do que está em jogo nesses determinados círculos, dessa forma se relacionando com o conceito de *habitus* que tem a ver com o saber prático, o senso de jogo expresso dentro desses campos que atravessam a sociedade.

O conceito de *habitus* diz respeito tanto a estilos corporais incorporados pelos

processos de socialização, quanto a formas de percepção, também resultantes desses processos, que acompanham o horizonte de possibilidades de cada agente social. Nesse sentido, tal conceito ocupa um lugar fundamental no médio alcance das teorias de Bourdieu, dizendo respeito ao caráter estruturado e estruturante das estruturas sociais. Isto é, ao caráter construído, e em construção, dessas estruturas pelos agentes que foram formados por elas. De modo que existiriam algumas distinções a serem feitas no conceito de *habitus*:

[...] esse *habitus* primário corresponde a um momento fotográfico da trajetória individual, cujas marcas profundas jamais serão apagadas, senão parcialmente, sob a influência de outras socializações posteriores. Dessa maneira, a atualização do *habitus* ocorre no presente, sob as luzes de um passado incorporado e que corresponde a um determinado momento histórico, tanto individual, quanto coletivo. Uma segunda distinção é aquela referida ao caráter ativo do *habitus*. O *habitus* é mais que um repositório coletivo de construções sociais, é coletivo e *sui generis*. Ele atua como uma gramática gerativa, criando um repertório que varia de acordo com os espaços sociais nos quais o indivíduo está inserido (MONTAGNER, 2006. p. 523).

Embora o conceito de *habitus* não seja central às análises realizadas ao longo do presente trabalho, ele serve para apontar certas questões fundamentais a outros conceitos do autor. Nesse sentido, diz respeito ao senso de jogo próprio às disputas dos campos sociais. Também diz respeito à discussão sobre reprodução no âmbito da educação, na medida em que o *habitus* inscreve a lógica de exclusão social e pode apontar para alguma superação. Inclusive, sendo a própria educação parte dos processos de socialização que constroem o *habitus* em seus diferentes níveis. Diz respeito, finalmente, a ideia de conhecimento, na medida em que este se diferencia do saber que seria representado pelo *habitus*. Isto é, pela epistemologia que Bourdieu desenvolve, na qual para um conteúdo simbólico se consolidar enquanto conhecimento, deve haver uma separação com relação ao saber do senso comum, do *habitus*.

Sobre este ponto vale notar que a ruptura epistemológica se dá apenas no nível da epistemologia, e que qualquer ideal de ciência neutra é sempre atravessado pelos saberes práticos que o movimentam. Essa discussão será retomada no capítulo 5, junto com a contribuição de Bourdieu e Passeron (1982) e Cury (2000) sobre a educação transformadora e a educação enquanto instância da reprodução social, para discutir o caráter educativo do trabalho do ACS. Através de uma análise que procura considerar diferentes modelos educativos, pretendo aproximar e tensionar os limites interpretativos e analíticos das abordagens teóricas empregadas. De um lado com a abordagem bourdieana, procurando enfatizar o aspecto de reprodução da ordem social e de outro, com a abordagem marxista,

procurando chamar atenção para a criatividade que emerge desde as contradições consideradas.

Uma vez articulados os conceitos acima, oriundos de certas abordagens críticas em teoria e método das ciências sociais, procuro colocar em questão o trabalho do ACS como algo que é fruto de disputas e contradições. Essas contradições não ocorrem num vácuo e foram e continuam sendo pensadas, não apenas por cientistas sociais, mas por todo um campo mais amplo de atores sociais (o que, sem dúvida tem a ver com a noção de campo das políticas públicas de saúde). Desse modo, no próximo capítulo apresento alguns conceitos próprios a esse campo, articulando de que modo foram sendo desdobrados no que se entende por SUS e esse trabalhador tão íntimo ao sistema de saúde brasileiro. No próximo capítulo, também apresento com mais detalhe algumas escolhas metodológicas empreendidas nas análises realizadas ao longo deste trabalho.

CAPÍTULO 2: A CONSTRUÇÃO DO SUS — O ACS ENQUANTO UM TRABALHADOR DO SUS E OS CAMINHOS METODOLÓGICOS DA INVESTIGAÇÃO

Uma vez que o ACS é um profissional exclusivamente do âmbito do SUS, faz-se necessário compreender os conceitos mobilizados no processo de criação desse sistema de saúde. É pela reconstrução histórica de conceitos vinculados à criação do SUS, que é possível começar uma contextualização do espaço que o Agente ocupa na sociedade. No presente capítulo dedico-me a recuperar historicamente tais conceitos, enquanto apresento alguns caminhos metodológicos da análise documental realizada nesta monografia.

Em primeiro lugar, portanto, o SUS deve ser entendido como uma conquista da sociedade civil no Brasil. Ele é construído no contexto da redemocratização do país, com a transição do período de ditadura militar para a democracia. Pode ser entendido também como uma das forças que auxiliou na imposição de valores democráticos e de cidadania, no debate envolvendo a Constituição de 1988. Jairnilson da Silva Paim (2009) coloca essa conquista como relativa à Reforma Sanitária Brasileira (RSB), um movimento social que era:

[...] composto por segmentos populares, estudantes, pesquisadores e profissionais de saúde [...] [i]nstituições acadêmicas e sociedades científicas, como a Sociedade Brasileira para o Progresso da ciência (SBPC), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), entidades comunitárias, profissionais e sindicais [...] na segunda metade da década de 1970 defendendo a democratização da saúde e reestruturação do sistema de serviços (PAIM, 2009. p. 31)

Carregando a bandeira pela democratização da saúde e reestruturação de sistema de serviços, o SUS é construído como uma conquista desse movimento da sociedade civil organizada. E apesar de constituir uma conquista dessa sociedade frente ao autoritarismo vivenciado no Brasil, o sistema de saúde brasileiro não pode ser entendido como algo isolado do contexto global.

Paim (2009) nota, assim, que existem três tipos principais de sistema de saúde pelo mundo: o de assistência, o seguro social e a seguridade social. O SUS poderia ser descrito como um caso de sistema de seguridade social, na medida em que neste modelo de sistema de saúde “o direito à saúde é vinculado à condição de cidadania, sendo financiado, solidariamente, por toda a sociedade” (PAIM, 2009. p. 14). O seguro social poderia ser compreendido como sistemas de saúde com base na proteção social do Estado para aqueles que contribuem para a previdência. Seria o caso de países como Alemanha, França e Suíça. Já

a assistência é um modelo de saúde que proporciona algum atendimento apenas para quem comprovar a situação de pobreza e de impossibilidade de compra dos serviços oferecidos pelo mercado, como seria o caso dos Estados Unidos (PAIM, 2009).

No caso do Brasil, desde a década de 1920 do século passado foi adotado um sistema de proteção social baseado no seguro social, inicialmente através das caixas de aposentadorias e pensões, substituídas depois pelos institutos. A partir de 1988, a Constituição optou pelo sistema de seguridade social, embora a saúde seja livre à iniciativa privada e o financiamento da saúde não seja majoritariamente público [...] (PAIM, 2009. p. 16)

Haveria, nesse sentido, uma contradição inicial, na medida que embora que o SUS seja construído como um Sistema Único de Saúde, universal e integral, concorre com a existência de atores que já participavam da saúde no Brasil antes do sistema ser construído. Marca-se aí uma primeira contradição do SUS, na medida em que o sistema convive com o mercado dos planos de saúde e com a ideia da saúde como uma mercadoria, ao alcance de poucos, em vez de se tratar de um direito de todos e um dever do Estado.

Nesse sentido, caberia a defesa do SUS através dos ideais da RSB, aprofundando a conquista realizada quando se construiu a Constituição de 1988. Esses ideais, no entanto, assim como os sistemas de saúde, não se limitam a um debate público que tenha ocorrido apenas no Brasil. Quando Paim (2009) refere-se à defesa que a RSB faz de uma reestruturação do sistema de saúde, essa defesa também pode ser estendida ao tipo de orientação que os sistemas de saúde têm.

Nesse caso, todo um debate sobre o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) se constituiu no plano internacional, procurando estabelecer os fundamentos de uma reorientação dos sistemas de saúde na direção de um nível mais cotidiano da saúde. Esse nível mais cotidiano, em verdade, diz respeito a noção de que a saúde é socialmente determinada, dependendo das condições sociais que a sociedade apresenta e que as comunidades vivem. Haveria, portanto, uma proposta de entendimento do conceito de saúde que desvincula os sistemas de saúde da centralidade da doença, encarada pelo conhecimento biomédico do ponto de vista curativo e hospitalar.

Em 1977, em sua trigésima reunião anual, a Assembleia Mundial de Saúde, decidiu unanimemente que a principal meta social dos governos participantes deveria ser “a obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo de um nível de saúde no ano 2000 que os permitirá levar vida social e economicamente produtiva”. Hoje conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000”, essa declaração desencadeou uma série de atividades que tiveram um grande impacto sobre o pensamento a respeito da atenção primária. Os princípios foram enunciados em uma conferência realizada em Alma Ata e trataram do tópico da “atenção primária em saúde” (STARFIELD, 2002. p. 30).

A APS, assim, pode ser entendida em dois sentidos. O primeiro sentido trata a APS como um nível de atenção: baseado em centros de saúde primários e regionalizados, com o contato direto com a comunidade, e em geral oferecendo cuidados generalistas. Haveria aí também um segundo nível de atenção que seria especializado, para dar conta de questões específicas que o nível primário não pôde resolver. E um último nível que seria baseado na atenção, reabilitação e pesquisa hospitalar.

O segundo sentido da APS tem a ver com seus pressupostos filosóficos, sendo definida pela Organização Mundial da Saúde da seguinte forma:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade quanto o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, das famílias e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978. Apud STARFIELD, 2002. p. 30-31).

Nesse sentido uma APS forte converge com os ideais de uma RSB, apostando na noção de determinação social da saúde, e vinculando o enfoque nas comunidades onde a realidade social se desenrola em processos de saúde e doença. O vínculo passa a ser uma questão central, uma vez que essa APS fortalecida deverá ser capaz de resolver os problemas dos indivíduos e suas famílias, coordenando o cuidado para os outros níveis de atenção, caso necessário. A articulação dos níveis de atenção traz à tona a noção de Redes de Atenção à Saúde (RAS), que se estabelecem no âmbito do SUS, e assim representam os percursos percorridos pelos usuários em relação ao cuidado de que necessitam, no nível básico, no nível especializado, ou no nível hospitalar.

Nos serviços de saúde que compõem essas RAS, uma miríade de modelos de gestão pode ser evidenciada, levando em consideração formas de administração pública direta ou indireta, envolvendo a presença de parcerias com o setor privado ou outras organizações (RAVIOLI, SOAREZ e SCHEFFER, 2018; SANTOS e TEIXEIRA, 2016). Considerando a pesquisa pretendida, acerca do trabalho do ACS, enquanto profissional da APS, afasto-me de uma análise desses modelos, procurando uma aproximação com o aspecto da gestão dos

serviços de saúde pela via da participação popular e controle social no nível local das comunidades. Dessa forma, a centralidade do vínculo do usuário com a APS e, portanto, com os Agentes, será trabalhado ao longo da monografia como algo fundamental à reorientação da atenção à saúde no SUS.

No contexto brasileiro a APS (também conhecida como Atenção Básica ou AB) se desenvolve a partir do Programa de Saúde da Família (PSF) da década de 1990, e das Políticas Nacional de Atenção Básica (PNAB), quando o PSF se torna Estratégia de Saúde da Família (ESF). É aqui, no nível comunitário, do vínculo entre os indivíduos e suas famílias, usuárias dos serviços de saúde, que o ACS vai atuar enquanto um educador popular. É aqui, na filosofia desse vínculo, que o ACS pode começar a realizar o seu papel enquanto educador, trafegando por entre o conhecimento biomédico da equipe com a qual atua e os saberes da comunidade onde atua. Considerando, portanto, a reestruturação do SUS na direção do nível e da filosofia de uma APS forte, é possível ir delimitando algumas escolhas metodológicas.

No capítulo 3 serão apresentadas as contradições referentes ao desdobramento histórico das políticas de saúde envolvendo a APS. Serão trazidos à análise a emergência histórica do ACS enquanto um trabalhador do SUS, no nível de atenção da APS, e as políticas de saúde que culminaram nas últimas edições da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

No capítulo 4 serão analisadas propostas de formação continuada de tal profissional, atravessado por contradições que precarizam o potencial de seu trabalho. Nessa linha chamo atenção para as disputas envolvendo o campo das políticas de saúde no país, em particular envolvendo os retrocessos localizados nas PNAB, e como elas se relacionam com os projetos desses cursos de formação técnica para Agentes.

Por fim, o capítulo 5, é destinado a uma análise do potencial educativo desse profissional, procurando reconhecer em que medida pode se efetuar uma democratização da saúde por meio da educação, reconhecendo a centralidade que o conhecimento biomédico ganha e os riscos de um autoritarismo nessa direção.

CAPÍTULO 3: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE — DISPUTAS, CONTRADIÇÕES E TENSÕES NA CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SUS

As páginas do presente capítulo são destinadas a uma contextualização histórica do processo de consolidação dos princípios do SUS, tendo em vista APS em seu sentido mais amplo: como conceito articulado a um nível de assistência na saúde. Essa contextualização também considera a particularidade da presença da atuação dos ACS em tal processo. Justifica-se o recorte mencionado na medida em que os caminhos percorridos na constituição de políticas públicas de saúde articulam, por um lado, a presença desses profissionais e, por outro, a própria conceituação em torno da APS no âmbito do SUS. Espera-se, ao recuperar os desdobramentos históricos pretendidos, explorar os efeitos das relações entre o campo da saúde no Brasil e a atuação de tais profissionais, não sendo intenção aqui realizar um levantamento histórico exaustivo.

Considero necessário estabelecer, nesse sentido, alguns marcos históricos. Em primeiro lugar, portanto, é importante trazer à tona o contexto brasileiro de formação do trabalho dos ACS. Tendo como ponto de partida experiência inicial de agentes de saúde no Estado do Ceará, que descrevo de maneira mais detida na próxima seção do capítulo. Essa experiência desemboca na constituição do ACS enquanto categoria profissional no país. Para tanto é importante também entender de que maneira a APS foi sendo operacionalizada no país. De modo que após recuperar o histórico do trabalho dos ACS, trago a trajetória envolvendo a operacionalização da APS, enquanto Programa de Saúde da Família (PSF) na década de 1990, e enquanto Estratégia de Saúde da Família (ESF), a partir da publicação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) em 2006 e suas revisões nos anos de 2011 e 2017. Sendo o ACS um profissional do SUS, atuando no nível da APS, torna-se importante levar em conta o histórico de reorientação do sistema de saúde de acordo com o fortalecimento desse nível de atenção e seus conceitos.

É ainda possível afirmar que a referida experiência inicial dos ACS pôde servir como uma das maneiras de operacionalizar os conceitos vinculados ao campo da APS. Operacionalização que se deu pela via de uma atenção continuada no nível comunitário e, sobretudo, pelo papel educativo do ACS. Abria-se mais uma possibilidade de questionar na prática modelos de atenção à saúde baseados na centralidade biomédica, curativa e hospitalocêntrica, considerando tal papel educativo. Os princípios da APS, voltados para a

promoção de saúde e a prevenção, a educação e a participação popular encontraram aí uma importante via para se manifestar no que se configurou como o SUS. De tal modo a atuação do agente se aproximava, não sem tensões, da noção de determinação social da saúde, se vinculando a entendimentos mais amplos sobre o que se trata a saúde.

Exploro, a seguir, essas contradições no processo de criação da profissão do ACS. No restante do capítulo, procuro vinculá-la à construção da APS no Brasil, expressa nos termos da Atenção Básica e da Saúde da Família.

3.1 Agente Comunitário de Saúde: a criação de uma profissão da Atenção Primária à Saúde

Iniciada no Estado do Ceará, a experiência brasileira com o trabalho dos ACS é perpassada por contradições de diversas ordens. Em fins dos anos 1970 foram se desenrolando iniciativas com agentes de saúde no Brasil e, de maneira especial no Estado do Ceará, que foi o primeiro a institucionalizar essas experiências (ÁVILA, 2011a; ÁVILA, 2011b; VIDAL, MOTTA E SIQUEIRA-BATTISTA, 2015; BORNSTEIN, 2016). Vidal, Motta e Siqueira-Batista (2015) localizam o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), criado em 1976, como um propulsor de tal processo, por intensificar a contratação de recursos humanos de maneira diferenciada. Essa maneira diferenciada era caracterizada pelo recrutamento de mulheres com baixa escolaridade, moradoras da própria comunidade em que trabalhavam⁶. O programa, portanto, facilitou a prática de contratação de uma mão de obra barata e pouco especializada na constituição da APS no Brasil. Maria Marlene Marques Ávila (2011a; 2011b) nota, assim, que entre 1979 e 1986 o embrião do que constituirá o trabalho dos agentes de saúde se desenvolvia no Ceará, no município de Jucás. Era uma tentativa de adaptar o Projeto Integrador de Saúde Comunitária de Planaltina, realizado pela Universidade de Brasília, em 1975 à realidade cearense.

