

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Flora Gomes de Oliveira da Silva

As ações do Agente de Combate às Endemias (ACE) na Educação em Saúde em escolas:
entre o invisível e o possível

Rio de Janeiro

2021

Flora Gomes de Oliveira da Silva

As ações do Agente de Combate às Endemias (ACE) na Educação em Saúde em escolas:
entre o invisível e o possível

Projeto apresentado à Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio como requisito para conclusão do
Mestrado Profissional em Educação e Saúde para a
obtenção do Título de Mestra em Educação e Saúde

Orientador: Dr. Maurício Monken

Rio de Janeiro

2021

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

S586a Silva, Flora Gomes de Oliveira da
As ações do agente de combate às endemias
(ACE) na educação em saúde em escolas entre o
invisível e o possível / Flora Gomes de Oliveira
da Silva. - Rio de Janeiro, 2021.
130 f.

Orientador: Maurício Monken

Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo
Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim
Venâncio, Programa de Pós-graduação em Educação
Profissional em Saúde, 2021.

1. Agente de Combate às Endemias (ACE).
2. Pessoal da Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde.
4. Educação em Saúde. 5. Saúde Ambiental.
6. Programa de Saúde na Escola (PSE). I. Monken,
Maurício. II. Título.

CDD 614.4

Flora Gomes de Oliveira da Silva

As ações do Agente de Combate às Endemias (ACE) na Educação em Saúde em escolas:
entre o invisível e o possível

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio para a obtenção do Título de Mestra
em Educação Profissional em Saúde.

Aprovado em 10/11/2021

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Maurício Monken - Orientador

Prof^ª. Dra. Luciana Sepúlveda Köptcke – Fiocruz – Brasília

Prof^ª. Dra. Grasielle Nespoli – Fiocruz - RJ

Dedico este trabalho primeiramente a Deus; aos meus pais, Sueli e Cândido; ao meu esposo e filho, João e João Miguel; aos meus colegas de Trabalho ACE em especial a equipe do estrato 28 do CMS Dr. Nascimento Gurgel e aos meus colegas da turma 2019.

AGRADECIMENTO

A conclusão desse trabalho só prova o quanto nós ACE somos capazes de desempenhar com muita dedicação o que a nós é dado como profissão. É muito gratificante saber que como ACE tive o apoio da minha família e da minha equipe de trabalho para concretização de mais um sonho, sonho este gestados desde 2013 quando pude fazer o curso PROFORMAR, a partir de então entendi que ser ACE é bem mais que apenas ter a visão limitada de saúde e educação. Ao tomar posse do meu cargo não tive nenhum treinamento oficial, fui lançada no campo e ensinada a apenas olhar ralos e caixas d'águas, a fazer relatórios simples e superficiais, no entanto, quando a oportunidade de me qualificar surgiu me empenhei ao máximo e a partir de então entendi o quanto essencial é meu trabalho na saúde.

Sou grata a Deus por ter após a conclusão do PROFORMAR ter feito o CTVSAU, curso este ainda mais detalhista e amplo que me qualificou enquanto Técnica de Vigilância em Saúde, outra conquista que a função ACE me proporcionou. Agradeço a todos os docentes da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio, pelo esmero em qualificar a nós trabalhadores da saúde permitindo-nos um novo olhar para o SUS, para a função ACE e para a vida de modo geral.

Agradeço aos docentes do Mestrado e a todos os colegas de turma pela troca de experiência e todo aprendizado construído durante o ano de 2019, ano que tivemos muitas barreiras, mas que nos apoiando mutuamente conseguimos ultrapassar todas e vencer.

Agradeço em especial ao meu orientador que mesmo com um ano atípico de pandemia me apoiou dando-me a oportunidade de conquistar esse título de Mestra. A jornada nunca é fácil, mas demos o primeiro passo e avançamos mesmo lentamente até o pódio.

*“É saber se sentir infinito num universo tão
vasto e bonito...*

É saber sonhar...

E então fazer valer a pena...

Cada verso daquele poema sobre acreditar...

*É sobre escalar e sentir que o caminho te
fortaleceu ...*

*É Sobre ser abrigo e também ter morada em
outros corações...*

*E assim ter amigos contigo em todas as
situações...*

Que a vida é trem-bala, parceiro

E a gente é só passageiro preste a partir...”

*Não to mandei eu? Esforça-te, e tem bom
ânimo; não temas, nem te espantes; porque o
Senhor teu Deus é contigo, por onde quer que
andares.*

(Josué 9.1)

RESUMO

O trabalho apresenta um panorama a respeito da categoria profissional dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) e sua atuação dentro das unidades de saúde do município do Rio de Janeiro em especial nas áreas programáticas que compõe a Coordenadoria Geral de Atenção Primária (CAP) 3.3. A pesquisa relaciona a invisibilidade deste profissional dentro da estrutura de saúde e aborda o tema dialogando com autores que já pesquisaram a categoria e constataram que há poucos estudos que se relacionam a essa categoria profissional. Enunciamos esse profissional com grande centralidade para os serviços de saúde, demonstrando sua essencialidade dentro do SUS como promotor de educação em saúde. A partir de um olhar para o Programa Saúde na Escola, apresentamos esse profissional como um possível protagonista, que leva toda sua formação e experiência em saúde ambiental para a construção de uma educação em saúde para as crianças e jovens da comunidade. Trabalhamos os conceitos ampliados de educação ambiental, entendida a partir de uma base territorial para a construção da Promoção da Saúde de forma intersetorializada. Destacamos a importância do trabalho e da experiência desse profissional ACE nas ações educacionais que envolvem saúde, território e meio ambiente. Discutimos a Educação em Saúde ao longo do tempo, assim como a história da categoria profissional do ACE e sua profissionalização. Dialogamos sobre a importância da qualificação do ACE dentro do município do Rio de Janeiro para ampliação do olhar desse profissional para uma Educação em Saúde como estratégia de diminuição de agravos à saúde, com um processo de profissionalização que lhe capacite para uma atuação ampliada. A pesquisa trata da possibilidade desse profissional compor de forma institucional o Programa de Saúde na Escola (PSE) apontando dentro de suas atribuições legais, possíveis caminhos para construção de estratégias e ações de Educação em Saúde. Demonstramos que no exercício de sua função esse profissional já atua em acordo com o PSE desenvolvendo atividades que corroboram para esse programa dentro do município do Rio de Janeiro.

Palavras-Chave: PSE e o ACE, Território e Educação Ambiental em saúde, Agente de Combate às Endemias e as ações educativas.

ABSTRACT

The work presents an overview of the professional category of Agents for Combating Endemic Diseases and their performance within the health units of the city of Rio de Janeiro, especially in the program areas that make up the General Coordination of Primary Care (CAP) 3.3. The research relates the invisibility of this professional within the health structure and addresses the topic by dialoguing authors who have already researched the category and found that there are few studies that relate this professional category. We present this professional as a central figure in academic research, demonstrating his essentiality within the SUS as a promoter of health and education. From a look at the Health at School Program, we will seek to present this professional as a possible protagonist, who bring all their training and experience in environmental health to the construction of education for children and young people in the community. We work on the expanded concepts of environmental education and territory for the construction of health promotion in an intersectorial way, composing an integrated management that reaches the perspective of environmental health in the territory, which is one of the principles of Brazilian management in health that converged in the environmental health policy. Throughout the text, we will highlight how it is possible to use the labor and experience of this ACE professional in educational actions that involve health, territory and the environment, as we point out the potential of the work developed by these agents. Throughout this work, we seek to understand the discussion on health and education throughout history, as well as the history of the emergence of the ACE function and later its professionalization. Health as a democratic act, its various transformations over the decades and the vision of some authors on the adjectives that education has acquired over the years. For this, the work brings within the historical context the themes of health and education and its path within the various policies of both health and education where they relate and diverge. We present some health policies, the process of training the ACE professional in the city of Rio and raise questions for the reader to reflect on about their performance.

Key words: PSE and ACE, Territory and Environmental Education in health, Agent for Combating Endemic Diseases and educational actions.

Figuras

Figura 1.	Organograma SMS	32
Figura 2.	SUBPAV	33
Figura 3.	Superintendência Operacional da Dengue	34
Figura 4.	Vertente do VISAU onde encontramos o ACE	48
Figura 5.	A engrenagem do trabalho do ACE na VISAU	51
Figura 6.	Categorias de Análises	54
Figura 7.	Saúde e Educação dentro da Constituição	77
Figura 8.	Os Olhares do ACE	85
Figura 9.	Ações de Educação e Saúde Realizadas por	91
Figura 10.	Logo do Saúde Carioca	93
Figura 11.	Eventos Em Escolas Municipais	95
Figura 11.	Canal You tube para divulgação dos materiais educativos Audiovisuais	96
Figura 13.	Apoio dos ACE nos eventos na educação infantil	97
Figura 14.	Palestra do ACE nos eventos na educação para turma do Fundamental I	97
Figura 15.	Palestra dos ACE em conjunto com a equipe da ESF – Arbovirose, Bullying e cuidados pessoais	98
Figura 16.	ACE atuação no território	114
Figura 17.	ACE Auxiliando no trabalho de imunização	115

Siglas

AC –	Análise de Conteúdo
ACE -	Agente de Combate às Endemias
ACS –	Agente Comunitário de Saúde
APS -	Atenção Primária de Saúde
AVS -	Agente de Vigilância em Saúde
CAP-	Coordenadoria Geral de Atenção Primária
CBO -	Classificação Brasileira de Ocupações
CES -	Coordenação de Educação em Saúde
CNS-	Conferência Nacional de Saúde
CRE-	Coordenadoria Regional de Educação
DAPS-	Divisão de Ações e Programas de Saúde
DENERu-	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DGSP -	Diretoria Geral de Saúde Pública
EA -	Educação Ambiental
EPS -	Escolas Promotoras de Saúde
ES -	Educação em Saúde
ESF -	Estratégia de Saúde da Família
Fsesp-	Fundação e Serviços de Saúde Pública
GTI-M -	Grupos de Trabalho Intersetorial Municipal
IRPES -	Iniciativa Regional das Escolas Promotoras de Saúde
MA -	Ministério da Saúde
NSEC -	Núcleo de Saúde na Escola e na Creche
NAN -	Núcleo de Adolescentes Multiplicadores
OMS -	Organização Mundial da Saúde
OPAS -	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB -	Piso da Atenção Básica

PCN -	Parâmetros Curriculares Nacionais
PEC-	Proposta de Emenda Constitucional
PNEA -	Plano Nacional de Educação Ambiental
PMSM.	Plano Municipal de Saúde
PROFORMAR-	Programa de Formação para Agentes Locais de Vigilância em Saúde
PSE -	Programa Saúde na Escola
PSF -	Programa de Saúde da Família
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UTI -	Unidade de Tratamento Intensivo
SME -	Secretaria Municipal de Saúde
SISAB -	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica
SUBPAV-	Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
SUCAM-	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS -	Sistema Único de Saúde
VS -	Vigilância em Saúde
VISAU -	Vigilância em Saúde