O que aconteceu em Jucás se alastraria por mais quatorze municípios do sertão cearense, e em seguida chegaria em todo o estado. Com o Programa de Emergência, criado

⁶ Ainda que a questão das relações de gênero não esteja no escopo da análise realizada, é evidente que existe uma necessidade de considerar esse aspecto da realidade. Conforme Ávila (2011a; 2011b) e Bornstein (2016) notam, no começo do trabalho de ACS, a grande maioria desses trabalhadores era, em verdade, formada por trabalhadoras. As mulheres compunham o principal grupo que formava o corpo dos ACS. Desse modo, ainda que a presente monografia utilize de modo um incomodo o artigo masculino para se referir aos Agentes, não se aprofundando na maneira como o gênero esteve presente nas contradições analisadas, é importante ressaltar e deixar registrado esse aspecto da realidade.

em decorrência da seca, que ocorreu entre junho de 1987 e junho de 1988, iniciava de maneira oficial o trabalho de agentes de saúde. Contratava-se mulheres pobres, moradoras da área onde atuavam, para realizar um trabalho de educação em saúde, independente de sua escolaridade. Garantia-se, assim, um salário a essas mulheres, além de um acompanhamento da situação de saúde infantil da área durante o momento de crise. Com a dissolução do programa de emergência, em agosto de 1988, foi criado no estado o Programa Agentes de Saúde (PAS) em 1989, levando em consideração a repercussão do trabalho realizado (ÁVILA, 2011a). Considero que aí se encontra uma contradição importante, levantada pelos trabalhos mencionados: por um lado, a profissão do ACS surge em relações de trabalho precarizadas; por outro, manifesta um importante potencial na APS.

Um breve adendo teórico: a noção de contradição, utilizada ao longo do presente capítulo, diz respeito à clássica contribuição marxista às ciências sociais, tendo uma importância fundamental nos debates sobre educação. De acordo com Carlos Roberto Jamil Cury (2000), a categoria de contradição é parte fundamental do método do materialismo histórico dialético. É justamente pela via da contradição que a transformação ocorre nas sociedades. Essa contradição diz respeito ao contexto histórico e sua superação. Desse modo, procuro utilizá-la ao longo do presente capítulo a fim de apresentar os riscos e potenciais envolvendo o trabalho dos ACS no âmbito do SUS, pelo ideal de uma APS forte.

A categoria de contradição [...] é a base de uma metodologia dialética. Ela é o momento conceitual explicativo mais amplo, uma vez que reflete o movimento mais originário do real. A contradição é o próprio motor interno do desenvolvimento. Conceber uma tal metodologia sem a contradição é praticamente incidir num modo metafísico de compreender a própria realidade. A racionalidade do real se acha no movimento contraditório dos fenômenos pelo qual esses são provisórios e superáveis. A contradição é sinal de que a teoria que a assume leva em conta que ela é o elemento-chave das sociedades (CURY, 2000. p. 27).

A contradição, enquanto categoria analítica e explicativa da sociedade, deve estar articulada a outras categorias: a de totalidade, a de mediação, a de reprodução e a de hegemonia. Por totalidade, entende-se que o fenômeno estudado não pode ser considerado apenas um processo particular, mas está articulado à totalidade sempre incompleta da vida social. Por mediação, entende-se que o processo estudado se articula a outros processos sociais, sendo influenciado e influenciando estes. O que seria fundamental ao processo pedagógico, na medida em que todo um movimento de ideias é observado. Por reprodução, atenta-se à tendência de autoconservação da vida social, pela reprodução das condições que permitem suas relações mais básicas. Finalmente, por hegemonia, considera-se a indicação de

certas estratégias políticas para preservação da dominação no contexto de uma sociedade de classes no modo capitalista de produção (CURY, 2000. p.27-28).

Em seu trabalho sobre os avanços e limites da política de combate à homofobia, pelo Programa Brasil Sem Homofobia, Alexandre José Rossi (2010) também procura considerar a realidade social enquanto um processo em transformação desde a tradição marxista. Dessa forma, ao construir seu objeto de pesquisa, o autor traz uma importante consideração sobre algumas categorias marxistas de análise levantadas por Cury (2000). Pensando na historicidade dos processos sociais, é necessário considerá-los pela ótica da totalidade. O fenômeno pesquisado está relacionado a um todo que o transcende e se relaciona com ele de maneira dialética. É pela totalidade que um fenômeno estudado, como é o caso das políticas públicas de saúde, vai se conectar com aspectos mais amplos da sociedade.

Já a noção de mediação procura embasar a análise de modo a “dar conta das conexões entre o geral e o singular, entre o universal e o particular, entre o todo e a parte” (ROSSI, 2010. p. 24). Na análise aqui pretendida, é possível estabelecer de que modo as políticas públicas de saúde, além de se conectarem com aspectos mais amplos da sociedade brasileira, estão relacionadas com as práticas dos ACS. Dessa forma, é possível nuançar a noção de contradição para além de seu aspecto macroestrutural, vinculado à explicação da modernidade proposta pela teoria marxista. É possível, assim mobilizar a noção de contradição para dar conta de entender as disputas em torno de políticas públicas, além dos processos dialéticos relativos à educação em saúde.

Essa questão teórica, aberta pela ideia de contradição, que considera o aspecto agonístico da realidade social, será retrabalhada à luz da contribuição da teoria dos campos sociais de Pierre Bourdieu no capítulo 4. Por ora cabe notar que as contradições que vou apontando aqui remetem a todo um contexto mais amplo da sociedade, e está relacionado a modelos educativos diversos – como será explorado no capítulo 5. Com isso em mente, retomo as contribuições de Ávila (2011a): é importante notar como a autora considera que “embora o trabalho com agentes de saúde existisse em vários países, e mesmo no Brasil⁷”, foi a experiência do Ceará que inaugurou sua institucionalização (ÁVILA, 2011a. p. 350).

Essa institucionalização aproxima a prática dos agentes de saúde da construção do SUS no Brasil através de seus princípios e diretrizes. Essa institucionalização, perpassada pela

7 Conforme indicado por Vidal et al (2015), houve uma experiência em Brasília, pela UNB e hospitais da região. Em São Paulo também ocorreram algumas iniciativas, mobilizadas pelos ideais discutidos em Alma Ata (BARROS et al, 2010). Essas experiências locais não ocorreram de modo institucionalizado como no caso do Ceará (BORNSTEIN, 2016).

situação de crise vivenciada na região do Ceará na década de 1980, parece um indicativo do potencial e da força do trabalho de tais Agentes. Reconhecido esse potencial, a inserção do trabalho dos ACS nas instituições políticas também ajudou a fortalecê-lo em uma profissão que passava a emergir no campo das políticas públicas de saúde do Brasil. Uma espécie de ciclo virtuoso, no qual o ACS permite a existência de uma APS forte e uma APS forte fortalece o trabalho realizado pelo ACS, poderia ser depreendido daí. Isto é, se não houvesse contradições no âmbito da sociedade brasileira que se manifestam na precarização do trabalho desses Agentes, apesar de todo o seu potencial.

Em 1991, quando o SUS já existe de maneira formal, como uma conquista da sociedade civil⁸, o trabalho dos ACS se oficializa em território nacional, embora ainda não tenha sido regularizado como categoria profissional. É lançado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que estabelece a prática dos agentes em nível nacional, que passava a se vincular a equipes com profissionais de saúde de nível superior (BORNSTEIN, 2016). Três anos mais tarde, em 1994, o PACS servia de origem para criação do Programa Saúde da Família (PSF), que buscava reorientar o modelo de atenção à saúde no país para o nível da APS (BORNSTEIN, 2016). A reorientação do modelo de trabalho foi baseada em equipes multiprofissionais, atuando a nível local, na promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação de enfermidades. Essa reorientação se tornou a principal diretriz do SUS.

O ACS torna-se aqui uma peça chave para a efetivação desse trabalho, na medida em que desenvolvia uma espécie de conhecimento/saber⁹ que difere daquele estritamente biomédico, de modos mais tradicionais de se pensar o exercício da medicina no campo da saúde. Na próxima seção, apresento de que maneira essa readequação na APS vai se desenvolvendo, considerando a trajetória do PSF e sua transformação em Estratégia, a partir

8 Em sua obra introdutória sobre o SUS, Jairnilson Silva Paim (2009) define o sistema de saúde brasileiro como uma conquista da sociedade civil organizada. Uma importante conquista, com muitos desafios e contradições, estando sempre em risco. Considerando a trajetória do SUS, o presente trabalho procura se posicionar assumindo um compromisso com esse histórico e defendendo sua importância frente as disputas que ocorrem no campo das políticas públicas de saúde no país.

9 De maneira geral, utilizo o termo “conhecimento” para referir-me ao âmbito da ciência na sociedade, enquanto guardo o termo “saber” para o âmbito dos grupos humanos mais ou menos institucionalizados, em particular chamando atenção para os saberes populares. Justificando a escolha a partir de Bourdieu, Chamboredon e Passeron (1999), é possível notar como os autores consideram o conhecimento científico como algo que se constitui através de uma ruptura epistemológica com o senso comum. A análise de Bourdieu e Passeron (1982) sobre o sistema escolar francês também denota a importância de considerar o uso dos termos, na medida em que esse sistema reproduz a ordem social vigente. Por conta dessas tensões, mantenho a separação entre saber e conhecimento, na prática educativa do ACS. Essa temática será explorada ao longo dos próximos capítulos deste trabalho.

das Políticas Nacionais de Atenção Básica.

3.2 Saúde da Família: do Programa à Estratégia; da Atenção Primária à Atenção Básica.

Como mencionado, a experiência do PACS, lançado em 1991, serviu como base para o estabelecimento do PSF, em 1994. O primeiro pode ser entendido como uma estratégia provisória em direção ao segundo (BRASIL, 2001). O PSF teve por objetivo realizar uma reorientação do sistema de saúde brasileiro conforme a conceituação e o nível de atenção reconhecidos como APS. Em termos práticos, o novo Programa complexificou a atuação laboral de diferentes profissões nas equipes das unidades de saúde.

No que diz respeito ao fluxo da organização de trabalho previsto pelo PACS, uma relação muito próxima entre enfermeiro, enquanto profissional da saúde, e ACS é observada como norte. Sendo que o primeiro é responsável pela supervisão e orientação do trabalho realizado segundo.

É importante ressaltar que as atividades desenvolvidas pelos agentes são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro lotado em uma unidade de saúde (na proporção máxima de 30 ACS para cada enfermeiro), o qual atua como instrutor-supervisor. Esse enfermeiro também é responsável pela capacitação dos ACS, que é desenvolvida de acordo com as necessidades identificadas na comunidade. (BRASIL, 2001. p. 8).

No caso da PSF, vemos uma importante mudança no trabalho prestado, articulado mais amplamente em forma de equipe multiprofissional. Com a Portaria nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997, que estabelece normas e diretrizes para o PACS e o PSF, caracteriza-se como Equipe de Saúde da Família (EqSF) os seguintes profissionais: um médico de família ou generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico em enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde — respeitando a proporção de um agente para, no máximo 150 famílias ou 750 pessoas. Cada uma dessas equipes seria, ainda, responsável por no máximo 1.000 famílias ou 4.500 pessoas (BRASIL, 1997). Desse modo, o Agente passaria a se relacionar com uma miríade de outras profissões em seu cotidiano de trabalho, não tendo apenas o enfermeiro como principal ponto de diálogo no âmbito dos serviços de saúde.

Em 2006 é dado um passo na direção do fortalecimento do PSF: o Programa inicial, entendido como uma política de governo, deixa de existir e ganha as características de uma Estratégia permanente (ESF), podendo ser considerado uma política de Estado (MELO et al, 2018; MOROSINI et al, 2018). Essa mudança ocorreu no contexto do Pacto pela Saúde no

mesmo ano, que estipulou um conjunto de reformas pactuados entre as três esferas de gestão (união, estados e municípios), em diálogo com a sociedade civil organizada (GUERREIRO, 2011; FADEL et al, 2009). Essa mudança de Programa à Estratégia, foi finalmente manifesta na primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), também de 2006.

Desde a publicação da PNAB-2006 considera-se a ESF a principal diretriz de realização da APS no Brasil, por meio da Atenção Básica (AB), ampliando seu escopo e concepção. São incorporadas novas especialidades, como aquelas vinculadas à odontologia, no caso das Equipes de Saúde Bucal (ESB), além de serem criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), na primeira reedição da PNAB, em 2011, em que se ofereciam novas especialidades no apoio às EqSF (MELO et al, 2018). Essa ampliação de especialidades, no âmbito da AB, representava um movimento mais amplo de fortalecimento do nível e dos conceitos da APS. Tal fortalecimento era também sentido no momento em que passava a incluir a coordenação prioritária do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS) ao nível da AB (MOROSINI et al, 2018). Não apenas como porta de entrada que encaminha os usuários do SUS a outros pontos da rede de atenção, a AB passava a gerenciar o fluxo desse cuidado, com base no conhecimento sobre a realidade local que se vivencia.

É possível afirmar que a PNAB, pelo próprio termo que carrega em seu nome, institucionaliza a operacionalização da APS enquanto AB no Brasil. Alguns autores consideram o movimento positivo, pois o conceito de Atenção Básica seria mais amplo que a ideia de Atenção Primária à Saúde, muito identificada a um nível de atenção supostamente mais simples (MELO et al, 2018). A partir da contribuição de outros autores, é possível considerar que o termo Atenção Primária à Saúde foi sendo reinterpretado no Brasil como Atenção Básica, num movimento global em que se perde a noção crítica de *determinação social da saúde*, para uma noção mais nuançada de *determinantes sociais da saúde*¹⁰ (MENDES et al, 2018). Essa noção mais nuançada, de acordo com a leitura que faço de tais autores, seria uma forma de tornar esmorecida a noção de que um sistema de saúde forte pressupõe determinado projeto de sociedade mais igualitária e justa.

Sem querer resolver tais tensões, mas apostando na contradição, considero relevante chamar atenção para como, dentro dos próprios conceitos carregados e operacionalizados

10 Esse movimento global diria respeito a uma relativização dos debates que culminaram em Alma Ata em um contexto de neoliberalização dos países europeus e redemocratização de países na América Latina, revelando tensões entre uma APS forte e uma noção de cuidados mínimos que podem se vincular ao termo. Em seu artigo, Melo et al (2018), ao discutirem essa questão, notam os efeitos das contradições descritas nas políticas de investimento no nível da APS no Brasil.

pelas políticas públicas existem potencialidades e desafios. Dentre essas potencialidades, vale mencionar a profissionalização dos ACS que, desde 2002 são regularizados como categoria profissional (BRASIL, 2002), sendo que em 2004 o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação publicam o Referencial Curricular para Curso Técnico em ACS (BRASIL, 2004). Em 2006, no contexto de publicação da portaria da Primeira PNAB, nova lei revogou a anterior, estabelecendo com mais detalhes a atuação do profissional e sua formação (BRASIL, 2006a). É possível afirmar, portanto, que acompanhando o movimento de fortalecimento da APS no contexto da primeira PNAB, vemos uma maior preocupação com a atuação do profissional em questão.

Sobre os desafios, apresento a seguir as revisões da PNAB em 2011 e 2017. De maneira esquemática, é possível afirmar que em 2011 que se encontram os avanços e em 2017 os retrocessos. Tais movimentos trazem importantes efeitos para a prática do profissional que venho descrevendo. O que levará as contradições que acompanham a constituição profissional do ACS a serem traduzidas de um modo muito específico. De um lado para a precarização e o autoritarismo centralizado no conhecimento biomédico, e de outro o fortalecimento da profissão via educação permanente, além do ideal de práticas pedagógicas libertadoras.

3.3 A Saúde da Família na Atenção Básica e suas implicações para a formação do ACS nas políticas de saúde brasileiras

Quando utilizo o termo “formação do ACS”, o faço de maneira bastante carregada em intenções. Em primeiro lugar, o que parece mais óbvio: refiro-me à questão da educação permanente vinculada a esse tipo de profissional. Nesta seção procurarei levar em conta de que modo são formados os ACS. De um modo mais profundo, no entanto, procuro fazer referência a uma categoria profissional perpassada por contradições desde sua emergência. Nesse sentido, a autora Helena Maria Scherlowski Leal David (2011) também traz a consideração de que o Agente Comunitário de Saúde nunca “é”, enquanto uma entidade estável e fácil de compreender. Esse Agente estaria sempre vindo a ser — vindo a ser em relação com a comunidade em que atua e vive, coloca a autora. Não é como uma médica ou um enfermeiro, eu adicionaria, profissões das quais se pode simplesmente dizer que alguém “é” ou “não é”. Considerando aqui esse “vir a ser” como efeito das disputas do campo da APS no Brasil, procuro apresentar as implicações recentes que as mudanças na PNAB nos anos de 2011 e 2017 trouxeram.

Em 2011 a revisão da PNAB indicava a superação de certos desafios encontrados desde sua primeira edição. São criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)¹¹, como forma de ampliar o leque de serviços oferecidos no nível da APS, que apoiam as EqSF tradicionais e de outras especificidades. Criam-se Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e Fluviais (ESFF), que incorporam as mesmas categorias profissionais da ESF, contando ainda com o apoio odontológico e de profissionais vinculados a exames laboratoriais para detecção de doenças endêmicas. É criado também a proposta do Consultório na Rua, para atender a população de rua, vinculando os profissionais que ali trabalham aos NASF e UBS da região em que forem realizados atendimentos (BRASIL, 2011). Em artigo sobre as mudanças nas edições da PNAB, Melo et al (2018) ainda notam sobre o contexto de publicação da portaria de 2011, no sentido de chamar atenção para o que mudou desde a primeira edição da política em 2006:

[I]mportantes nós críticos persistiram, tais como a infraestrutura inadequada, o subfinanciamento, o modelo assistencial e a dificuldade de atração de profissionais médicos. Em 2011, iniciou-se um movimento de mudança da PNAB, em boa parte baseado no enfrentamento desses nós críticos. De fato, podemos reconhecer na PNAB de 2011, no Requalifica UBS (reformas, ampliações, construções e informatização), no Programa de Melhoria do Acesso e de Qualidade (PMAQ) e no Programa Mais Médicos (PMM) expressões desse esforço (MELO et al, 2018. p.40-41).