Tabela

Tabela 1:	Distribuição do investimento orçado do Ministério da Saúde por unidade orçamentária, R\$ milhões, 2012 – 2019	66
Tabela 2:	AS Ações do PSE e a Lei 11350 e 13595 de 20198 que regula a atuação do ACE	106
Tabela 3:	O que o ACE faz em acordo com a Lei	108

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 – O ACE E SUA ÁREA DE ATUAÇÃO NO SUS	27
1.1 A IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ACE	35
1.1 - PROCESSO FORMATIVO DO ACE APÓS PARA OS ESTADOS E A DESCENTRALIZAÇÃO MUNICÍPIOS	43
1.2 ACE E O TRABALHO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	46
1.3 O ACE, A VIGILÂNCIA EM SAÚDE E O TERRITÓRIO	50
CAPÍTULO 2 - DIÁLOGOS CONCEITUAIS ENTRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, PROMOÇÃO DA SAÚDE EM ESCOLAS E EDUCAÇÃO AMBIENTAL.	52
2.1 - OS CAMINHOS DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE.....	54
2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS ESCOLAS E A EDUCAÇÃO AMBIENTAL.....	62
CAPÍTULO 3 - O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA - PSE: INTEGRANDO EDUCAÇÃO E SAÚDE NO ESPAÇO ESCOLAR	74
3.1 O PSE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO- RJ.....	80
CAPITULO 4 - A ATUAÇÃO DO ACE NAS AÇÕES DE SAÚDE EM ESCOLAS	89
4.1 O TRABALHO DO ACE NO PSE: PROMOVENDO EDUCAÇÃO EM SAÚDE	92
4.2 SAÚDE AMBIENTAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE E O ACE	99
4.3 UM OLHAR PARA O PROCESSO DE TRABALHO DO ACE.....	104
4.4- O QUE DIZ A LEI 13.595/16 E AS AÇÕES DE EDUCAÇÃO DO ACE	105
4.5 - AS ATRIBUIÇÕES DO ACE E SUAS RELAÇÕES COM O PSE	108
4.5.1 DESTACANDO AS AÇÕES DO ACE IDENTIFICADAS NO PSE	112
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
REFERÊNCIA.....	124

INTRODUÇÃO

As ações de educação em saúde se revelam muito importantes no combate às doenças, sejam endêmicas, pandêmicas ou sazonais. Essas ações contam com a atuação dos profissionais de saúde principalmente os que trabalham em unidades básicas de saúde (UBS), na Atenção Primária de Saúde (APS) e na Estratégia de Saúde da Família (ESF), tais como enfermeiros, educadores físicos, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE). Quando muitas dessas doenças são diagnosticadas em seu início, ainda na atenção primária, é possível atenuar seus efeitos e diminuir sua letalidade.

Produzir saúde por meio da educação é uma das estratégias de maior alcance e assertividade dentro dos territórios de vínculo desses trabalhadores com a Unidade Básica de Saúde (UBS), Atenção Primária da Saúde (APS) e pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), que embora seja um trabalho gradual, se mostra eficaz em resultados à longo prazo. Ousadamente tentamos falar dessa estratégia incluindo os Agentes de Combate às Endemias (ACE) dando destaque a essa categoria profissional, que tem menor visibilidade dentro da estrutura da saúde e, segundo Evangelista *et al* (2017), não costuma ser alvo de estudo, mas está inserido dentro da estrutura da ESF nas APS.

Inicialmente questionamos quais são as reais potencialidades que esses profissionais podem oferecer para contribuição da melhora na qualidade de vida da população? São profissionais essenciais dentro da estrutura de saúde do Município? Então, por que há uma invisibilização do seu trabalho? E por que poucas pesquisas sobre o cotidiano laboral desse trabalhador da saúde? Essas são questões que motivaram esse estudo e que, apesar de querermos respondê-las, sabemos da dificuldade de atingir plenamente esse objetivo, dada as limitações em uma dissertação de mestrado.

Nossa curiosidade sobre esse profissional partiu de uma narrativa de observação pessoal, como ACE há mais de 11 anos trabalhando junto a ESF, participei diversas vezes de ações em escolas da comunidade levando educação em saúde e sendo difusor de conteúdos de promoção em saúde, o que nos motivou ao estudo da categoria ACE e de sua participação junto às políticas setoriais de saúde e de alguns programas de saúde voltados à população vulnerabilizada ao longo desses anos.

Essa categoria de profissional da saúde, embora invisibilizada ao longo da história possui um amplo conhecimento das demandas do território de atuação. São profissionais que

diariamente tem a função de levar à casa dos moradores informação sobre a manutenção e preservação do ambiente para que sua saúde não seja comprometida. Desenvolvem uma ação educativa junto à população do território possuindo assim, um conhecimento expandido das principais zonas de vulnerabilizações e pontos de risco à saúde da comunidade local. São trabalhadores que pensam e fazem educação em saúde, portanto sujeitos da prática educativa em saúde.

Como Auxiliar de Combate às Endemias do Município do Rio de Janeiro faço parte dessa categoria profissional que contribui para a promoção da saúde da população, principalmente na Educação em Saúde dos municípios.