Tais autores consideram, portanto, que a edição de 2011 da PNAB fortaleceu o movimento esperado de reorientação do SUS na direção da ESF, na direção da efetivação de uma APS forte. Essa consideração é também compartilhada em trabalhos como o de Morosini et al (2018) e Mendes et al (2018), que assim como no artigo citado analisam o ano de 2017 como especialmente perigoso, no sentido de destruição das conquistas que fortalecem essa APS.

Seguindo o fluxo do chamado “congelamento de gastos” da Emenda Constitucional 95/2016, que estabeleceu um teto de 20 anos na destinação de recursos públicos em diversas políticas, dentre as quais as da saúde e educação, o ano de 2017 aprofunda retrocessos. Em um contexto histórico, apontado pelos trabalhos que mencionei no parágrafo anterior, de

11 Os NASF podem ser compostos pelas seguintes categorias profissionais: “Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte-educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas” (BRASIL, 2011).

financiamentos insuficientes para o SUS, é publicada, de forma que pode ser descrita como autoritária, a nova portaria da PNAB. Conforme Morosini, Fonseca e Lima (2018) descrevem os retrocessos na PNAB

“[...] pelo menos, desde outubro de 2016, quando foi realizado o VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica, cujos indicativos para tal revisão foram publicados em um documento-síntese. [...] Desde então, as notícias sobre a revisão da PNAB foram se intensificando, mas sua produção foi pouco divulgada oficialmente e sua discussão manteve-se em espaços restritos [...] Em 27 de julho de 2017, o texto preliminar foi apresentado na CIT [Comissão Intergestora Tripartite] e encaminhado para consulta pública por dez dias. Apesar do curto prazo, a consulta recebeu mais de 6 mil contribuições, sem que tenham gerado, entretanto, mudanças expressivas no texto original ou tenham sido divulgados os seus resultados” (MOROSINI, FONSECA E LIMA 2018. p. 14).

Essa nova portaria trouxe importantes retrocessos e riscos para o SUS, colocando a posição do ACS em um lugar bastante complicado. Em primeiro lugar, como notam os autores em questão, se coloca em parênteses a universalidade do SUS, por trazer em cena uma relativização da cobertura da AB no país. Em seu artigo, os autores notam como a cobertura universal se constituiu de forma mediada pela relação entre o número previsto de ACS por equipe e a cobertura de 100% da população cadastrada.

Para a implantação da EqSF nas PNAB de 2006 e 2011, seria necessário um número de agentes suficiente para cobrir toda a população cadastrada, respeitando o máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe. No caso da edição de 2011, ainda havia o alerta de que não se deveria ultrapassar o número máximo de moradores vinculados a cada equipe, o que os autores consideram que evidenciava uma preocupação com as condições que podem afetar diretamente a qualidade da atenção. No texto da PNAB-2017, anterior a consulta pública, não houve referência à cobertura universal. Realizada a consulta pública, a referência a 100% de cobertura é retomada com um adendo: deve ser garantida nos casos de áreas de vulnerabilidade social e risco (MOROSINI, FONSECA E LIMA 2018).

Os mesmos critérios socioeconômicos, articulados a critérios demográficos e epidemiológicos, que determinam a chamada vulnerabilidade social e o risco, são mobilizados para tonar indefinido o número de ACS por equipe. De modo que seria possível compor equipes com apenas um agente, levando a um reforço do “risco de serem recompostas barreiras ao acesso à saúde por parte da população” (MOROSINI, FONSECA E LIMA 2018. p. 15). Esses movimentos revelam a ideia de uma APS seletiva, em vez de universal como é proposto pelas leis que regem o SUS.

Em segundo lugar, coloca-se em parêntese as próprias atribuições do ACS, que passa a

ter sua existência na EqSF questionada pelo texto da nova PNAB, como vim discutindo. Morosini, Fonseca e Lima (2018) notam que as atribuições dos ACS e dos Agentes de Combate a Endemias (ACE)¹² no âmbito da AB tornam-se cada vez mais parecidas, contribuindo para o enfraquecimento de ambas profissões. Melo et al (2018) chamam atenção para a maneira como as atribuições do ACS são ampliadas, de modo a sobrecarregar o profissional, trazendo atividades que até então eram realizadas por técnicos de enfermagem. Essas atividades incluem aferição de pressão arterial, de índices glicêmicos e temperatura corporal. O que, é possível considerar, aproxima a profissão de um conhecimento centradamente biomédico, o que contribui para práticas educativas autoritárias em detrimento de uma educação em saúde libertadora.

Essas novas atribuições ao ACS, relativas a procedimentos clínicos de técnicos de enfermagem, seriam trabalhadas em curso técnico. Um curso técnico de enfermagem para os ACS, conforme portaria 83/2018 (BRASIL, 2018; SILVA et al, 2020). Vale a pena aqui notar que a ideia de um curso técnico para ACS não é nova. Pelo menos desde 2004, como já mencionado, havia sido consolidado um Referencial Curricular para Curso Técnico em ACS. A diferença é que não estava previsto no referido curso práticas clínicas de enfermagem, mas sim noções mais próximas do âmbito da educação popular em saúde. No próximo capítulo proponho comparar propostas pedagógicas de profissionalização da prática dos ACS, evidenciando o desdobramento histórico da formação proposta a esse profissional. Espera-se, assim, aprofundar a contextualização histórica e análise realizadas até aqui, chamando atenção para os efeitos que se manifestam no “vir a ser” dos ACS a partir das disputas do campo do APS.

12 De acordo com Barbosa, Gondim e Oliveira (2016), apenas em 2006 foi regulamentada a profissão do ACE, com a lei 11.350, tendo como foco de atuação o combate a doenças endêmicas. Conforme disposto nessa lei, “o Agente de Combate às Endemias tem como atribuição o exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor de cada ente federado” (BRASIL, 2006b). Desde 2010 tem sido observada a inserção da atuação desses profissionais na AB, aproximando-se de maneira mais efetiva do cotidiano das comunidades em sua relação com as Unidades de Saúde.

CAPÍTULO 4: A FORMAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM QUESTÃO — UM CAMPO DE DISPUTAS

No capítulo anterior, realizei uma análise das contradições através das quais se consolidam a APS como nível prioritário de ação e gestão da saúde, e a profissão do ACS como trabalhador desse nível atenção. Passo agora a explorar analiticamente de que maneira as contradições, apresentadas naquela ocasião, se manifestam em um campo social de disputas envolvendo a formação que tem sido pensada para esse profissional do SUS. Esse campo social será referenciado como campo das políticas públicas de saúde, que inclui as políticas e iniciativas educativas voltadas aos Agentes. Tais políticas e iniciativas conformam o principal elemento a ser analisado no presente capítulo.

Trago como material de análise dois documentos, publicados em momentos bastante distintos, na consolidação das políticas de saúde no país. O primeiro deles é o Referencial Curricular para Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde (RC-CTACS), publicado no ano de 2004, através de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação. O segundo documento é o Projeto Pedagógico de Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde, publicado no ano de 2021 pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), no âmbito do Programa Saúde com Agente¹³.

O contexto de publicação de ambos os documentos refere-se às contradições evidenciadas no capítulo anterior. Tais documentos dizem respeito a cursos de formação técnica, que emergem como tentativa de resolver os dilemas da precarização, frente às potencialidades e às complexidades relacionadas ao trabalho dos ACS. Essa precarização que se torna compreensível como um movimento constante na consolidação do trabalho dos Agentes, se manifesta através de uma formação profissional fragmentária. Isto é, levando em conta que o histórico dos requisitos para se tornar Agente apresenta mudanças, é possível evidenciar a fragmentação da formação desse profissional em diferentes níveis de Ensino. Logo nas experiências iniciais, exigia-se que, além de ser membro da comunidade, se soubesse ler e escrever (ÁVILA, 2011); em seguida, já em 2002 passou a se exigir o Ensino Fundamental e que o ACS morasse na área de atuação, além de uma formação inicial

13 O Programa Saúde com Agente é uma parceria do Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), em parceria com a UFRGS e a Comissão Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Trata-se de um programa de ensino híbrido oferecido a todo o país para a categoria dos ACS e dos ACE, por meio de cursos técnicos voltados a esses profissionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

(BRASIL, 2002); e, finalmente, desde 2018, tem sido exigido o Ensino Médio, além da questão de residir na área de atuação e de uma formação inicial de 40 horas (BRASIL, 2018a).

Essa formação profissional fragmentária se combina a uma série de transformações que, ao mesmo tempo que atestam o potencial do trabalho prestado pelos ACS, fragilizam sua atuação profissional. Refiro-me aqui à proliferação de atribuições desse profissional que lida com a educação em saúde, especialmente no que diz respeito à inflexão de caráter mais biomédico que a última PNAB tem representado. Entendo, nesse sentido, que os documentos analisados no presente capítulo devem ser considerados a partir do histórico em que retracei essas contradições.

Existem, assim, diferenças importantes que são visíveis nos dois documentos, considerando-se tanto a natureza dos mesmos, quanto o momento histórico em que emergem. O Referencial Curricular, publicado em 2004, propõe diretrizes mais gerais para a elaboração de cursos técnicos voltados ao ACS. Já o Projeto Pedagógico, publicado em 2021, por outro lado, se inscreve como uma tradução específica do documento publicado dezessete anos antes. Do ponto de vista histórico, o primeiro documento diz respeito a um contexto de fortalecimento da APS, enquanto o segundo se insere num contexto de desmonte do SUS e relativização dos objetivos relativos a reorientação do cuidado no âmbito da Saúde da Família (MOROSINI, FONSECA E LIMA, 2018; MELO, MENDONÇA E OLIVEIRA, 2018).

Antes de passar propriamente a análise desses movimentos contraditórios na consolidação do sistema de saúde brasileiro, através dos documentos mencionados, trago uma breve consideração teórica para a análise empreendida. No que se segue, portanto, realizo uma passagem analítica da ideia de contradição com a qual vim trabalhando, para a noção de campo das políticas públicas de saúde no Brasil. Tal campo deve ser compreendido como um espaço onde se privilegiou a ideia de uma APS forte, baseada na Saúde da Família, considerando as políticas públicas voltadas para a saúde no país. Esse privilégio não é algo dado. Ele foi e é resultado das muitas lutas que constituem a Saúde da Família como um valor simbólico fundamental ao SUS, pelo direcionamento das estratégias de cuidado e atenção no nível da APS. Considerando-se como um valor simbólico, essa APS forte pode ser entendida como uma maneira de entender a saúde fincada em ideais democráticos e na cidadania.

4.1 Da contradição ao campo

Se no capítulo anterior vim utilizando a noção de contradição, própria de uma leitura marxista da realidade, enquanto atentava aos retrocessos e avanços das PNAB, neste capítulo procuro inscrever essas contradições em uma proposta analítica que engloba a anterior. Essa proposta analítica é construída a partir da contribuição de Pierre Bourdieu, envolvendo a conceituação de campo social, que inscreve as contradições do nível econômico do desenvolvimento de políticas públicas em economias políticas que não são imediatas, mas carregam a marca de uma mediação simbólica. Tal mediação, como veremos, não é isenta de lutas, sendo formada através de tais conflitos.

É possível depreender a conceituação de campo do sociólogo considerando muitas de suas contribuições para a questão da dominação e das lutas que a envolvem no âmbito da sociedade. Uma dessas contribuições diz respeito ao campo científico, vinculado à produção da ciência, sendo também trabalhada por Starepravo, Souza e Marchi Junior (2013) em uma tentativa de delimitar o campo das políticas públicas de esporte e lazer no Brasil. Tal delimitação é encarada pelos autores como uma maneira de complexificar a análise de políticas públicas, uma vez que *grosso modo* haveria, de acordo com Bourdieu, na referida discussão sobre o campo científico:

[D]e um lado, os que sustentam que, para compreender a literatura ou a filosofia basta ler os textos. Para os defensores desse fetichismo do texto autonomizado que floresceu na França com a semiologia e que refloresce em todos os lugares do mundo com o que se chama de pós-modernismo, o texto é o alfa e o ômega e nada mais há para ser conhecido [...] Em oposição, uma outra tradição, frequentemente representada por pessoas que se filiam ao marxismo, quer relacionar o texto ao contexto e propõe-se interpretar as obras colocando-as em relação com o mundo social ou econômico (BOURDIEU, 2004. p. 19).

É pela negativa dessas duas alternativas que Bourdieu elabora a noção de campo científico. Trata-se de um campo com uma relativa autonomia com relação à sociedade e outros campos que a atravessam. Trata-se de um espaço de lutas que se define pelo que está em jogo para os agentes implicados nessas lutas e pelas posições que os mesmos ocupam nesse espaço. Lutas e posições que dizem respeito a ganhos simbólicos reconhecidos por aqueles que são seus concorrentes nesse campo, e que acabam definindo sua realidade.

Lutas e posições que podem ser convertidas e transformadas em ganhos em outros campos que atravessam a sociedade. Esses ganhos, dentro e fora dos campos específicos, podem ser concebidos como capitais acumulados envolvendo diferentes naturezas simbólicas.

O capital simbólico é uma propriedade qualquer [...] que, percebida pelos agentes sociais dotados das categorias de percepção e avaliação que lhes permitem percebê-la, conhecê-la e reconhecê-la, se torna simbolicamente eficiente, como uma verdadeira força mágica: uma propriedade que, por responder às “expectativas coletivas”, socialmente constituídas, em relação às crenças exerce uma espécie de ação à distância. Damos uma ordem e ela é obedecida: um ato que é quase mágico. [...] Para que o ato simbólico tenha, sem gasto visível de energia, essa espécie de eficácia mágica é preciso que um trabalho anterior, frequentemente invisível [...] tenha produzido [...] as disposições necessárias para que eles tenham a sensação de ter de obedecer sem sequer se colocar em questão a obediência (BOURDIEU, 1996, p. 170).

Não sendo minha intenção me aprofundar em uma discussão sobre os diferentes tipos de capital, mas reconhecer o caráter de consenso que há no dissenso, como explorado na citação acima, volto ao exemplo do campo científico. Bourdieu também se refere ao capital científico, ou seja, um tipo de reconhecimento e crédito que os agentes do campo científico – os cientistas – investem em um mercado simbólico que é reconhecido por seus pares (BOURDIEU, 1983; HOCHMAN, 1994). Esse círculo de investimento, reconhecimento e crédito exprime de maneira exemplar o conceito de *campo social*: um espaço reconstruído analiticamente pelo sociólogo, em que os agentes em disputa têm em comum o fato de compartilharem das mesmas regras do jogo. Essas regras são simbólicas se inserem os agentes sociais¹⁴ em um universo que guarda relativa autonomia com relação a aspectos macroestruturais da sociedade.

Por conta do que Bourdieu vai chamar de *princípio de homologia funcional e estrutural*, conforme nota Montagner (2006) em um artigo sobre o uso de conceitos do autor para discussões envolvendo a saúde, é possível supor que estruturas semelhantes estabeleçam a lógica do campo das políticas de saúde pública no Brasil, em que insiro as disputas do material aqui analisado. Essa possibilidade se estabelece por conta de que as oposições que são analisadas no presente trabalho viriam a partilhar do mesmo tipo de homologia de outros campos sociais, se estruturando por oposições historicamente dadas na sociedade (MONTAGNER, 2006. p. 525).

Por conta de seu caráter agonístico, em que as lutas depreendidas no âmbito da sociedade são algo central para a definição do conceito, julgo que o conceito de campo social possa ser muito útil para analisar as contradições que vim apresentando no campo das políticas públicas de saúde no Brasil. Starepravo, Souza e Marchi Junior (2013) apresentam, nesse sentido, um trabalho interessante que mobiliza a teoria dos campos de Bourdieu para

¹⁴ Refiro-me por “agente social”, em minúsculo, à conceituação própria da abordagem bourdieusiana. Essa escolha estilística se deve a uma tentativa de diferenciar o uso desse conceito do termo Agente Comunitário de Saúde, que é o profissional cujo trabalho dedico às análises propostas nessa monografia.

análise de políticas públicas de esporte e lazer no país. Tais autores consideram que o caráter de relativa autonomia de um determinado campo social incide em um movimento no qual as pressões externas ao campo só se manifestam ali dentro através de sua própria lógica. Essas pressões seriam reinterpretadas de acordo com as regras simbólicas do campo de disputas em questão. Sobre as políticas de esporte e lazer, os autores, assim, ponderam:

No caso das políticas públicas de esporte e lazer, tem-se a impressão que o subcampo onde se formula e se implementam as políticas é marcado por uma grande heteronomia, uma vez que as coações externas são constantes em seu funcionamento. Tal abertura, por sua vez, abre espaço para que o esporte seja usado como moeda de troca eleitoral, com um tom salvacionista [...] ou exclusivamente sob a ótica do esporte de alto rendimento [...] (STARAPRAVO, SOUZA E MARCHI JUNIOR, 2013. p. 790).