Desenvolvo a função de ACE há onze anos, como já havia mencionado, e trabalho na mesma Coordenadoria Geral de Atenção Primária (CAP) 3.3 desde que tomei posse no cargo público. Quando assumi a função no município do Rio de Janeiro, fui trabalhar no bairro da Pavuna, não tive qualquer treinamento oficial quando entrei, sendo direcionada diretamente para o trabalho de campo. Iniciei nessa profissão sem qualquer treinamento oficial, foi um colega que me orientou com relação aos preenchimentos de fichas e relatórios entregues diariamente, o mesmo colega me instruiu com relação ao desenvolvimento do trabalho e me explicou superficialmente como usar os equipamentos de coleta de larvas, eliminação de criadouros, etc.

Com o tempo busquei mais informações e fui tentando me qualificar, uma vez que desejava desenvolver um trabalho eficiente para a população. Sou professora de formação, licenciada em Química e Matemática pelo Instituto Federal do Rio de Janeiro, com pós-graduação em Ciências e em Ensino de Química pela Faculdade de Educação São Luis e pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Durante minha vida acadêmica sempre procuro o conhecimento como fonte de crescimento e renovação.

Na minha vida profissional procuro sempre desenvolver um trabalho de orientação junto à população, pois como docente de formação, acredito que o diálogo e a educação são capazes de transformar realidades.

A minha busca profissional desde que tomei posse no cargo público, no município do Rio de Janeiro, é entender a função e a posição do ACE dentro do SUS. Vejo nesse cargo muitas possibilidades de construir um trabalho com a comunidade que seja - transformador de realidades, utopia? talvez, mas como docente de formação busco dentro das minhas atribuições essas possibilidades.

Foi assim que comecei também a desenvolver atividades educativas em saúde nas escolas. Desenvolvo trabalhos educativos e palestras sobre diversos temas ligados à saúde, em especial as arboviroses. Esses trabalhos são realizados nas escolas que compõe meu território de atuação e nas demais que possuem a cobertura da clínica da família.

Para mim é uma forma de estar dentro da minha área de formação desenvolvendo atividades do cargo e função do ACE. Assim que comecei a trabalhar também em escolas falando de saúde e construindo uma educação em saúde passei a questionar muitas coisas da minha função e de como somos, nós ACE, vistos e tratados dentro das unidades de saúde. Percebi que precisaria estudar mais, caso quisesse mudar essa forma superficial a qual somos tratados dentro da estrutura do SUS, precisava conhecer mais a profissão do ACE e a saúde, entender porque somos tão invisibilizados pelo município e só lembrados quando há epidemia de dengue na cidade do Rio de Janeiro.

Nesse momento em que buscava conhecimento sobre a função que desempenhava surgiu a oportunidade de fazer um curso de qualificação que dialogasse com a função do ACE, o primeiro que fiz desde que cheguei à prefeitura nesses moldes, o Programa de Formação para Agentes Locais de Vigilância em Saúde - PROFORMAR,¹ esse curso foi um divisor entre o que eu sabia superficialmente e o que eu desejava realizar pra potencializar a minha função.

Depois do PROFORMAR percebi que não poderia parar de estudar, pois há muitas potencialidades a serem desenvolvidas no território. Lutei para conseguir ingressar no Curso Técnico de Vigilância em Saúde (CTVISAU) da EPSJV/Fiocruz, mesmo sabendo que a prefeitura não iria nos promover de início a Técnicos, mas fiz por mim, pela minha qualificação profissional e pessoal. Ao longo da minha vida acadêmica, sempre dentro de instituições públicas, fui impulsionada a buscar por melhorias, o conhecimento adquirido tem o poder de mudar tudo internamente, nos tornam mais receptivos, analíticos, reflexivos, sensíveis, emancipados. O conhecimento te amplia como ser planetário, como cidadão do mundo. Foi esse o motivo que mesmo sem nenhum apoio dos gestores e supervisores decidi cursar um mestrado profissional em Saúde, Educação e Trabalho, lutando contra muitos “nãos” e hoje estou aqui pra defender o que acredito, demonstrando nessa dissertação a

¹ Estaremos falando mais a frente sobre Programa de Formação para Agentes Locais de Vigilância em Saúde – o PROFORMAR e sua importância na formação dos ACE

potencialidade desse profissional ao qual faço parte. Trazendo o ACE ao protagonismo de uma pesquisa científica e acadêmica ratifico a importância e a essencialidade desse trabalhador da saúde e amplio para um trabalhador da educação em saúde cujas práticas contribuem para melhoria da saúde da população.

Um ACE é também um agente gerador de dados, ele possui muitas informações importantes que poderiam contribuir para eficiência do SUS e das estratégias de saúde elaboradas para determinado território, se ouvidos, os ACE são trabalhadores que dispõem de mapas com sinalizações de áreas vulnerabilizadas, críticas e com potenciais de vulnerabilização. Infelizmente ao longo dos anos em que atuo nessa função, jamais fui se quer questionada sobre os riscos do território que atuo. As decisões e estratégias de planos de ações em saúde são feitas sem se ouvir os profissionais da ponta, intervenções são planejadas sem que os profissionais de campo sejam ouvidos, estes se restringem a meros executores. Essa falta de diálogo limita o êxito das ações. Quando os gestores entenderem que para executar ações de saúde de forma eficiente é necessário ouvir os profissionais da ponta teremos mais chances de assertividade nessas ações, pois uniremos o diálogo, a reflexão e a ação/execução nas práticas educativas de saúde.

Iniciamos a partir desse pensamento, que as práticas educativas são um processo que envolve a reflexão e a ação, e que a prática da Educação em Saúde se dá em diferentes contextos e sob diversas percepções e influências. Dessa forma, as ações de saúde e educação também podem se expressar nas atividades de campo dos ACE.