Não sendo minha intenção realizar uma extensa recuperação das políticas públicas de lazer e esporte, limito-me a afirmar o seguinte: nada parece mais diferente que o quadro das políticas de saúde do que o quadro apresentado por tais autores. Mesmo que se avizinhem retrocessos, nos avanços que são observados, ainda assim o campo da saúde pública no Brasil parece guardar uma importante força simbólica. Essa força faria com que o campo das políticas públicas de saúde fosse mais resistente a pressões externas, cedendo menos a elas do que no caso das políticas de esporte e lazer.

Passo agora, à análise dos documentos a qual destino o presente capítulo. Primeiramente trazendo um pouco mais do contexto histórico que envolve o Referencial Curricular e o Projeto Pedagógico à tona, e, em seguida, o conteúdo propriamente dito dos documentos.

4.2 Curso técnico de quê?

Com a publicação da portaria que institui a PNAB de 2017, foram elencadas novas atribuições aos ACS no âmbito do SUS. Para além do trabalho de promoção e vigilância à saúde, vinculado à realização de visitas domiciliares e outras atividades de caráter pedagógico, atribuições de um caráter mais biomédico são observadas.

Chamo atenção para a realização de aferição de pressão arterial e índices glicêmicos, bem como da temperatura corporal, em regime de exceção, durante as visitas domiciliares. Esse tipo particular de atribuição, embora pareça algo pequeno, ganha grandes proporções quando comparado ao trabalho que até então era realizado (e continua sendo feito) por tais agentes.

Em primeiro lugar, é preciso considerar que, historicamente, os requisitos para se tornar um agente de saúde nunca incluíram uma formação técnica que capacitasse os profissionais para a realização de tais procedimentos. Nos primeiros momentos da emergência desse tipo de profissional, exigia-se, para além do residir na comunidade, que se soubesse ler e escrever; com o movimento de profissionalização dos ACS passou a se exigir Ensino Fundamental completo e, finalmente, Ensino Médio. De todo modo, a questão da formação do ACS continuava sempre problemática, dada a complexidade do trabalho que realiza no nível da APS.

Complexidade que se manifesta, no caso dos ACS, sobretudo pelos trânsitos e entre-lugares. É um profissional que trabalha junto à comunidade a qual pertence, servindo como um elo de mediação entre saberes populares e o conhecimento científico, de caráter mais biomédico (DAVID, 2011). Pertence também a uma equipe multiprofissional, na qual muitos de seus colegas carregam um capital simbólico mais elevado, ostentando cargos em que existe a exigência de um diploma universitário para serem ocupados (SILVA E DAVID, 2018). Esse entre-lugar e o tráfego por entre a APS e a comunidade na qual reside, características próprias do trabalho do ACS, traz muitas potencialidades, que encontram importantes obstáculos.

Considerada a precarização e a promessa do trabalho realizado pelos agentes, a questão da formação continuada para a profissão tem sido discutida pelo menos desde 2004, com o Referencial Curricular publicado na época. Seria uma forma de valorizar a profissão e qualificar o trabalho que é realizado. Desde a publicação desses referenciais curriculares, algumas experiências em curso técnico de ACS tem sido observadas, mas tendo um nível mais local, como expresso pela presença de publicações, artigos e monografias, do tipo relato de experiência (SILVA, 2019; COELHO, VASCONCELOS E DIAS, 2018; PEKELMAN, 2014; SILVA et al, 2010).

Já no que diz respeito às novas atribuições dos ACS, propostas pelo texto da PNAB-2017, é interessante notar como, pouco depois da publicação da portaria que a institui, teve início todo um debate que pode ser encarado como sintoma dos retrocessos que venho evidenciando. Com a portaria 83/2018 (BRASIL, 2018b), passou a se considerar que a formação técnica, tão cara à valorização da profissão do ACS e à qualificação do trabalho realizado pelo profissional, devesse ser uma formação para técnico em enfermagem. Instituiu-se, na publicação dessa portaria, o Programa de Formação Técnica em Enfermagem para Agentes de Saúde (PROFAGS), que aproveitando da justificativa da necessidade dessa

formação, desconstruía a profissão do ACS, sua prática de trabalho e o tráfego entre saberes e conhecimento que ela instiga (NOGUEIRA E BARBOSA, 2018). O ACS enquanto trabalhador, bem como o próprio produto do trabalho que realiza, passam a ficar em risco.

Outra potencial repercussão do PROFAGS é a iminente descaracterização profissional que a formação em enfermagem produzirá no processo de trabalho dos agentes. O trabalho do ACS é constituído por práticas que incluem mobilização social, interlocução entre os saberes biomédicos e os saberes populares, reivindicação por direitos sociais, mapeamento e acompanhamento das condições socio sanitárias dos territórios que são determinantes no processo de saúde e doença, na produção de informações, na construção de redes de apoio social, no planejamento e execução de ações educativas em saúde. Estas práticas vêm sendo atravessadas pela racionalidade gerencialista, processo que se aprofunda com a implantação de sistemas de avaliação do trabalho em saúde subsidiados por critérios de desempenho individual, competitividade entre as equipes, remuneração por desempenho e orientação do trabalho baseado em metas quantitativas centradas em procedimentos biomédicos (NOGUEIRA E BARBOSA, 2018. p. 394).

A ideia de um curso técnico de enfermagem para os ACS se justificaria por um suposto aumento na resolutividade do trabalho que realizam no nível da APS. Nogueira e Barbosa (2018), em um Editorial crítico à proposta do PROFAGS, consideram que o que aconteceria é um aumento da burocratização do trabalho dos agentes e, o que julgo mais grave, a secundarização do trabalho de educação popular em saúde que realizam.

No referido Editorial, publicado pelo periódico Trabalho, Educação e Saúde, da Fiocruz, as autoras ainda notam que o PROFAGS foi proposto de forma autoritária. Haja vista que “ocorreu entre gestores sem a participação dos demais atores com expertise e representatividade histórica na atuação e na formulação de políticas de educação profissional em saúde, como as Escolas Técnicas do SUS” (NOGUEIRA E BARBOSA, 2018. p. 393). O tipo de formação proposto pelo PROFAGS, assim, não tinha necessariamente qualquer relação com instituições públicas de ensino.

Pensando no contexto de publicação de tal Editorial, é possível depreender a resposta da sociedade civil, ou melhor, de certos agentes do campo das políticas de saúde pública do país, engajados com o fortalecimento da APS.

É notório que os interesses privatistas e mercantis que hegemonizam o governo federal tensionaram para a elaboração do PROFAGS. No entanto, as [Escolas Técnicas do SUS] ETSUS, representações sindicais organizadas por ACSs, a Associação Brasileira de Enfermagem e outras entidades estão se posicionando contrariamente ao Programa. A efetivação do direito à formação profissional dos trabalhadores ACSs e ACEs é fundamental para a defesa do SUS, pois eles compõem categorias instituídas e existentes exclusivamente no âmbito da política pública. Constitui-se dever do Estado prover o acesso à formação profissionalizante destes trabalhadores, comprometendo-se com uma política de formação que não impulsione a privatização e o desmonte do SUS. Ao contrário, cabe-nos afirmar a necessidade de prover uma formação profissional específica, voltada para a AB,

para o SUS e que se dê, prioritariamente, pelas instituições públicas de ensino (NOGUEIRA E BARBOSA, 2018. p. 395).

Esses agentes sociais, para utilizar conceitos do âmbito da teoria bourdieusiana, como as ETSUS, as representações sindicais dos ACS e a Associação Brasileira de Enfermagem, ao demonstrarem um compromisso com os ideais de uma APS forte, parecem indicar uma importante capacidade de organização e articulação. De maneira semelhante, na ocasião da publicação da Portaria que institui a PNAB de 2017, houve uma expressiva resposta no nível da sociedade civil organizada por agentes sociais deste tipo.

Em setembro de 2017, foi publicada uma nova PNAB, que suscitou a crítica de organizações historicamente vinculadas à defesa do SUS, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp). Em nota conjunta, as três instituições denunciaram, entre outras coisas, a revogação da prioridade dada à Estratégia Saúde da Família (ESF) na organização do SUS com a provável perda de recursos para outras configurações da Atenção Básica (AB), em um contexto de retração do financiamento da saúde. Demonstraram preocupação com retrocessos em relação à construção de uma APS integral, que vinha direcionando o modelo de AB baseado na ESF (MOROSINI, FONSECA E LIMA, 2018. p.12).

Compreendendo a proposta do PROFAGS como um desdobramento específico do movimento mais geral representado pela publicação da PNAB-2017, é importante perceber o capital simbólico que tais agentes sociais carregam e atualizam. No âmbito do trabalho analítico que realizo, chamo atenção para o fato de que a proposta do PROFAGS foi revogada pela portaria nº 105, publicada em 17 de janeiro de 2020 (BRASIL, 2020). Revogação que representa uma importante conquista na direção de um fortalecimento da APS, no âmbito das disputas no campo das políticas públicas de saúde no Brasil. Fortalecimento da APS que significa fortalecimento do ACS enquanto categoria profissional e do trabalho que esse profissional realiza. Fortalecimentos que não são absolutos, mas sempre relativos e em risco.

4.3 ...de Agente Comunitário de Saúde

Em risco de quê, exatamente? Espero responder essa pergunta pela análise dos documentos em questão. Noto, assim, que há grandes semelhanças entre eles, apesar da distância temporal. De certa forma, é como se o Projeto Pedagógico do Programa Saúde com Agente de 2021, elaborado pela UFRGS, representasse uma aplicação específica do Referencial Curricular publicado em 2004. Em que se pese o fato de o documento mais recente se referir a um curso que será oferecido para todo o país, se valendo de plataformas virtuais de ensino, e o segundo pensar mais a realização dos cursos voltando-se a instituições

de ensino e práticas mais convencionais.

Existe em ambos os casos uma preocupação com a educação popular em saúde em dois níveis. De um lado referente ao próprio oferecimento do curso aos ACS, entendendo a importância de serem atividades pedagógicas realizadas no período de trabalho e integradas à prática laboral dos profissionais. De outro referente a relação que os ACS estabelecem com a comunidade em que trabalham e vivem, enquanto educadores populares. Privilegia-se, tanto em um caso, como no outro, perspectivas pedagógicas que considerem a realidade vivenciada de modo a transformá-la, tanto do ponto de vista dos ACS enquanto profissionais, quanto do ponto de vista dos ACS na relação com a comunidade em que atuam.

Os ACS atuam no apoio aos indivíduos e aos coletivos sociais, identificando as situações mais comuns de risco em saúde, participando da orientação, acompanhamento e educação popular em saúde, estendendo as responsabilidades das equipes locais do SUS, colocando em ação conhecimentos sobre prevenção e solução de problemas de ordem sanitária, mobilizando práticas de promoção da vida em coletividade e de desenvolvimento das interações sociais. A formação e desenvolvimento profissionais sugerem a identificação técnica, ética e humanística do que compete ao profissional de saúde e que competências são requeridas para que os usuários das ações e serviços de saúde se sintam atendidos em suas necessidades diante de cada prática profissional (BRASIL, 2004. p. 48-49).

Outro eixo do curso é a educação popular, a qual toma como ponto de partida os saberes prévios dos educandos. À medida que as pessoas vão seguindo seus caminhos de vida, os saberes vão sendo construídos, e são fundamentais para que consigam superar, em diversas ocasiões, situações de muita adversidade. A educação popular faz uma aposta pedagógica na ampliação progressiva da análise crítica da realidade por parte dos coletivos à proporção que eles sejam, por meio do exercício da participação popular, produtores de sua própria história. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2021. p. 12-13).

Tais semelhanças parecem indicativos do capital simbólico dos agentes sociais que defendem o trabalho dos ACS e o fortalecimento do nível da APS no SUS. Se em 17 anos foi possível manter, apesar das contradições e disputas, uma preocupação com práticas pedagógicas comprometidas com a autonomia dos sujeitos, essa manutenção pode servir como atestado da força desses agentes sociais, novamente utilizando o conceito de Bourdieu. Invertendo o argumento: a perenidade do conceitual que envolve uma visão crítica da educação em saúde, de certa forma, pode se desenvolver na medida em que a prática dos ACS, a reorientação do sistema de saúde na direção da APS, e o SUS de modo geral vão se consolidando enquanto bens simbólicos de peso no campo das políticas públicas de saúde.

A despeito dessa perenidade, no entanto, é possível elaborar diferenças importantes na proposta que os documentos em questão carregam, em ambos os casos refletindo as disputas do campo que analiso. Essas disputas levam a transformações no entendimento do que venha

a ser educação popular ou o caráter educativo da prática do ACS. Desse modo, é sintomática a presença de termos mais abertos e vagos no caso do Referencial Curricular (2004) e de uma proliferação de conceitos, aparentemente mais precisos, no caso do Projeto Pedagógico (2021). Os termos abertos podem indicar, de certa forma, uma maior abertura para os desafios locais que se apresentarem no âmbito da APS, mas, ao mesmo tempo, podem significar uma perda de precisão conceitual. Já no caso da proliferação dos conceitos, o que se observa é uma tendência a especializar e burocratizar, no entanto sem necessariamente qualificar a atuação do Agente Comunitário de Saúde.

Sendo publicado em 2004, o Referencial Curricular, parece apostar de maneira mais explícita no potencial humanístico do ACS. A referência às tensões e pontos de convergência, no tráfego entre conhecimento científico e saberes populares, é colocada mais em evidência. O ACS é encarado como um educador que tem um conhecimento/saber todo especial, com relação ao restante da equipe multiprofissional onde vem a atuar. Não é tratado como um reprodutor do conhecimento biomédico frente a comunidade, tampouco como um representante do saber popular nas EqSF. É, antes, elaborado como um educador popular que pode vir a ser encarado como uma liderança na comunidade onde atua. Liderança que se justifica, justamente, pelo papel de mediação que realiza entre diferentes universos simbólicos.

Estes profissionais, ao término do curso, deverão ter potencializadas suas capacidades de aumentar o vínculo entre as equipes de saúde e as famílias/comunidade, de facilitar o acesso dos usuários ao sistema de saúde e de liderança, avançando em direção à autonomia dos sujeitos em relação à própria saúde e à responsabilização coletiva pela promoção da saúde de indivíduos, grupos e meio ambiente. Além disto, o curso deverá reforçar o importante papel social do técnico agente comunitário de saúde de atuar como mediador entre distintas esferas da organização da vida social (BRASIL, 2004. p. 18)

O vínculo que se estabelece com a comunidade onde atua dá a tônica principal da identidade do ACS, conforme trabalhado pelos eixos que fundamentam as três etapas de formação propostas pelo curso. Essa temática constitui o ponto fundamental do curso técnico proposto, constituindo o começo do percurso formativo proposto no documento de 2004. Esse processo formativo pode ser explicitado segundo o quadro abaixo.

	Descrição da etapa	Conhecimentos e competências a serem desenvolvidos	Carga horária
Etapa I	Formação inicial: o papel do ACS na comunidade e na equipe.	Conhecimentos sobre o processo de trabalho nas EqSF, evidenciando os diferentes espaços e contextos de sua prática profissional. Planejamento e capacidade do Agente se situar como membro da EqSF e como mobilizador social	400 horas
Etapa II	Promoção da saúde e prevenção de doenças.	Compreensão do processo saúde-doença e seus determinantes. Apreensão de conceitos de promoção da saúde e prevenção de doenças. Reconhecimento dos espaços e contextos onde as ações são elaboradas: domicílios, escolas, creches, asilos, unidades de saúde, associações de bairro e outros. Orientações sobre políticas sociais. Mobilização da comunidade e articulação intersetorial.	600 horas
Etapa III	Promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário.	Aplicação de estratégias de promoção da saúde voltadas à situações de risco sanitário e ambiental. Conceitos e estratégias referentes à vigilância em saúde. Avaliação do processo de trabalho na prevenção de agravos sanitários.	200 horas

Quadro 1: Reprodução sintética das etapas formativas do Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2004. p. 21-23)

O percurso proposto pelo Referencial Curricular inicia com a identidade profissional, em tensão com a equipe multidisciplinar e a comunidade onde se atua, passa para uma discussão sobre fatores que determinam os processos de saúde e doença e encerra com o manejo de situações de risco sanitário e ambiental na comunidade. Um percurso complexo para um educador popular em saúde, que exige uma articulação de saberes e conhecimentos e de pessoas e instituições em nível comunitário e intersetorial. Essa complexidade recebe uma tradução bem específica, em 2021 com a publicação do Projeto Pedagógico do Programa Saúde com Agente, oferecido pela UFRGS. Dessa forma, deve-se considerar que, ainda que um certo núcleo de atuação do ACS tenha se mantido, o mesmo sofre os efeitos de novas mediações e sentidos.

Como mencionado, este documento apresenta uma proliferação de conceitos, levando a uma discussão aparentemente mais delimitada e precisa em relação ao documento analisado anteriormente. Em partes, isso pode ser atribuído ao tipo de documento. Não se trata mais de um Referencial Curricular, mas sim de uma expressão desse referencial, manifesta em uma tentativa de operacionalizar suas diretrizes. Existe aqui, então, alguma precisão maior nos conceitos abordados, uma vez que estes estão mais próximos de sua operacionalização enquanto curso técnico. As etapas formativas descritas anteriormente, na análise do Referencial Curricular, são traduzidas aqui no Projeto Pedagógico como disciplinas, módulos e referenciais bibliográficos.

O quadro abaixo apresenta as etapas formativas previstas no curso e tem o objetivo de indicar a complexidade do trabalho e da formação dos agentes. Complexidade que se dá, também, frente ao contexto de publicação da nova PNAB e da proliferação de atribuições que o cargo tem sofrido.

	Conteúdos	Síntese dos principais referenciais	C.H.
Etapa introdutória	Alinhamento conceitual, acesso a ambiente virtual, comunicação e educação.	Noções de informática básica. Discussão sobre comunicação e cibercultura. Ética e bioética. Política Nacional de Educação Popular em Saúde e Política Nacional de Educação Permanente.	75 horas
Etapa formativa I	Planejamento; mobilização social; percepção e prática de saúde; promoção, prevenção e comunicação.	Políticas de Saúde, APS e AB. Identidade profissional do ACS. Intersetorialidade e coordenação da atenção à saúde. Territorialização. Processo de trabalho. Epidemiologia. Sistemas de Informação em Saúde. Vínculo na APS. Noções de microbiologia e parasitologia. Processo saúde/doença. Ambiente e saúde. Doenças emergentes e reemergentes. Promoção da saúde. Imunização. Cuidado, educação e promoção em saúde.	780 horas
Etapa formativa II	Ações educativas na prevenção de agravos à saúde e ações de cuidado.	Anatomia, fisiologia e primeiros socorros. Ciclo de vida familiar. Enfoque educativo do ACS em doenças transmissíveis. Enfoque educativo do ACS em doenças não-transmissíveis. Ações de cuidado visando ampliação das práticas dos ACS.	420 horas

Quadro 2: Reprodução sintética das etapas formativas do Projeto Pedagógico do Curso Técnico vinculado ao Programa Saúde com Agente (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2021. p. 22-25)

Convivem, por um lado, discussões e atribuições que parecem clássicas ao Agente Comunitário de Saúde, e por outro, aquelas que acompanham o movimento dos retrocessos que se observam, pelo menos desde a PNAB-2017. De modo que é possível notar o caráter

educativo e de mobilização social realizado pelo profissional, ao mesmo tempo em que aparecem ações de cuidado novas, que visam a ampliação das práticas dos Agentes. O vínculo na APS, a relação que o ACS estabelece com as famílias e a EqSF, conhecimentos epidemiológicos e de vigilância em saúde e as novas ações de cuidado – trazidas em 2017 – são todas questões que de alguma forma aparecem no quadro acima.

É importante insistir na questão da mudança de linguagem apresentada no Projeto Pedagógico do Curso. Em 2004, quando se evoca a ideia de mobilização social, a mesma aparece de modo vago ao qual me referi. Essa ideia de mobilização está relacionada ao caráter de educador popular do Agente, que deve desenvolver, dentre outras, as seguintes competências junto à comunidade e à equipe multiprofissional em que atua:

- ◆ Desenvolver ações que busquem a integração entre as equipes de saúde e a população adstrita à unidade básica de saúde, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades.
- ◆ Realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adstrição da unidade básica de saúde.
- ◆ Desenvolver ações de promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania no âmbito social e da saúde. (BRASIL, 2004. p. 19)

Ainda em 2004, a ideia de mobilização social, é traduzida em termos de liderança na comunidade, havendo uma menção à noção de cidadania, à intersetorialidade nas esferas do Estado, ao diálogo com movimentos sociais. Havendo uma problematização sobre o peso do conhecimento científico e sua relação problemática com os saberes populares (BRASIL, 2004. p. 24-27). Existiria aqui, um viés mais declaradamente crítico, apesar do caráter um tanto vago que o documento ganha quando é comparado ao Projeto Pedagógico de 2021. Neste último documento, por outro lado, a ideia de mobilização social é apresentada como um módulo, que se divide em quatro disciplinas, apresentada com suas respectivas cargas horárias: Noções de Epidemiologia, Monitoramento e avaliação de indicadores de saúde (45h); Sistemas de Informação em Saúde, uso de prontuário eletrônico e ferramentas de apoio ao registro das ações dos Agentes de Saúde (60h); Atuação em Equipe Multiprofissional e intersetorialidade (45h); Abordagem Familiar no território da APS (60h) (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2021. p. 34-39). Nos próximos parágrafos exploro mais cada uma dessas disciplinas propostas.

O que chamei de um caráter aberto e vago em 2004, aqui se fecha e especializa em disciplinas. O Projeto Pedagógico de 2021, embora carregue um núcleo semelhante em

termos de considerar o ACS como um educador em saúde, parece modificar o sentido atribuído a essa educação, na direção de um maior peso ao conhecimento de ordem biomédica. O módulo de mobilização social, nesse contexto, começa a privilegiar, assim, uma formação que indica uma proximidade com o conhecimento biomédico e com o controle burocrático do trabalho realizado no SUS. A inclusão das disciplinas de Noções de Epidemiologia e Indicadores de Saúde, ou a referência a Prontuários Eletrônicos, dentro de um módulo chamado “mobilização social” parece indicar isso. O caráter mais crítico de 2004, comprometido com noções como cidadania, parece ficar em segundo plano.

O que fica evidente nessas disciplinas é que parece haver inclusive, um distanciamento da ideia de mobilização social vinculada à sociedade civil organizada, o que seria fundamental ao desenvolvimento da cidadania. Importa aqui um conhecimento de outra ordem.

Disciplina: Noções de Epidemiologia, Monitoramento e avaliação de indicadores de saúde

Carga horária: 45 horas

Ementa: Epidemiologia e suas aplicações. Epidemiologia descritiva. Métodos epidemiológicos: utilização como instrumentos de trabalho, planejamento e de investigação na saúde (tipos de agravos e notificação compulsória e imediata). Medidas básicas em epidemiologia. Análise de situação de saúde. Monitoramento e avaliação em saúde. Estratégias de avaliação em saúde: conceitos, tipos, instrumentos e técnicas. Indicadores de saúde para APS e VS. Indicadores do Programa Previnir Brasil e do Programa de qualificação das ações de vigilância em saúde PQA_VS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2021. p. 34)

Disciplina: Sistemas de Informação em Saúde, uso de prontuário eletrônico e ferramentas de apoio ao registro das ações dos Agentes de Saúde

Carga horária: 60 horas

Ementa: Estratégia de saúde digital. Sistemas de Informação em Saúde da APS e Vigilância em saúde (eSUS notifica, SIPNI; SISPNCND; SIM, SINASC, SINAN, entre outros). Uso de prontuário eletrônico na APS. Qualidade do registro das informações para as ações de planejamento, monitoramento e avaliação. eSUS-AB, características e funcionalidades: eSUS território, coleta de dados simplificada – CDS, características e funcionalidades; promover a discussão sobre o trabalho integrado com tais sistemas de informação (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2021. p. 35).

Onde está, nessas disciplinas que compõem o módulo de mobilização social, o profissional que seria uma liderança na comunidade? Entendo, nesse sentido, que o educador popular e as novas práticas que têm sido atribuídas aos Agentes não sejam necessariamente opostos. Expressam contradições, mais do que qualquer coisa, acerca do tipo de conhecimento

ou saber que esses profissionais carregam.

O que julgo como fora do lugar é a ausência da noção de cidadania do módulo de mobilização social¹⁵. A parte mais humanística, definida de maneira aberta e vaga anos antes, aqui ganha um caráter mais circunscrito, sendo expresso nas outras duas disciplinas que compõem o módulo.

Disciplina: Atuação em Equipe Multiprofissional e intersetorialidade

Carga horária: 45 horas

Ementa: Trabalho em equipe multiprofissional como princípio e diretriz para a organização da APS/Vigilância no Brasil. Estratégias para a qualificação do trabalho em equipe no cotidiano. Trabalho em equipe, integralidade e mudanças nas práticas de cuidado. Interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. Trabalho interprofissional na APS/Vigilância (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2021. p. 36).

Disciplina: Abordagem Familiar no território da APS

Carga horária: 60 horas

Ementa: Família: Importância e significado social da família. Família e promoção da saúde. Desafios no âmbito familiar: tecnologia e saúde mental. Estratégias de abordagem a grupos sociais, especialmente a família. Estilos parentais. Conceitos básicos em prevenção. Violência contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos nos diversos ciclos de vida: papel do ACS. A construção social da família. Orientação familiar e comunitária. Trabalho social com povos e comunidades tradicionais na proteção social básica. Programas de prevenção e experiências positivas no território nacional (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2021. p. 37).

Embora em ambos os documentos o ACS seja apresentado como um educador popular em saúde, demonstrando o capital simbólico carregado na ideia de uma APS forte no âmbito do SUS, considero que existe uma perda significativa no documento de 2021. Essa perda pode significar desafios importantes na consolidação do curso técnico de ACS. As disciplinas mais humanísticas se referem ao contexto mais imediato do trabalho do ACS, a saber: a equipe multiprofissional e a família. Diferentemente de 2004, aqui não existe, por exemplo, menção a movimentos sociais ou a conceitos como cidadania.

A amplitude da sociedade, nesse sentido, é subsumida no termo da intersetorialidade, no processo de trabalho em equipes multiprofissionais e na vida em família. Quanto a este último aspecto parece evidente que existe uma tentativa de problematizar o sentido do que

¹⁵ Na primeira disciplina a compor o primeiro módulo do curso, intitulada Políticas de Saúde, Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Vigilância em Saúde no Brasil, com 30 horas de duração, é feita uma menção a noções como controle social, mobilização e direitos dos usuários (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2021. p. 28). Essas noções, embora discutidas no histórico das políticas de saúde, permanecem ausentes no módulo destinado à mobilização social. É possível, nesse sentido, considerar que existe um certo distanciamento com relação a ideia de participação popular que fundamenta uma APS forte.

seja família, conforme a ementa expressa na citação anterior. Atento para o fato de que talvez, mesmo assim, haja um risco de que noções conservadoras de família sejam reproduzidas, sobretudo quando se considera que o curso será descentralizado pela atuação de tutores e preceptores. Ainda que haja uma discussão sobre família, nada garante que esta não seja encarada desde um modelo nuclear e heteronormativo, focado no casal reprodutor e seus dependentes. Sentidos mais concretos da vivência em família podem ser menosprezados, caso não haja uma diretriz desenvolvida da problematização do conceito de família.

De todo modo, avançando na análise, o que parece coroar o movimento de retrocesso é como uma cereja amarga no topo de um bolo. A última disciplina prevista em todo o curso é aquela em que se ensina as atribuições voltadas, até a publicação da PNAB-2017, ao técnico de enfermagem: é aqui que o ACS vai aprender a aferir a pressão arterial, os índices glicêmicos e a temperatura corporal (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2021. p. 54-55). Considero simbólico que esta seja a última disciplina, pois abre um precedente para que o resto do curso seja tratado como uma espécie de obstáculo a um fim último. É como se só ao final do curso o ACS ganhasse “algo para fazer”, ainda que em caráter de excepcionalidade durante as visitas domiciliares. Lembrando também que o final do curso é quando se aproxima o certificado de conclusão e o título de técnico em ACS, bens simbólicos que seriam o atestado de uma valorização profissional.

Argumento, no entanto, que o ACS sempre teve algo a fazer. E que não precisa aprender a realizar procedimentos clínicos para realizar um trabalho que seja positivo e provoque transformações importantes na vida da comunidade. Deve-se entender o papel educativo dos agentes e procurar fortalecê-lo de maneira radical, por meio de políticas públicas e ações locais. No próximo capítulo, dedico-me a disputas simbólicas ainda mais pervasivas, que vão se manifestar de forma muito impactante sobre o papel profissional do ACS enquanto um educador popular. Procurarei dar apontamentos na direção de responder as seguintes questões: quais são os conhecimentos e saberes que contam e como eles pesam? Que modelos de educação, vinculada ao trabalho dos ACS, emergem das tensões entre conhecimentos e saberes de diferentes ordens? Que canais de expressão podem ter os saberes populares, na medida em que existe uma centralidade do conhecimento biomédico?

CAPÍTULO 5: CONTRADIÇÃO E TRÁFEGOS — CONTINUIDADES E RUPTURAS NO TRABALHO PEDAGÓGICO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Quais são os conhecimentos e saberes que contam e como estes pesam? Que modelos de educação emergem do trânsito entre o conhecimento e os saberes, implicados na prática dos ACS? Essas são algumas perguntas que indiquei que tentarei responder no presente capítulo.

Suas respostas serão construídas na medida em que procuro entender quem é e onde está o profissional que deveria ser uma liderança na comunidade em que atua; enquanto procuro analisar como fica o papel de educador popular atribuído ao Agente em questão. Para desenvolver as respostas ao longo destas páginas, volto à noção que vim apresentando nos capítulos anteriores, expressa no binômio “conhecimento/saber” do ACS e realizo uma digressão teórica de modo a aprofundar essas considerações.

Por conhecimento, delimito um tipo particular de conteúdo simbólico, produzido em campos sociais legitimados enquanto produtores desse conhecimento. Refiro-me, com o termo conhecimento, aos espaços e instituições envolvidas com o desenvolvimento científico e tecnológico, bem como aos métodos e aos equipamentos empregados para sua elaboração. A existência desses campos sociais legitimados implica na manutenção de uma ordem social vigente, que valoriza certos aspectos simbólicos em detrimento de outros.

Essa valorização incide em processos como o da reprodução dessa ordem social, analisada por Bourdieu e Passeron (1982) quando os autores propõem uma análise do sistema de ensino francês. Na análise dos autores, é empreendida uma explicação acerca de como a atividade educativa, vinculada ao conhecimento escolar — como aqui nomeio o conteúdo a ser elaborado no processo de ensino e que é legitimado pela instituição escolar —, reproduz uma ordem social em que tende a manter inalterados os privilégios das classes ou dos grupos dominantes.

Dessa maneira considerar o conhecimento como um fator diferente do saber é algo que é importante na prática profissional do ACS, na medida em que pode-se entender que o conhecimento estaria próximo das classes e grupos beneficiados na reprodução de relações de dominação no âmbito da sociedade. Enquanto ao saber caberia certo *status* de marginalidade, vinculado ao que costuma ser entendido como popular.

Proponho considerar o caráter biomédico envolvendo a prática profissional do ACS

como um fruto direto desse tipo de conhecimento que opera na reprodução das desigualdades, na medida em que tende a ser um tipo de conteúdo simbólico que encerra qualquer discussão. De forma imediata, não há convite para um debate quando a pressão arterial está alta ou baixa, a menos, talvez, que você seja um pesquisador da área da saúde. O que problematizo nestas páginas é a maneira imediata pela qual a discussão é encerrada, colando de maneira muito automática aspectos da vida das pessoas a um ponto final em que não se pode falar mais nada.

A construção teórica que realizo do binômio saber/conhecimento é também fundada em uma consideração de ordem epistemológica. Em sua discussão sobre o conhecimento sociológico, Bourdieu, Chamboredon e Passeron (1999) ainda notam como o conhecimento científico, de qualquer natureza, necessita operar a partir de um corte epistemológico, com relação ao senso comum. Essa é uma ideia que opera na destruição, a nível do pensamento, das imagens espontâneas das práticas e sua reconstrução a partir de categorias racionais de análise. Como o nível lógico – ou razão lógica – dessas categorias não é absoluto, mas antes construído pelo sociólogo, seria necessário ao tipo de ciência que é a sociologia uma constante vigilância epistemológica.

Todas as análises precedentes levam a recusar à sociologia um estatuto epistemológico de exceção. No entanto, pelo fato de que a fronteira entre os saberes comuns e a ciência é, em sociologia, mais imprecisa do que em outros campos, impõe-se, com uma urgência particular, a necessidade de uma ruptura epistemológica. Como o erro é indissociável das condições sociais que o tornam possível e, por vezes, inevitável, seria necessário confessar uma fé ingênua sobre as condições sociais que tornariam possível, ou até mesmo, inevitável, a ruptura com a sociologia espontânea e a ideologia, e transformariam a vigilância epistemológica em uma instituição do campo sociológico (BOURDIEU, CHAMBOREDON E PASSERON, 1999. p 87)

O que o autor chamou de senso comum, ou a noção de imagens espontâneas das práticas que mencionei, se vincula ao que chamo ao longo do trabalho pelo termo de saber. Um conteúdo simbólico efetuado pela razão prática — desta vez, não a razão lógica do conhecimento. Dessa forma, o que procuro mobilizar pela noção de saber ao longo do trabalho tende a remeter à ideia do conteúdo simbólico produzido por classes e grupos menos institucionalizados. Tende a remeter à ideia do conteúdo simbólico produzidos na situação de dominado, em vez de dominante, como a ideia de conhecimento pode remeter.

É importante notar, no entanto, que a conceituação de conhecimento lançada por Bourdieu, não opõe de maneira absoluta este conhecimento à ideia de saber que procuro aqui apresentar no nível do fenômeno, do algo a ser explicado e analisado. É apenas no nível

epistemológico que haveria a necessidade de construção de uma razão lógica, capaz de produzir uma ruptura epistemológica com o senso comum e a razão prática.

Por outro lado, a ideia de uma razão prática, enquanto fenômeno a ser explicado e analisado, de certa forma englobaria a razão lógica, sendo daí que vem a necessidade de uma vigilância epistemológica. No que diz respeito ao nível do fenômeno social, essa razão prática teria muito mais a ver com o conceito de *habitus* do autor. Ela não se restringiria, assim, às classes ou aos grupos dominados socialmente, pela tendência que foi apresentada, estando no próprio fundamento da dominação e na reprodução da ordem social vigente. Enquanto que o conhecimento, uma espécie de conquista em relação à razão prática, estaria menos ligado à dominação por uma propriedade intrínseca de qualidades epistemológicas, mas antes pelos saberes que o atravessam no próprio nível das práticas.