Essas ações educativas em saúde decorrentes do trabalho de campo do ACE revelam-se nas práticas vivenciadas por esses profissionais, e proporcionam um olhar sensível aos eventos em seus territórios permitindo-lhes um aprendizado socioambiental, sociocultural, e também político-social.

O processo de Educação em Saúde se estabelece nas ações e projetos que são desenvolvidos dentro da área de abrangência onde atuam estes trabalhadores como a valorização do diálogo e a atenção que estes profissionais dispensam ao identificar a vulnerabilidade e especificidade de cada território. Além das atividades de campo, alguns ACE também atuam em escolas e periodicamente são inseridos em projetos e ações educativas nesses espaços.

No trabalho realizado em escolas que possuem a cobertura da UBS, a ação educativa adotada por estes profissionais têm sua linguagem adequada de forma lúdica de acordo com a faixa etária do público alvo atendido, facilitando o diálogo entre a ciência e a população.

Portanto, nos perguntamos: “Qual a potencialidade do Agente de Combate às Endemias em desenvolver ações de Educação em Saúde e ambiente e de promoção da saúde em escolas? É possível que estes profissionais contribuam de forma efetiva e transformadora para a Educação em Saúde dentro de sua comunidade? É possível que dentro das estratégias do Programa Saúde na Escola (PSE)² estes profissionais possam assumir um protagonismo?”

Talvez, mas para que entendamos melhor é necessário antes compreendermos brevemente a história de constituição dessa categoria, assim como da Educação em Saúde dentro do nosso país.

Começamos pelo objetivo que nos norteará no decorrer da pesquisa e como caminhamos para construção da pesquisa. Seguiremos pela nossa construção teórica a respeito desse assunto, definindo quais autores nos inspiraram nesse trabalho e a importância do diálogo entre educação e saúde no contexto do trabalho do ACE. Realmente a construção de uma pesquisa cujo protagonismo evidenciasse o ACE requereu de nós um esforço e também um olhar para nossa atividade enquanto profissional nesse cargo. Desta forma começaremos nosso diálogo pelo que propomos para a pesquisa.

Pretendemos entender e discorrer sobre o ACE, identificar seu papel nas ações de Educação em Saúde nos espaços escolares, e para isso vamos dialogar sobre o trabalho do ACE na estrutura da APS e da Vigilância em Saúde, sua integração dentro das Unidades de Saúde e seu efetivo aproveitamento enquanto profissional da saúde, e deste modo entender sua atuação nas ações educativas. Para isso, traçamos uma análise das principais leis que regem o cargo de ACE, porém destacamos que a intenção não é apresentar cronologicamente um compêndio de leis, mas usá-las para referenciar nossa pesquisa. Portanto apresentamos as Leis número 11.350/2006 e 13.708/18, que regulamentam o exercício profissional dos Agentes e Combate às Endemias, nas quais encontramos as atribuições para o cargo de ACE. Essas leis nos permitem analisar aspectos relevantes para compreensão da atuação desse profissional.

² O PSE é uma política que envolve os setores da saúde e da educação voltadas para diferentes públicos que tem como finalidade desenvolver saúde através da educação nas redes de educação pública, desenvolvendo ações e ofertando serviços intersetoriais para promoção da saúde, aumento e melhora da qualidade de vida e formação cidadã.

A Lei 11.350/06 declara que o desenvolvimento de ações educativas faz parte das atividades desempenhadas pelos ACE, das quais se destacam a vigilância, a promoção da saúde, a prevenção e o controle de doenças. Consonante a esta lei, encontramos a Lei 13.708/18 que apresenta como orientação as ações educativas desenvolvidas pelos ACE:

será integralmente dedicada às ações e aos serviços de promoção da saúde, de vigilância epidemiológica e ambiental e de combate às endemias em prol das famílias e das comunidades assistidas, no âmbito dos respectivos territórios de atuação, e assegurará aos Agentes de Combate às Endemias participação nas atividades de planejamento e avaliação de ações, de detalhamento das atividades, de registro de dados e de reuniões de equipe.

Desta forma, entendemos que as ações e atividades educativas podem ser expressas nas rotinas de trabalho dos ACE, por serem inerentes ao perfil do cargo e, portanto essenciais para o pleno desenvolvimento do trabalho desse profissional.

Abordamos as ações e atividades educativas dentro do contexto da Vigilância em Saúde sob a premissa que elas podem ser compreendidas a partir de diferentes atores, contextos ou práticas, tendo como objeto de estudo as ações educativas do ACE.

Selecionamos para essa pesquisa a Educação em Saúde no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE) destacadas a partir das atividades laborativas do ACE, uma vez que essas práticas decorrem de diferentes saberes adquiridos ao longo do seu trabalho junto à comunidade, e que esses saberes emergem do seu convívio diário no território. Salientamos as ações educativas no contexto da Vigilância em Saúde por elas “ abrangerem toda a população” (BRASIL, 2013).

Pretendemos evidenciar nessa dissertação que as ações e atividades de Educação em Saúde desenvolvidas pelo ACE potencializam um campo de transformação e emancipação para construção da cidadania, uma vez que elas acontecem no coletivo. Portanto, se constituindo em uma prática social de educação, na qual o processo educativo também é uma prática de liberdade e reflexão sobre a qualidade de vida e de como mitigar os efeitos nocivos à saúde.