De acordo com Miguel Ângelo Montagner (2006), em artigo sobre o uso dos conceitos da teoria bourdiesiana em pesquisas envolvendo a área da saúde, o *habitus* ganha um caráter de mediação na relação entre indivíduo e sociedade. Entre o agente social e a estrutura social, ou os campos sociais e as disputas que o atravessam.

As expressões desse *habitus* são sinais visíveis, manifestações sistemáticas, constantes, das homologias entre campos diversos. Essas manifestações, sempre relacionais e referidas mutuamente, acabam por sedimentar um esquema, um sistema de símbolos e signos de distinção. Esse sistema relacional, cuja existência distingue socialmente os agentes sociais, assume formas explícitas em torno de gostos, valores e julgamentos, inclusive estéticos (MONTAGNER, 2006. p. 525).

Dessa forma quando apresento o ACS como um profissional que tráfega por entre o conhecimento biomédico, da equipe multidisciplinar na qual trabalha, e os saberes populares¹⁶, da comunidade com a qual trabalha, faço menção a ideia de uma ruptura. Quando adentro aqui na discussão sobre *habitus*, conceito já trabalhado no capítulo 1 como sendo fundamental à abordagem bourdiesiana, passo a trabalhar com a noção de continuidade. Como não pretendo investigar as práticas dos agentes sociais, propriamente ditas, o uso que faço do conceito de *habitus* neste momento da discussão deve ser compreendido desde os processos sociais de condições de possibilidade estruturais para formação da subjetividade.

A ruptura entre saberes e conhecimentos a que me refiro é ao mesmo tempo muito visível e muito invisível. Visível pela maneira como se expressa em termos de desigualdades

16 De maneira deliberada utilizo o plural para fazer referência aos saberes populares e o singular para fazer referência ao conhecimento biomédico. Justifico essa escolha menos pelo fenômeno de formação desses conteúdos simbólicos e mais pela maneira desigual que eles pesam, de modo a evidenciar que a dominação exercida pelo conhecimento biomédico em relação aos saberes populares. Com isso, não quero dizer que as controvérsias envolvendo a produção desse tipo de conhecimento não sejam importantes. Apenas não compõem o objeto da presente investigação.

sociais, que não dizem respeito ao procedimento propriamente epistemológico envolvido na construção do conhecimento, mas sim no seu envolvimento com a reprodução de relações sociais que estabelecem uma determinada ordem social. No entanto, são justamente essas relações, ou melhor o caráter prático da vida em sociedade, que atestam a invisibilidade a que me refiro. É justamente esse senso prático, pouco refletido, que forma *habitus* diferenciados nas disputas dos diferentes campos que atravessam a sociedade. O que procuro afirmar, nesse sentido, é que os locais onde se exerceriam o conhecimento ou os saberes parecem bem conhecidos, enquanto que as relações que os estabelecem como tais não o são.

Estabelece-se que é pela via das práticas, ou do *habitus*, portanto, que ocorrem contaminações a qualquer ideal de ciência neutra, que por sinal é uma impossibilidade. É pela via das práticas, também, que a ação educativa dos ACS (e de qualquer educador popular) irá se manifestar na continuidade que existe entre os saberes e o conhecimento. As rupturas epistemológicas e as desigualdades sociais, por outro lado, hão de ser tensionadas no complicado trabalho que é o da educação popular em saúde, comprometida com a transformação social.

No que se segue procuro realizar uma análise das mediações que permitem uma reprodução ou uma transformação da sociedade, discutindo uma maneira bastante particular de tradução do conhecimento científico: a educação em saúde. Feita essa discussão trago à análise os desafios e potenciais do caráter educativo do ACS, considerando como o contexto que venho investigando traz limitações importantes ao educador popular que o Agente representa.

5.1 Educação e seus modelos: uma análise sociológica do trabalho dos ACS

No ano de 2009, é publicado pelo Departamento de Atenção Básica, vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, o documento O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde, uma espécie de manual voltado aos profissionais. Em 2021, durante a pandemia de COVID-19, eu lia o documento, que encontrei em formato digital, procurando entender um pouco mais o quê era essa profissão na qual eu havia ingressado. Era curioso: o quê eu havia estudado para o concurso público ou aquilo que havia sido trabalhado no curso introdutório de quarenta horas quando iniciei o trabalho parecia tão distante da realidade de trabalho que encontrei.

Realidade marcada por um serviço de saúde tendo que se readaptar à realidade dramática da COVID-19, uma diminuição na rotina das visitas domiciliares, e o aparecimento de atribuições que se adaptavam às demandas desse contexto emergencial. Foi a partir da leitura desse manual que comecei a constituir minha identidade profissional nesse contexto de crise. Identidade esta que acabo também explorando ao longo da investigação que realizo agora e que muito tem a ver com a ideia do ACS como um educador popular e como um “Agente de mudanças” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009. p. 23).

As ações educativas fazem parte do seu dia a dia e têm como objetivo final contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população. O desenvolvimento de ações educativas em saúde pode abranger muitos temas em atividades amplas e complexas, o que não significa que são ações difíceis de serem desenvolvidas. Ocorre por meio do exercício do diálogo e do saber escutar. Segundo o educador Paulo Freire, ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção. O enfoque educativo é um dos elementos fundamentais na qualidade da atenção prestada em saúde. Educar é um processo de construção permanente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009. p. 50).

O documento, ao fazer menção a ideia de mudança social e apresentar à ideia de educação em saúde vinculada a perspectivas como a de Paulo Freire¹⁷, parece indicar um caminho na direção de uma APS forte. Parece também indicar uma identidade ao ACS vinculada a um ideal de cidadania mais crítico e afirmativo. A educação, nesse momento, não seria um ato de simples transmissão ou imposição autoritária de um conhecimento, mas antes um processo baseado no diálogo entre sujeitos.

Parece algo distante do que vim analisando ao longo do trabalho, evidenciado pela centralidade que o conhecimento biomédico ganha nas mudanças envolvendo a PNAB e a profissão do ACS. Cabe notar, entretanto, de que maneira a educação é sempre um complicado mecanismo envolvido com a reprodução das desigualdades sociais.

Por mais que o Agente seja um membro da comunidade com a qual trabalha, ele veste o seu colete de profissional da saúde durante as visitas que realiza. Existindo, assim, uma autoridade que é atribuída ao ACS, ainda que pesadas contradições de um contexto de precarização parem sob o ar. Ou, mesmo, ainda que o conhecimento evocado por outros profissionais de saúde vestindo jalecos, em vez de coletes, ganhe o caráter de centralidade na

17 Ainda que eu esteja trazendo a referência à obra de Paulo Freire, não a aprofundo ao longo do trabalho de análise. Faço a menção, no entanto, na medida em que o documento refere-se ao educador no momento em que passa a discutir a noção de educação em saúde. Essa menção deve-se ao caráter transformador com o qual sua obra se compromete, na medida em que questiona modelos de educação baseados na ideia de educação bancária em que se deposita no aluno uma série de conteúdos que talvez sequer façam sentido para ele. Seria através de uma educação crítica, comprometida com o diálogo com os saberes populares, que mediações educativas transformadoras se sustentariam (DAVID, 2011. p. 63).

AB.

Se o ACS é um educador em saúde e veste um colete, que porta consigo alguma autoridade, vale a pena recorrer, mesmo que brevemente, à discussão sobre educação proposta por Pierre Bourdieu e Jean Claude Passeron (1982) em *A Reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino*. Embora essa obra se refira de modo mais específico à educação escolarizada, é possível depreender das categorias de análise construídas pelos autores importantes contribuições para o trabalho que aqui realizo. Essas contribuições importam na medida em que permitem chamar a atenção para as mediações e os efeitos que a autoridade de um ACS carrega.

A autoridade pedagógica – ou a força de um colete, no caso dos Agentes – acontece na medida em que é reconhecida como tal pelas operações simbólicas expressas em determinada situação social. Em uma visita domiciliar é o colete que vai servir para criar um espaço de separação entre o ACS e os usuários do serviço de saúde onde trabalha, que também fazem parte da comunidade onde vive. O reconhecimento simbólico dessa autoridade, implica num desconhecimento das relações de força na sociedade que o tornam possível.

Autoridade pedagógica, enquanto um conceito, é estabelecida através da ideia de ação pedagógica, que opera através de um duplo arbitrário: por um lado do poder, por outro da cultura. Trata-se, por um lado, de um poder arbitrário, que diz respeito às relações sociais e à maneira como elas se encadeiam, e por outro, de um arbitrário cultural, no qual se institui aquilo que deve ser aprendido e ensinado (BOURDIEU E PASSERON, 1982. p. 20). Cabe perguntar, a fim de continuar, quais seriam as características desse duplo arbitrário no trabalho dos ACS? Penso que elaborar essa pergunta implique em evidenciar quais relações de força na sociedade constituem diferentes modelos educativos para o profissional em questão.

As disputas da PNAB e as mudanças na profissão do ACS, analisadas no capítulo 3, podem ser compreendidas enquanto parte das relações de força que definem o arbitrário do poder. É desses conflitos que emerge o profissional de saúde em questão e as políticas públicas que conformam sua atuação. Esses conflitos são, ainda, reveladores da maneira como diferentes projetos societários são mobilizados. Tais projetos podem ser compreendidos como fortemente relacionados ao arbitrário cultural envolvido com o trabalho pedagógico dos ACS. De um lado, é possível encarar a saúde de maneira radical: é a ideia de determinação social da saúde; de outro, é possível encarar a saúde de maneira autoritária, pela marca da doença e da

responsabilização do indivíduo.

Um desses projetos de sociedade combina com o SUS, construído nos moldes da Reforma Sanitária Brasileira e da discussão em torno do fortalecimento da APS, conforme apresentados no capítulo 2, e tem a ver com uma visão de educação popular em saúde mais crítica. O outro projeto tem a ver com a reprodução de um modo de educação em saúde marcado pela imposição de estilos de vida saudáveis, em contraposição ao indivíduo que adoece por sua própria responsabilidade. O primeiro desses projetos resulta em uma autoridade pedagógica marcada pelo convite à cidadania, como expresso no manual voltado à formação dos agentes:

É importante considerar o conhecimento e experiência dos participantes permitindo a troca de ideias. Isso estimula a pessoa a construir um processo decisório autônomo e centrado em seus interesses.

As ações educativas devem estimular o conhecimento e o cuidado de si mesmo, fortalecendo a autoestima, a autonomia e também os vínculos de solidariedade comunitária, contribuindo para o pleno exercício de poder decidir o melhor para a sua saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009. p. 51)

O outro projeto encontra seus ecos na ideia, talvez bastante contemporânea, de que o ACS só ganha algo para fazer na medida em que começa a realizar procedimentos clínicos. E que, como discutido no capítulo 4, encontrou seu modo mais acabado de funcionamento no, felizmente, finado PROFAGS, que procurava transformar o Agente em Técnico de Enfermagem. Proponho deixar de lado por um instante tal projeto, que pode ser descrito como autoritário, enfocando em sua contraparte cidadã, no que se segue.

Se o trabalho pedagógico¹⁸ do ACS envolve uma visão de saúde que convida à cidadania, cabe algumas perguntas sobre tais condições. De que forma a troca de ideias ou o estímulo ao conhecimento e cuidado de si mesmo, que passam também por uma ideia de solidariedade comunitária, mencionada pelo manual dos Agentes, podem se realizar? Começamos aqui a nos aproximar de um modelo de educação que necessariamente se preocupa com a questão da participação popular, trabalhada também no manual de 2009.

Participação quer dizer tomar parte, partilhar, trocar, ter influência nas decisões e ações. Isso significa que você não trabalha sozinho, nem a equipe de saúde é a única responsável pelas ações de saúde. Você pode participar e auxiliar na organização dos Conselhos Locais de Saúde e estimular as pessoas da comunidade a participarem de todos os Conselhos de Saúde. Você pode também recomendar aos representantes da comunidade a conversarem com os conselheiros sobre as ações de saúde que já estão sendo desenvolvidas e estratégias para enfrentamento dos problemas que ainda

18 Mais uma categoria de análise utilizada por Bourdieu e Passeron (1982), que diz respeito à rotina que se estabelece em torno da ação pedagógica empregada por uma autoridade pedagógica. Articula-se também à noção de sistema de ensino utilizada pelos autores para dar conta da realidade da educação francesa que investigavam.

existem. Cada pessoa da comunidade sabe alguma coisa, sabe fazer alguma coisa e sabe dizer alguma coisa diferente. São os saberes, os fazeres e os dizeres da comunidade. A comunidade funciona quando existe troca de conhecimentos entre todos. Cada um tem um jeito de contribuir, e toda contribuição deve ser considerada e valorizada. Você tem de estar muito atento a tudo isso. A troca de conhecimentos entre as pessoas de uma comunidade faz parte de um processo de educação para a participação em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009. p. 56).

A violência simbólica¹⁹ de que falam Bourdieu e Passeron (1982) realiza aqui um convite à cidadania, conforme o modelo de educação em saúde apresentado acima. Modelo este comprometido com um projeto societário mais igualitário. A autoridade pedagógica do ACS trabalharia aqui na direção não apenas de transmitir um conhecimento biomédico, mas de permitir algum lugar para a manifestação dos saberes populares, na construção de um processo educativo transformador. Trata-se de um dar a voz a tais saberes, e também construir mecanismos que permitam o reconhecimento de alguma autoridade em tais saberes, desafiando a centralidade de um conhecimento biomédico.

Se o ACS há de ser um líder comunitário, essa liderança não pode se manifestar em um vácuo ou na imposição de um modelo de vida saudável às massas pouco críticas. Essa liderança deverá se manifestar, desde o referencial a um modelo de educação popular e transformador, na construção de espaços de gestão democrática, que acabam, muitas vezes, encontrando grandes entraves em sua execução.

5.2 Do que é feita a participação popular? Notas sobre as mediações que impõem limites a um modelo de educação transformador

Espaços institucionalizados de participação popular seriam de grande importância para um modelo de educação em saúde transformador. Importância que se explicita pela possibilidade de delimitação de uma autoridade pedagógica que consiga se contrapor à centralidade de um conhecimento biomédico que se manifeste de forma autoritária. Não trato com a menção à autoridade ou ao autoritarismo da questão do jaleco do médico ou do

19 O conceito de violência simbólica serve como fundamento lógico das categorias de análise construídas pelos autores, na medida em que Bourdieu e Passeron (1982) consideram que toda a ação pedagógica é objetivamente um ato de violência simbólica que impõe um duplo arbitrário do poder e da cultura. A violência simbólica, operando no nível lógico da construção conceitual dos autores, diz respeito à imposição de significados legítimos, capaz de dissimular as relações de força que a produzem, acrescentando uma força propriamente simbólica a essas relações (BOURDIEU E PASSERON, 1982). Dessa maneira, ainda que os autores refiram-se a essa forma de violência para explicar como se produz uma invisibilização da reprodução da desigualdade social no sistema de ensino francês que estudaram, o que proponho neste momento da análise realizada é a carga relativamente neutra na qual toda ação pedagógica ocorre através de uma operação de violência simbólica. No caso que analiso agora, referente a espaços de participação popular, proponho que a violência simbólica seja encarada como o convite a essa participação.

enfermeiro ou do colete do Agente e do peso simbólico que essas vestimentas carregam em si. Procuo tratar da produção de condições que permitam transformar o próprio sentido dessas peças de roupa, considerando a participação popular fator decisivo nessa consideração.

Cabe a seguinte ressalva aqui: esses espaços não dizem respeito, diretamente, ao trabalho realizado pelo ACS, devendo ser entendidos, em primeiro lugar, como espaços coletivos nos quais a comunidade e a equipe de saúde podem dialogar, trocar ideias, confrontar pontos de vista na direção da construção de um serviço democrático. O Agente passa a adentrar nesse universo na medida em que é membro da equipe profissional e da comunidade em que atua. De certa forma, ainda que exista uma relativa independência entre o ACS e os espaços de participação popular, o trabalho dos Agentes e o debate inaugurado por tais espaços podem se fortalecer mutuamente, como indica o Manual mobilizado na seção anterior (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009. p. 56).

Essa relativa independência se explica também pela presença, desde a fundação do SUS, do ideal da participação social na busca de um modelo de saúde pautado em bases democráticas de acesso e gestão. Nesse sentido, através da legislação que regulamenta o SUS, em virtude das leis 8.080 e 8.142 de 1990, são instituídos conselhos de saúde nos três níveis governo: Nacional (Conselho Nacional de Saúde – CNS), Estadual (Conselho Estadual de Saúde – CES) e Municipal (Conselho Municipal de Saúde – CMS) (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b). O nível comunitário, em que se fundamenta a atuação do profissional ao qual dedico as análises deste trabalho, é mantido de fora de uma legislação mais contundente. Sendo, por outro lado, elaborado de forma mais vaga e aberta a diferentes interpretações (BUSANA, HEIDEMANN E WENDHAUSEN, 2015; CRUZ et al, 2012; LACERDA E SANTIAGO, 2007).

Apesar de os Conselhos Locais de Saúde (CLSs) não estarem previstos na Lei 8.142 de 1990, é em seu § 5º do art. 1º que se define que as conferências de saúde e os conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento determinadas por regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho. Assim, abre-se o precedente para que o controle social ocorra em outros ambientes, que não somente nas três esferas de governo. Com isso, o CLS torna-se o espaço ideal para a manifestação das necessidades da comunidade, representando a legitimidade democrática da participação popular em sua base, por se tratar de um espaço menos formal e menos burocratizado (BUSANA, HEIDEMANN E WENDHAUSEN, 2015. p. 443).

Ao contrário do que é afirmado na citação acima, considero que um espaço institucionalizado, no qual as vozes da comunidade possam encontrar alguma expressão formal, poderia fortalecer a APS de um ponto vista simbólico. O caráter menos formal e

burocratizado, apontado na citação acima como uma virtude, pode ao mesmo tempo ser um entrave.

Um exemplo dos dilemas que essa falta de clareza pode produzir é levantado a partir da pesquisa de Cruz et al (2012) que chama a atenção a uma situação no qual um Conselho Municipal de Saúde se opôs à construção de um Conselho Local de Saúde (CLS). Apostar na formalização, por outro lado, poderia contribuir para elucidar de que modo os Conselhos Locais de Saúde (CLS) podem trazer mudanças para os outros níveis do controle social em saúde.

Esse fortalecimento do CLS pode também contribuir para a sua credibilidade junto à comunidade. A falta de credibilidade que esses espaços têm junto à comunidade é geralmente indicada pela denúncia de falta de resolutividade dos conselhos, como indicado nas pesquisas de Busana, Heidemann e Wendhausen (2015).

Uma das fragilidades apontadas pelos conselheiros foi o descrédito dos CLS, devido às frustrações advindas da falta de resolutividade. Destaca-se que, em certas ocasiões, a gestão não acata as deliberações do conselho, pré-definindo ou influenciando a pauta das reuniões ou as deliberações, se utilizando de estratégias tais como o excesso de tecnicismo para dificultar o entendimento por parte dos conselheiros, evadindo-se das discussões políticas, cooptando os conselheiros, etc (BUSANA, HEIDEMANN E WENDHAUSEN, 2015. p. 1093-1094).

E esse tipo de denúncia, de falta de resolutividade do serviço local de saúde, pode ser encarado como indicativo dos problemas imediatos percebidos por essa comunidade. Na tentativa de indicar algumas das mediações desses problemas é possível atentar à autoridade pedagógica e aos diferentes modelos de educação que ela encerra. Dessa forma, na medida em que o contexto social reproduz uma noção de educação em saúde fincada no autoritarismo biomédico, pautada na imposição de um modelo de vida saudável aos indivíduos, é enfraquecida a ideia de um modelo de educação em saúde transformador.

No que diz respeito aos CLS, procurei evidenciar a maneira pela qual eles se estabelecem de forma pouco institucionalizada, o que parece confluir com a tendência de enfraquecimento da APS e de precarização da profissão do ACS. Cabe perguntar quais poderiam ser os fatores que naturalizam um modelo de saúde autoritário em detrimento da negociação pela autoridade de modelos mais cidadãos. Um recuo histórico se faz necessário, nesse sentido, para propor alguma resposta a essa pergunta.

Em seu levantamento histórico sobre a construção do SUS, Jairnilson Silva Paim (2009) chama a atenção para o fato de que, mesmo que o sistema de saúde brasileiro seja uma grande conquista, lacunas históricas permanecem. Essas lacunas dizem respeito a maneira

pela qual foi estabelecido um não-sistema de saúde no país antes do SUS, através de uma relação de consumo com a saúde. Saúde era entendida como um bem de consumo, disponível a poucas pessoas que tinham acesso.

Muito antes da existência do SUS, a organização dos serviços de saúde no Brasil era bastante confusa e complicada. Havia uma espécie de *não-sistema de saúde*, com certa omissão do poder público. Prevalcia, na chamada República Velha (1889-1930), uma concepção liberal de Estado de só cabia a este intervir nas situações em que o indivíduo sozinho ou a iniciativa privada não fosse capaz de resolver [...] Cada parte que compunha a organização sanitária não estabelecia relações com as outras, atuando de forma estanque e com propósitos bastante diversos, às vezes fazendo as mesmas coisas. [...] Este *não-sistema* foi formado ao longo do século XX, tendo como marca principal a separação entre as ações de saúde pública e a assistência médico-hospitalar (PAIM, 2009. p. 20-21. grifos do original).

Esse tipo de acesso foi se modificando com o tempo, na medida em que algo mais parecido com um sistema de saúde passava a se consolidar no Brasil em três vias: a saúde pública, a medicina previdenciária e a medicina do trabalho. Essas vias de um sistema incipiente ainda conviviam com a medicina liberal, as instituições filantrópicas e a medicina popular (PAIM, 2009. p. 22-23). A saúde pública era responsável pelas campanhas sanitárias e de prevenção. A medicina do trabalho fazia parte do Ministério do Trabalho e se ocupava da saúde da massa de trabalhadores. A medicina previdenciária inseria práticas curativas e individuais para aqueles que contribuíam com a previdência, enquanto que a medicina liberal e as instituições filantrópicas dividiam esse tipo de cuidado entre aqueles que podem pagar e aqueles que não podem.

Quando o SUS é construído, no contexto de redemocratização do Brasil, a ordem autoritária de um conhecimento biomédico alinhado com uma fragmentação da saúde pública no Brasil, é questionada pelos ideais que informaram a Reforma Sanitária Brasileira e a consolidação de uma APS forte. Forte porque resolutiva. Resolutiva porque integra o curativo ao preventivo contribuindo não apenas para a ausência de doenças, mas para a promoção da saúde e a cidadania (PAIM, 2009). Ficam, no entanto, lacunas devedoras desse processo histórico de fragmentação das ações de saúde no país. Essas lacunas fortalecem saberes que reproduzem uma ordem social desigual e excludente, na medida em que permitem que ideias como a de que “o SUS é um plano de saúde para os pobres” apareçam.

Dessa forma, saberes que emergem da ideia e das práticas de uma atenção à saúde que se pretende universal, mas acaba muitas vezes agindo de forma focalizada, deveriam ser questionados para o estabelecimento de outro tipo de relação com o conhecimento biomédico. Esses saberes atravessam a atuação tanto dos profissionais de saúde, como da comunidade

atendida pelos serviços, na medida em que se institui a ordem de que “o médico manda e a população (des)obedece”. É em espaços como os de um CLS, portanto, que um tipo de questionamento a uma ordem social vigente pode ser realizado, na direção de responder aos anseios da comunidade, pelo fato de que é nos debates que ocorrem em tais espaços que as mediações que reproduzem um estado desigual da organização social podem ser reveladas. É nesses espaços que a autoridade pedagógica carregada pelo jaleco branco de um médico pode ser questionada, abrindo um espaço que é mais criativo, porque se baseia na troca e no conflito de pontos de vista.

Seria aqui, nesse tipo de situação em que vozes da comunidade podem se fazer ouvir, que a autoridade pedagógica de um colete azul (ou de uma outra cor que não seja o branco) de um ACS teria muito a contribuir. Essa autoridade não diria mais apenas respeito à comunidade que acompanha, mas também à equipe com que trabalha. O Agente seria um educador popular tanto da comunidade onde atua, como da equipe de seus colegas. Pelo tipo de conhecimento/saber que o ACS produz, em seus trânsitos entre a comunidade e a EqSF, pode haver um movimento na direção de transformar o tipo de trabalho pedagógico realizado pelas equipes. Esse movimento se daria na direção de expor as mediações que produzem a inclusão e a exclusão de um direito à cidadania plena das pessoas que habitam essa comunidade.

No entanto, na medida em que se proliferam atribuições para o cargo de ACS, de forma similar à abordagem não-sistêmica da saúde, se fragmenta o trabalho pedagógico, que passa a favorecer um projeto autoritário de transmissão do conhecimento biomédico que culpabiliza o indivíduo e desresponsabiliza a coletividade representada pelo Estado. É preciso, portanto, questionar a ideia de que o Agente só vai ganhar algo para fazer depois que ele aprender a aferir um índice glicêmico. É preciso fortalecer a ideia de que o ACS sempre teve algo para fazer e, nesse sentido, defender espaços como o do CLS e a presença do profissional em tais espaços pode contribuir nessa direção.

Assim como a atuação dos Agentes, os Conselhos Locais podem ajudar a revelar as mediações que mantém de forma naturalizada a desigualdade social no nível da comunidade. Dessa forma, o trabalho pedagógico realizado pelos ACS, bem como o que é realizado nos debates de um CLS, deve ir na direção de uma exposição das mediações que estabelecem um determinado estado de coisas que fere os princípios da cidadania. Seria através da exposição dessas mediações, das contradições que atravessam a sociedade em nível micro e

macroestrutural, que alguma transformação seria possível.

5.3 Potencialidades: a contradição como fundamento de um trabalho pedagógico transformador

Uma vez que se constitua um aparato institucional capaz de garantir condições de possibilidade para o exercício de um trabalho pedagógico transformador, envolvendo o ACS e o vínculo da comunidade com a EqSF através da participação popular, deve-se levar em conta que a promessa de transformação social implícita no trabalho do Agente necessita operar pelo trânsito entre universos simbólicos contraditórios. Em outras palavras, deve-se levar em conta que um modelo de educação, que seja capaz de reorganizar a autoridade pedagógica para além da centralidade do saber biomédico, deverá considerar a questão da participação popular. O que é justificado pela proliferação das vozes e pontos de vista que importam na construção da APS.

Uma vez fortalecidos, em termos de sua autoridade pedagógica, os espaços de comunicação com a comunidade: sejam eles o CLS ou uma visita domiciliar realizada pelo ACS, novos tipos de pedagogia podem emergir. E retorno aqui à categoria da contradição trabalhada por Carlos Roberto Jamil Cury (2000). De maneira similar à análise que fiz da contribuição de Bourdieu à temática da educação, chamo atenção para o caráter duplo que a categoria de contradição recebe para esse autor.

Como categoria fundamental à contribuição marxista às Ciências Sociais e ao campo da Educação, a ideia de contradição opera tanto no registro do fenômeno, ou do que vim chamando de saber, quanto no registro epistemológico, ou do que vim chamando de conhecimento. Não há, desde a perspectiva que adoto agora, uma separação tão grande entre esses dois registros. A contradição é o motor pelo qual a transformação ocorre nas sociedades, em todos os seus níveis, seja ele epistemológico ou fenomênico.

O saber enquanto elaboração, incorporação e transmissão de conhecimentos, valores, ideias e crenças nasce do fazer e para ele se volta. O saber, então, torna-se mediação entre duas ações, pois uma ação (fazer) supõe a posse de um saber anterior que conduz à ação. O estatuto do saber, contudo, variará de acordo com a problemática fundamental de uma sociedade. O saber tem, no modo de produção capitalista, um estatuto particular. Enquanto intenção, veicula ideias que interessam a uma determinada direção, cujos instrumentos (meios de fazê-la) podem ser vários. Enquanto produção, no seio das relações sociais, ele se transforma numa força produtiva e se funcionaliza a serviço do capital (CURY, 2000. p. 71).

Fazendo referência à contribuição de Cury (2000), abandono a distinção entre saber e

conhecimento que vim utilizando, para notar como o ato de saber ou o de conhecer é vinculado a contextos mais amplos e se movimenta junto com o mundo. Se com Bourdieu vim chamando atenção para como os processos de reprodução da desigualdade operam na sociedade, fazendo menção a noções como autoridade, aqui é válido deixar em suspenso essa noção, na medida em que já foi possível garantir algum mínimo de consenso, pela via da noção de espaços da participação popular.

É claro, esses aspectos institucionais da tentativa de estabelecer uma gestão democrática da saúde, podem esbarrar em riscos potenciais. Por exemplo, conselhos podem ser cooptados pelos gestores públicos, ou podem ser populados não exatamente pelos setores populares, mas por certos grupos de interesse dentro da comunidade em detrimento de outros²⁰. Não sendo minha intenção aprofundar a discussão nesses riscos, aposto em explorar a noção de contradição, considerando que esses riscos são inerentes do processo de transformação social. O que quero afirmar com isso é o seguinte: não é porque existe o risco de cooptação que deve-se desistir de instâncias mais formalizadas de participação popular e da própria atuação do ACS enquanto um educador popular comprometido com a transformação social.

Não é porque existe alguma autoridade pedagógica que esta deva ser exercida de maneira tirana ou autoritária, ela pode servir muito bem como convite à participação popular e à cidadania. E a elaboração no nível do saber — ou do conhecimento, já que nessa altura da discussão, abandonei a distinção que havia estabelecido — dos conteúdos simbólicos vinculados à promoção da saúde pode levar a uma transformação social. Não se trata aqui da imposição de um modo de vida saudável, mas da elaboração coletiva de conhecimentos capazes de transformar a realidade social que leva a processos de saúde e doença. Se trata da inscrição do valor da cidadania nos *habitus* de pessoas que foram socializadas em uma sociedade desigual, que instituiu apesar da existência do SUS, que a saúde é uma mercadoria

20 Existe uma longa literatura sobre a problemática da efetiva participação popular, em diversas políticas sociais, e já fiz menção a alguns trabalhos que vão nessa direção quando trouxe a questão do CLS. Trago como exemplo aqui também a contribuição de Maria Inês Souza Bravo (2010) que nota como em um Conselho Municipal de Saúde, por exemplo, embora houvesse a composição paritária (formada por 50% de usuários, 25% de membros da gestão e 25% de trabalhadores), certos grupos de influência como vereadores, o Rotary ou o Lions ou mesmo funcionários do poder municipal compunham o segmento dos usuários. De acordo com essa autora, tal característica representaria uma distorção do segmento. Cruz et al (2012) trazem em sua análise de um CLS, como o segmento dos usuários reivindicava que o referido conselho fosse formado apenas pelos usuários, o que pode ser sintoma do descontentamento e da desconfiança com relação aos serviços e ao sistema de saúde. Considero que esses sintomas revelam a estrutura desigual de uma sociedade que historicamente manteve excluída boa parte da população do processo decisório envolvendo a saúde.

que poucos podem ter acesso.

O trabalho pedagógico realizado pelos ACS, ou apreendido através das atividades de um espaço como um CLS, no sentido de expor as mediações que fazem a realidade ser como ela é, também levam a realidade a ser o que ela pode se tornar. Em sua contribuição acerca da relação entre educação e contradição Cury (2000) considera também fundamental a categoria da mediação, entendida como a expressão das relações concretas vinculadas de modo dialético a momentos diferentes de uma totalidade. É a maneira como o particular e o universal se contrapõe, se traduzem e se superam — o que guarda importante correlação com o conceito bourdieusiano de *habitus*.

O isolamento de um fenômeno priva-o de sentido, porque o remete apenas às relações exteriores. O conceito de mediação indica que nada é isolado. Implica, então, o afastamento de oposições irreduzíveis e sem síntese superadora. Por outro lado, implica uma conexão dialética de tudo o que existe, uma busca de aspectos afins, manifestos no processo em curso. A distinção existente entre esses aspectos oculta uma relação mais profunda que é a fundamentação das condições gerais da realidade (CURY, 2000. p. 43).

Dessa forma, na medida em que defendo a execução de um trabalho pedagógico por parte dos ACS, que seja capaz de chamar atenção para as mediações, o que deve ocorrer também pelo fortalecimento de espaços de participação popular, defendo a noção de que a realidade social é um processo. Que esse processo é, portanto, resultado de constante mudança, e que é importante apoderar-se dessas mediações para gerar alguma conquista coletiva no campo dos direitos e da efetivação da saúde da comunidade.

Em um certo nível, essas mediações dirão respeito à realidade imediata vivenciada pela comunidade e às pessoas que nela vivem, mas como o próprio nome indica leva os sujeitos que por ela se interessam muito além. A noção de mediação convida a uma abertura para além da comunidade vivenciada hoje. Trata-se do reconhecimento de como o contexto social, por exemplo, do nível municipal, estadual, nacional, e por que não mundial, implicam na realidade como ela vivenciada naquele espaço. Trata-se também do reconhecimento da história dessa comunidade, de onde ela veio e para onde ela se dirige ou gostaria de ir.

Essa abertura pode trazer um nível importante de criatividade e organização social, no sentido de tornar mais democrática a gestão dos serviços de saúde nos diferentes níveis em que se realizam, nesse caso, especialmente na comunidade. Por outro lado, com vim mencionando é importante que haja um fechamento, uma autoridade, uma responsabilidade, capaz de fortalecer as criações coletivas que daí emergirem. Encerro o presente capítulo com essa contradição entre fechamento e abertura, não procurando resolvê-la, mas evidenciando a

necessidade de ambos para a transformação social

De todo modo, a principal reflexão que procuro trazer ao final deste capítulo é a seguinte: não se deve temer a autoridade ou a burocracia. Em vez disso, as mesmas devem ser instrumentos que fortaleçam o exercício da cidadania. Só assim Saúde ou Educação farão sentido. Só assim o ACS fará algo além de reproduzir o conhecimento e a ordem social biomedicalizada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Feitas as análises dos capítulos precedentes, resta a tarefa de dar algum encaminhamento possível ao trabalho realizado. Considero interessante que, nesse sentido, eu tenha trabalhado com conceitos como o campo social ou a categoria de contradição. Parece-me algo incômodo, à primeira vista, realizar um encaminhamento quando a cada passo existe um obstáculo que obriga a rever o caminho tomado. E, penso, que é assim mesmo que deve se dar, quando o que está em estudo é o processo pelo qual a sociedade se constitui, nesse caso tomando por objeto o trabalho realizado pelos ACS.

Cada movimento no campo de disputas estudado e cada contradição desdobrada nesta investigação trouxe consigo novas questões ao longo da monografia que agora é encerrada. Arrisco, assim, afirmar que é justamente nas disputas (coletivas por excelência) que alguma solução será encontrada, e se o trabalho realizado pode contribuir nessa direção é tomando alguma posição que fortaleça as condições em que um debate público e democrático possa acontecer.