Na compreensão que notabilizamos para educação, esta é um processo que envolve a reflexão e a ação ocorrendo em diversos contextos. Concordamos com Libâneo (2001) quando ele afirma que “a educação é, assim, uma prática humana, uma prática social, que modifica os seres humanos nos seus estados físicos, mentais, espirituais, culturais, que dá uma configuração à nossa existência humana individual e grupal”(p.7).

. Dentro das práticas educativas de saúde compreendemos que os processos educativos decorrem de diferentes nuances, pensadas e praticadas no âmbito da Vigilância em Saúde (VS) por diversos profissionais do Sistema Único de Saúde, o SUS, no entanto, nessa pesquisa destacamos como protagonista o profissional ACE.

Propomos uma análise ao PSE da Cidade do Rio de Janeiro acerca das diretrizes, princípios e ações e como se constrói no território, nesta análise nos debruçamos no decreto número 2.436 do ano de 2017 com base na Lei 8.080 de 1990, na qual identificamos a delimitação de território como uma estratégia para as ações de saúde com maior eficiência. Analisando também as ações de educação em saúde desenvolvidas pelos ACE em escolas relacionando a formação básica para a cidadania contida na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Lei 9.394 de 1996.

Para a construção desse trabalho optamos pela realização de uma pesquisa qualitativa, uma vez que, segundo Flick (2009) ela *“é de particular relevância ao estudo das relações sociais devido à pluralização das esferas de vida”* (p.20). Encontramos nessa forma de análise a sensibilidade para o estudo empírico das perguntas que vamos formulando ao longo do texto e para as questões que pretendemos tencionar na reflexão dos leitores. Concordamos com Flick (2009) que *“a pesquisa está cada vez mais obrigada a utilizar-se de estratégias indutivas”*(p.21). Sem, no entanto, abdicar da utilização de outras teorias de pesquisa (uma vez que esse tipo de pesquisa é essencialmente influenciada pelo conhecimento teórico prévio, pela leitura que é feita durante sua construção e com base nos dados científicos coletados para análise), mas entender que nossa pesquisa parte de uma perspectiva qualitativa desde o início de seu estudo, visto que ela se desenhou a partir da observação do contexto social que envolve o trabalho do ACEe na busca de uma sensibilização quanto ao papel desse profissional no SUS, portanto, também podemos descrevê-la como sendo uma observação participante, cujas percepções e análises envolvem também o pesquisador como objeto da pesquisa em seu campo de atuação. Conforme Angrosino (2008) afirmar, *“apenas em campo um estudioso poderia encontrar verdadeiramente a dinâmica da experiência humana vivida”* (p16) e observar como atua o profissional ACE, sendo um, nos insere na pesquisa como objeto desta, uma vez que a observação participante é *“um modo de pesquisar que coloca o pesquisador no meio da comunidade que ele está estudando”*.(p.17)

Um dos aspectos da pesquisa qualitativa que vamos nos apropriar é da reflexividade do pesquisador e da pesquisa, desta forma, nosso caminho metodológico perpassou por uma

pesquisa bibliográfica, um dos métodos de pesquisas do qual consiste em realizar um levantamento bibliográfico de referências que no nosso caso, tem centralidade pelos temas da Educação em Saúde nas escolas e sobre as ações do ACE, através de bibliografias, artigos científicos e canais eletrônicos, tais como o Repositório Institucional da Fiocruz, sua biblioteca virtual, ARCA, e periódicos tendo como palavras-chave os conceitos de Educação em Saúde, o trabalho do ACE e o Programa Saúde na Escola com a finalidade de sistematizar as informações em um processo de análise e reflexão do conteúdo levantado, conforme vários autores pontuam (Minayo,1994, Lima E Mito, 2007 e Amaral, 2012).

Conforme esses mesmos autores afirmam, todo trabalho científico prevê inicialmente um levantamento teórico ou uma revisão bibliográfica, a fim de, proporcionar ao pesquisador os conhecimentos preliminares a respeito do tema/assunto analisados.

Os documentos selecionados para a análise são: O PSE do Rio de Janeiro (2015) e o Nacional (2021); e como mencionamos os documentos que abordam as Atribuições dos ACE em campo e/ou nas Escolas. As Leis Nº. 11.350/06 e Nº. 13.595/16 para melhor compreensão do ACE como agente promotor de educação em saúde, articulador de atividades educativas dentro do território. Essa última (Lei nº 13.595/16) altera a Lei 11.350/06 e dispõe sobre a reformulação das atribuições do ACE. Pontuamos no decorrer do texto as atividades que a eles são conferidas dentro da perspectiva da educação em saúde.

Ao observarmos essas leis e a ampliação das atribuições dos ACE, que antes limitavam-se apenas ao combate à dengue, percebemos que com a indicação de sua qualificação profissional para execução do cargo, esse profissional adquiriu também outras possibilidades dentro do SUS, deste modo chamá-los de Agente de Combate às Endemias é um tanto quanto insuficiente, uma vez que hoje, dentro do Município do Rio de Janeiro, nosso locus principal de estudo, eles podem ampliar suas atribuições sendo caracterizados como Agente de Vigilância em Saúde (AVS), assunto que aprofundaremos mais adiante.

Pretendemos demonstrar durante a análise a atuação do ACE dentro da Vigilância em Saúde, ampliando-se o entendimento das potencialidades desse profissional, uma vez que as práticas educativas em saúde desenvolvidas pelos ACE são expressas no cotidiano de suas atividades e nas suas rotinas e protocolos de trabalho. Estas rotinas decorrem de diretrizes e acordos vigentes da organização do serviço da Vigilância em Saúde corroborando com o Ministério da Saúde e com as diretrizes do SUS.

Portanto, relacionamos as premissas necessárias para que o ACE exerça sua função, ressaltando a importância da sua formação continuada como um requisito em Lei.

No que refere a sua formação continuada, e a sua necessidade para ampliação da sensibilidade desse profissional em sua rotina de trabalho dentro do território, relacionamos a Lei nº. 9.795/99 demonstrando que suas atividades no território e sua visão ambiental dentro da estratégia de Educação em Saúde são tangentes à Política Nacional de Educação Ambiental (PNEA). Trouxemos para o nosso texto a PNEA como forma de evidenciar a necessidade de se pensar a educação ambiental a partir do conceito de território com um olhar baseado na concepção do meio ambiente compreendido em sua totalidade, ressaltando o viés humanístico, democrático e coletivo do trabalho do ACE.

Ainda para o nosso caminho metodológico e como corroboração do que se pretende apresentar nessa dissertação, o trabalho teve como método a pesquisa qualitativa com base na análise dos conteúdos dos documentos mencionados, a partir do referencial teórico que consultamos. A análise proposta é composta de uma sistematização que permite a realização de inferência de conhecimento através da revisão de literatura, dos documentos oficiais: Programa Saúde na Escola, as diretrizes do processo de trabalho dos ACE, como já expusemos, e ainda outros documentos complementares que é citado no decorrer da dissertação para compor as reflexões suscitadas ao longo da pesquisa.

A Análise de Conteúdo (AC) enquadra-se em nossa pesquisa, visto que, pretendemos utilizar a análise documental³, tendo como fundamentação a autora Laurence Bardin (1977) e Maria Cecília S. Minayo (2007).

Minayo (2007) vai nos esclarecer que esse tipo de pesquisa permite desvendar processos sociais ainda pouco conhecidos, referentes a grupos distintos, propiciando a criação de novas abordagens, revisão e criação de novas categorias e conceitos durante o processo investigativo.

Após a elaboração do referencial teórico-metodológico, são apresentadas a (s) principal(is) categoria(s) para análise dos documentos elencados. Essas categorias serão definidas tendo como perspectiva uma adaptação do entendimento de Bardin (1977) e Minayo (2007).

³ que é “uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero” (BARDIN, 1977,p.117)

Vale ressaltar que não se fez uma aplicação rigorosa de todas as etapas previstas no método da análise de conteúdo, uma vez que essa pesquisa tem o predomínio do caráter qualitativo. Contudo, nosso estudo se concentrou na indicação da aplicação da técnica descrita por Bardin (2004) no que diz respeito à uma análise com base em temáticas que consideramos fundamentais e de destaque para a identificação dos nossos propósitos de análise. Construímos ao final, como produto da análise, tabelas expositivas-comparativas, destacando referências identificadas nos documentos e as funções exercidas pelo ACE na rotina de trabalho.

Neste sentido, a análise se baseia no entendimento construído sobre temas desenvolvidos neste estudo, com objetivo de identificar e traduzir os elementos essenciais encontrados nos documentos selecionados, ressaltando a atuação do ACE nas atividades educativas em saúde consonantes ao PSE e as leis que regem o cargo.

Portanto, no primeiro capítulo apresentamos mais profundamente quem é o ACE, suas atribuições no setor saúde, especificamente na Vigilância em Saúde do município do Rio de Janeiro e os questionamentos quanto à identificação desses atores como profissionais do SUS.

Relacionamos nesse primeiro momento a importância do ACE durante os períodos de avanço da saúde pública trazendo um pequeno histórico de como surge esse profissional no contexto da saúde e o processo evolutivo do cargo/função. Abrimos nesse capítulo a reflexão sobre a invisibilidade do profissional ACE atualmente e os ganhos qualitativos que a formação continuada desse profissional proporcionou em sua rotina em campo, o que no município do Rio de Janeiro confere à esse profissional a nomenclatura não oficial de Agente de Vigilância em Saúde (AVS).

Em um segundo momento, discutimos sobre o papel da educação em saúde dentro da política de promoção da saúde. Trouxemos para esse capítulo uma breve revisão histórica envolvendo a relação entre educação e saúde como política de governo e discutimos as bases teóricas do campo da Educação em Saúde como processo que envolve as relações entre os profissionais da área de Saúde e a população no sentido de fomentar a autonomia nos cuidados individual e coletivo, assim como suas associações com a promoção da saúde e a educação em saúde e ambiente.

No Terceiro capítulo percorremos algumas reflexões, no que diz respeito aos problemas de saúde que a educação ajuda a combater demonstrando que por mais dicotômicas que possam parecer essa relação, elas se complementam como políticas de promoção da saúde e diminuição de desigualdades. Abordamos de forma breve a importância das ações e os caminhos da educação na saúde e nessa construção dialógica de como é pensada a sua e seus contextos na história da saúde pública. Demonstramos a educação e a saúde como direitos constitucionais presentes na Constituição Federal de 1988.

Posteriormente, apresentamos o PSE e suas relações com o campo da Educação em Saúde e, baseado nos documentos pesquisados, analisamos as ações de educação em saúde desenvolvidas pelo ACE e seu potencial de aplicação em escolas, particularmente em relação a esse Programa.