Recuperar, nessa direção, o sentido do trabalho do ACS como um educador popular se faz importante. Para além da realização de visitas domiciliares, atividade que tende a ser entendida como a principal atribuição do Agente, argumento que o fundamento dessa e de outras ações que o trabalhador em questão venha a realizar deve ser o da educação popular. Isto é, deve ser assim, na medida em que exista algum compromisso com os ideais em cima dos quais se fundamentou o SUS no Brasil, desde a Constituição de 1988. Esse sentido, que propus recuperar ao longo do trabalho, foi explorado ao longo do trabalho de diversas maneiras. Apresento algumas de suas consequências analíticas abaixo.

Quando se leva em consideração o histórico das políticas envolvendo a APS no Brasil, vemos uma preocupante tendência que se manifesta em todo o nível de atenção, incluindo no trabalho dos ACS, conforme analisado no capítulo 3. A trajetória da PNAB, na qual se fortalece uma visão autoritária de saúde, marcada pela centralidade do conhecimento biomédico, tem incidido num movimento de desconstrução do trabalho desse profissional e da equipe com a qual atua. Nesse sentido, quando utilizo da noção de contradição, analisando esses movimentos de retrocesso, também faço referência a um passado no qual se acreditou na promessa desses Agentes e da AB no país, pela marca da Saúde da Família.

É válido aqui recuperar que mesmo que o trabalho dos ACS tenha surgido num contexto de crise e precarização, como a experiência do Ceará da década de 1980, esse trabalho foi capaz de transformar uma realidade, não sendo sem razão que o que iniciou como uma experiência local tenha se tornado uma política pública de nível nacional, com o PACS e o PSF. Esse caráter que, ao mesmo tempo, implica em algo promissor e precarizado, é reflexo do movimento contraditório da realidade e indica a importância, também das articulações teóricas realizadas na construção do objeto de pesquisa.

Continuando com a ideia de contradição, agora a partir dos anos 2000, com a emergência da PNAB e da ESF, foi possível apontar movimentos de avanços e retrocessos. Avanços, mais notáveis no ano de 2011, como a elaboração dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, dos Consultórios na Rua, das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha e das Equipes de Saúde da Família Fluviais. Retrocessos, mais notáveis a partir de 2017, vindo na esteira do “congelamento de gastos” em diversas políticas sociais, como as da Saúde e da Educação, que podem ser representados pela desconstrução das EqSF e pela proliferação de atribuições dos Agentes.

Para além do movimento próprio das contradições no nível das políticas, é possível aqui apreender como o trabalho dos ACS, enquanto educadores populares, se consolida em um movimento em que ora é fortalecido, ora é enfraquecido. Em determinado momento a balança pende para uma centralidade do saber biomédico, em outro para o caráter propriamente educativo do profissional.

O que foi trabalhado no capítulo 4, com a análise dos cursos de formação técnica para ACS, indica uma tentativa de valorização do profissional e de seu trabalho. Indica também a maneira pela qual essa balança pende para um lado como para outro. A tentativa de valorização do profissional, representada por tais cursos é reflexo do campo de disputas envolvendo as políticas de saúde no Brasil, que de acordo com a conceituação que propus procura englobar a noção das contradições que vem se desdobrando. Nesse sentido notei que, apesar de haver uma relativa força da ideia do ACS como educador popular, o projeto pedagógico dos cursos técnicos não necessariamente se fundamenta em tal ideia. Acabam reproduzindo, em alguma medida, a centralidade do saber biomédico, o que contribui para colocar em risco o trabalho dos Agentes.

No caso dos cursos em questão, foi analisado que a proposta mais recente vinculada ao Projeto Saúde com Agente, encabeçada pela UFRGS, ainda que carregue a memória do ACS

enquanto educador popular, pode reproduzir uma forma de educação centralizada no conhecimento biomédico. O potencial humanístico do Referencial Curricular de 2004, ainda que encontre seus ecos no documento de 2021, sobre o curso em questão, parece esmaecido pela proliferação das atribuições dos Agentes no âmbito da nova edição da PNAB. Da mesma forma que o próprio formato do curso, disponibilizado de forma digital para diversas realidades locais, pode incidir em uma certa planificação do conteúdo em direção ao conhecimento biomédico. Exemplo dessa planificação foi a breve discussão sobre o sentido do termo “família” que compõe o módulo de mobilização social no Projeto Pedagógico do referido curso. No caso desse conceito, como foi observado, ainda que pudesse haver uma problematização, considerarei que não há garantias que modelos conservadores que pouco dizem respeito à realidade sejam de fato problematizados.

De todo modo, a análise empreendida no capítulo 4, do que chamei de campo das políticas públicas de saúde, pôde indicar o peso simbólico que o próprio SUS carrega. Isto é, na medida em que a ideia do ACS enquanto educador popular pôde se manter ao longo do tempo, foi possível depreender que existe uma força relativa aos ideais de cidadania vinculados à construção do SUS. A defesa do SUS que procuro realizar, ao longo desta monografia, nesse sentido, não é isolada, mas diz respeito a toda uma coletividade que reconhece no SUS um requisito para o devido exercício da cidadania no Brasil. O peso simbólico do sistema de saúde brasileiro, é portanto, algo que tem sido capaz de mantê-lo de pé, a despeito dos retrocessos que tem ocorrido.

Nesse sentido, a defesa que faço ao SUS, também é uma defesa a modelos de educação transformadores, que carregam a marca das humanidades na formação desses profissionais. Essa marca das humanidades importa não pelo silêncio, mas sim pela multiplicação das vozes, tema do qual tratei no capítulo 5. Não em uma cacofonia de gritos, mas sim em situações em que elas possam ser levadas a sério. Dessa forma, a aposta em espaços para participação popular e gestão democrática dos serviços de saúde, como no caso dos Conselhos Locais de Saúde, deve também ser defendida. Se o ACS deve ser considerado uma liderança popular, talvez em tais espaços possa exercer esse papel. Uma vez que a defesa desses espaços é efetuada, é possível reconhecer que a importância da formação humanística está na percepção da determinação social da saúde. E de que se essa saúde é socialmente determinada, é pela via da sociedade que alguma transformação pode ocorrer.

Finalmente, para além dos espaços formalizados de participação popular, os trânsitos

entre os saberes populares e o conhecimento biomédico trazem um importante passo na direção dessa transformação social. Se existe algo de fundamental no trabalho do ACS como um educador popular no nível da APS, esse algo diz respeito ao desvelamento das mediações que tornam a realidade social tal como ela é. Sendo esse desvelamento um passo importante na defesa do SUS, da cidadania e da democracia no Brasil. Considerando o peso simbólico do SUS e a autoridade pedagógica do ACS, o caminho seria fortalecer ainda mais esses pesos, na medida em que correspondem com os ideais de cidadania que fundamentam o SUS. Não há como escapar do conflito ou pontos de vista contraditórios, nessa direção, mas o caminho é perceber de que maneira essas contradições podem levar, pelo menos, à imaginação de uma outra realidade.

Esta monografia deve ser entendida como uma defesa ao SUS e como uma defesa ao trabalho dos ACS, o que pode soar redundante. Parece óbvio que uma defesa ao SUS seja uma defesa ao ACS, afinal de contas o ACS é um profissional exclusivamente do âmbito do SUS. Fortalecer o SUS, enquanto sistema de saúde fundado na democracia, é fortalecer o trabalho do ACS, e vice-versa. Essa defesa explícita que realizo aqui, no entanto, tem menos a ver com o Agente enquanto profissão de maneira imediata. É uma defesa que serve mais como indicativo de que é necessário defender o que aparentemente é óbvio. Aparentemente porque em uma sociedade com um histórico tão autoritário quanto a brasileira, talvez defender a cidadania nunca seja algo óbvio, mas sim um ato de coragem e indignação. Para uma sociedade como essa, o óbvio talvez seja a violência e a dominação por parte de certas pretensas elites.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁVILA, M. M. M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 349-360, jan. 2011a.

ÁVILA, M. M. M. Origem e evolução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará. **Revista Brasileira de Promoção à Saúde**, Fortaleza, 24(2): 159-168, abr./jun., 2011b.

BARROS, Daniela França de; BARBIERI, Ana Rita; IVO, Maria Lucia; SILVA, Maria da Graça da. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto & contexto – enfermagem**. Florianópolis. v. 19 (1). p. 78-84. 2010.

BARBOSA, Ieda da Costa; GONDIM, Grácia Maria de Miranda; OLIVEIRA, Marcio Sacramento de. História e contexto atual dos agentes de vigilância em saúde no Brasil. In: BORNSTEIN, Vera Joana et al (Org.). **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016. p. 35-41.

BORNSTEIN, Vera Joana. História e contexto de atuação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. In: BORNSTEIN, Vera Joana et al (Org.). **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: EPSJV. p. 27-34. 2016

BOURDIEU, Pierre. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. Campinas: Editora Papirus. 1996.

BOURDIEU, Pierre. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. São Paulo: Editora UNESP. 2004.

BOURDIEU, Pierre [1976]. O campo científico. In. ORTIZ, Renato (Orgs.) **Pierre Bourdieu**. São Paulo: Editora Ática. 1983.

BOURDIEU, Pierre; PASSERON, Jean Claude. **A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino**. Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1982.

BOURDIEU, Pierre; CHAMBOREDON, Jean-Claude; PASSERON, Jean-Claude. **A profissão de sociólogo: preliminares epistemológicas**. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

BRAVO, Maria Inês Souza. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In. BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara A. P. (Orgs.) **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ. 2012.

BUSANA, Juliano de Amorim; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schuler Buss; WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, 24(2). pps. 442-449. 2015.

COELHO, Jamilly Gusmão; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; DIAS, Elizabeth Costa. A formação de Agentes Comunitários de Saúde: construção a partir do encontro de sujeitos. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro. v. 16. n.2. p. 583-604. 2018.

CRUZ, Pedro José Santos Carneiro; VIEIRA, Samara Cíntia Rodrigues; MASSA, Nayara Moreira; ARAÚJO, Thaise Anataly Maria de; VASCONCELOS, Ana Cláudia Cavalcanti Peixoto de. Desafios para a participação popular em saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. **Saúde Soc**. São Paulo. v. 21, n. 14. p.1087-1100. 2012.

CURY, Carlos Roberto Jamil. **Educação e contradição: elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo**. São Paulo: Editora Cortez. 2000.

DAVID, Maria Helena Scherlowski Leal. Educação em saúde e o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. In: MIALHE, Fabio Luiz (Orgs). **O Agente Comunitário de Saúde: práticas educativas**. Campinas: Editora da Unicamp. 2011.

DURAND, Jean-Pierre. **A Sociologia de Marx**. Petrópolis: Editora Vozes. 2016.

FADEL, Cristina Berger; SCHNEIDER, Luciana; MOIMAZ, Suzely Adas Saliba; SALIBA, Nemre Adas. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, 43(2), p. 445-456, mar./abr. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/XRfVGdRqqg57cKkpxvLttjy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: Mar. 2022.

GUERREIRO, Joria Viana; BRANCO, Maria Alice Fernandes. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. 16(3):1689-1698. 2011.

HOCHMAN, Gilberto. A ciência entre a comunidade e o mercado: leituras de Kuhn, Bourdieu, Latour e Knorr-Cetina. In.: PORTOCARRERO, Vera (Orgs.) **Filosofia, história e sociologia das ciências I: abordagens contemporâneas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1994.

LACERDA, William Almeida de; SANTIAGO, Idalina Maria Freitas Lima. A participação popular na gestão local do Programa Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba. **Rev. Katál**. Florianópolis. v. 10. n. 2. p. 195-205. 2007.

MARX, Karl; ENGELS, Friederich. **Manifesto do Partido Comunista**. São Paulo: EdiPro. 2015.

MELO, Eduardo Alves; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães; OLIVEIRA, Jarbas Ribeiro de; ANDRADE, Carmilho Lins de. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro. v.42 n. Especial. p. 38-51, 2018.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo; GUERRA, Lucia Dias da Silva. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro. v.42 n. Especial p.224-243. 2018.

MONTAGNER, Miguel Angelo. Pierre Bourdieu, o corpo e a saúde: algumas possibilidades teóricas. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro. v. 11. n.2 p. 515-526. 2006.

MONTAGNER, Miguel Angelo. MONTAGNER, Maria Inez. A teoria geral dos campos de Pierre Bourdieu: uma leitura. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, 5(2). p. 255-273.

MOROSINI, Marcia Valeria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angelica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro. v.42 n.116 p.11-24. 2018.

NOGUEIRA, Mariana Lima; BARBOSA, Ieda da Costa. Programa de Formação Técnica em Enfermagem para Agentes de Saúde: quando uma formação profissional se torna mais uma ameaça ao SUS. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro. v. 16. n.2. p. 393-396. 2018.

NUNES, Cristiane Abdon; AQUINO, Rosana; MEDINA, Maria Guadalupe; VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz; PINTO JÚNIOR, Elzo Pereira; LUZ, Leandro Alves da. Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde. **Saúde debate**. Rio de Janeiro. v. 42 (2). p. 127-144. 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. **O quê é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PEKELMAN, Renata. **O Agente Comunitário de Saúde como sujeito de sua ação no trabalho de conclusão do Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde**. 36f. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização (Formação Integrada em Educação e Ensino da Saúde) – Programa de Pós Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

RAVIOLI, Antonio Franco; SOÁREZ, Patrícia Coelho; SCHEFFER, Mário César. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). **Cadernos de Saúde Pública**. 34(4). 2018.

ROSSI, Alexandre José. **Avanços e limites da política de combate à homofobia: uma análise do processo de implementação das ações para a educação do Programa Brasil Sem Homofobia**. Dissertação (Mestrado em Educação) Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 186f. 2010.

SANTOS, Jamili Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política de saúde no Brasil: produção científica 1988-2014. **Saúde debate**. Rio de Janeiro v. 40, n108. p. 219-230. 2016.

SELL, Carlos Eduardo. **Sociologia clássica: Marx, Dukheim e Weber**. Petrópolis: Vozes. 2015

SILVA, Thais Lacerda e; SOARES, Amanda Nathale; LACERDA, Gislene Aparecida; MESQUITA, Juliana Fonseca de Oliveira; SILVEIRA, Danielle Costa. Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Saúde debate.** 44 (124) 08 Maio 2020Jan-Mar 2020. 2020.

SILVA, Tarcisio Feijó da; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. O campo da Atenção Básica: uma reflexão epistemológica pela lente de Pierre Bourdieu. **Revista Sociais e Humanas.** Santa Maria. v.31, n.3. 2018.

SILVA, Helena Pereira Rodrigues da. **Educação problematizadora em Curso Técnico para Agentes Comunitários de Saúde: experiência de produção de significados e sentimentos no trabalho em saúde.** 36f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

SILVA, Clemilson Antonio da; ROCHA, Iolanda Querido; SIQUEIRA, Márcia Cristina Godoy; MODESTO, Maria do Socorro Andrade; SILVA, Fernanda Pereira da; COSTA, Ana Maria Ferreira. Formação técnica do Agente Comunitário de Saúde: desafios e conquistas da Escola Técnica de Saúde do Tocantins. **Trab. Educ. Saúde.** Rio de Janeiro. v.7. n.3. p. 609-621. 2010.

STARAPRAVO, Fernando Augusto; SOUZA, Juliano de; MARCHI-JUNIOR, Wanderley. Políticas Públicas de Esporte e Lazer no Brasil: uma argumentação inicial sobre a utilização da teoria dos campos de Pierre Bourdieu. **Rev. Bras. Ciên. Esporte.** Florianópolis. v. 35. n. 3. p. 785-798. 2013.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco e Ministério da Saúde. 2002.

VIDAL, Selma Vaz; MOTTA, Luiz Claudio de Souza; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Agentes comunitários de saúde: aspectos bioéticos e legais do trabalho vivo. **Saúde e sociedade.** São Paulo. v.24, n.1, p.129-140, 2015.

DOCUMENTOS ANALISADOS

BRASIL. **Lei .8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília, DF. 1990a.

BRASIL. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Brasília, DF. 1990b.

BRASIL. **Lei 10507 de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências.** Brasília, DF. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs).** Diário Oficial da União. 2006a.

BRASIL. Lei 11.350, de 5 de outubro de 2006. **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: Ministério da Saúde. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 13.595, de 5 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: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 83, de 10 de janeiro de 2018. Institui o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde - PROFAGS, para oferta de curso de formação técnica em enfermagem para Agentes Comunitários de Saúde - ACS e Agentes de Combates às Endemias - ACE no âmbito do SUS, para o biênio de 2018-2019.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. **Portaria nº 1886/GM, 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.** Ministério da Saúde. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf. Acesso: Mar. 2022. 1997.

BRASIL. **Portaria nº 105, de 17 de janeiro de 2020. Revoga a Portaria nº 83/GM/MS, de 10 de janeiro de 2018, que institui o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde – PROFAGS, para oferta de curso de formação técnica em enfermagem para Agentes Comunitários de Saúde – ACS e Agentes de Combates às Endemias – ACE no âmbito do SUS, para o biênio 2018-2019.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde. 2001.

BRASIL. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde**. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde. 64 p. 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Saúde com Agente**. 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/degas/programa-saude-com-agente>>. Acesso: 26/03/2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 84f. 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Projeto Pedagógico do Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde: modalidade a distância – implementação e execução no âmbito do Programa Saúde com Agente**. Porto Alegre. 2021.