Por fim, no último capítulo reservamos para as nossas discussões e reflexões. Apresentamos o ACE e as ações desenvolvidas nas instituições escolares, mostrando que de fato alguns desses profissionais já realizam atividades inseridas no PSE. Procuramos demonstrar como podemos potencializar o desenvolvimento desses profissionais nas ações dentro do espaço educativo através do PSE. Nesse momento apresentamos alguns grupos que foram criados dentro da estrutura municipal, de maneira não oficial, que desempenham ações exclusivamente educativas e comunicativas. E suscitamos a reflexão do leitor para que assim como nós, questione o por quê de não oficializar esse profissional da saúde dentro da estrutura do PSE.

Realizamos ainda como apoio a essa análise, uma busca de materiais publicados, impressos ou *on-line*, que envolvam, estudos sobre o trabalho do ACE associado à educação em saúde nas escolas públicas do município do Rio de Janeiro. Também identificamos os profissionais que atuam no Projeto de Saúde na Escola, quais são e como são aplicadas as ações de Educação em Saúde frente à realidade do território, para que seja verificada se é possível, ou se já é praticada, uma interrelação Saúde-Educação-Ambiente através do ACE do município. Para ressaltar essa interrelação construímos duas tabelas: uma evidenciando as ações do ACE dentro do PSE, destacando principalmente cada categoria que vai ao encontro das atuações do ACE. Isso permite que o leitor compreenda melhor esse profissional com base em suas atribuições na Lei que rege a categoria, as quais são destacadas as possibilidades desses trabalhadores em seu ambiente de trabalho e nas atividades que podem ser potencializadas; e outra tabela envolvendo o exercício profissional do ACE e a Lei ambiental

dentro dos princípios básicos do Programa Nacional de Educação Ambiental para apresentar a construção do olhar ambiental do ACE dentro do conceito ambiental de território, a fim de demonstrar que esse olhar amplia e potencializa o entendimento de Educação em Saúde para o ACE.

CAPÍTULO 1 – O ACE E SUA ÁREA DE ATUAÇÃO NO SUS

Na atualidade, o ACE é o profissional que atuam principalmente com a prevenção e o controle das arboviroses. Eles possuem significado importante para o fortalecimento do SUS, pois atuam na prevenção e controle de doenças endêmicas. Suas atividades segundo Evangelista (2017) baseiam-se em ações integradas às propostas em política da saúde.

Conforme avançamos nas pesquisas a respeito desse profissional, percebemos poucos materiais falando sobre esse trabalhador e sua origem, não há uma história fiel de como surgiram os ACE, em suas diversas nomenclaturas ao longo da história, no entanto, há alguns indícios que essa função tenha surgido com a vinda da corte imperial ao Brasil por volta de 1808⁴ e esses profissionais faziam à época as inspeções sanitárias nos portos. Seu trabalho era minimizar os possíveis agravos, epidemias e doenças que vinham de outros continentes com a tripulação dos navios que atracavam nos portos brasileiros. O interesse comercial da época era minimizar possíveis prejuízos econômicos. *“Verifica-se que o interesse primordial estava limitado ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo da capital do Império, tendência que se alongou por quase um século.”* (BRASIL, 2007, p.17).

De acordo com Campos (2019), embora em 1808 com a chegada da Corte Portuguesa ao Brasil algumas mudanças na área da saúde foram percebida, o “controle sanitário” somente se deu em virtude da vinda da família real e do seu estabelecimento na cidade do Rio de Janeiro, *“Por volta de 1829, foi criada a Junta de Higiene Pública, que se mostrou pouco eficaz e, apesar de várias reformulações, não alcançou o objetivo de cuidar da saúde da população.”* (BRASIL, 2007, p.17).

Essa Junta de Higiene Pública foi transformada em 1851 em Junta Central de Higiene Pública e *“embora não tenha destruído as epidemias, ela marca uma nova etapa na organização da higiene pública no Brasil. Essa forma é que será mantida durante o século XIX.”* (BRASIL, 2007, p.17).

Ainda que insuficientes, essas mudanças foram importantes para que a preocupação em saúde se iniciasse no Brasil, mesmo que o objetivo financeiro se sobrepujasse à preocupação com a saúde coletiva.

⁴ Tinha-se o nome de Provedoria-mor, os funcionários responsáveis pela inspeção dos portos com a finalidade de minimizar as doenças e epidemias importadas nos navios.

É importante salientarmos que,

A falta de um modelo sanitário para o País deixava as cidades brasileiras à mercê das epidemias. No início do século XX, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam à população, como a varíola, a malária, a febre amarela e, posteriormente, a peste. Este quadro acabou gerando sérias consequências, tanto para a saúde coletiva quanto para outros setores como o do comércio exterior, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em razão da situação sanitária existente na cidade. (BRASIL, 2007, p.18-19)

Por volta do século XIX, o Governo Federal instituiu uma Polícia Sanitária que agia com o objetivo de controlar os surtos epidêmicos a destacar:

as epidemias de doenças transmissíveis, em particular a febre amarela e a malária, produziram um impacto dramático de mortalidade nas cidades e nos principais canteiros de obras localizados nos países periféricos, causando prejuízo ao comércio e dificultando a expansão do capitalismo.(BRASIL, 2004, p.15)

Mas, foi por volta de 1903 que essa profissão começou a ganhar força⁵, após o médico, epidemiologista e sanitarista, Oswaldo Cruz, assumir a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP). Oswaldo Cruz⁶ fez vários estudos com o intuito de entender como controlar a febre amarela, que era uma das principais epidemias da época. Oswaldo Cruz percebeu através de suas pesquisas que ao eliminar os focos dos mosquitos onde ele se reproduzisse seria de fundamental importância para o controle da doença, uma vez que esta era transmitida principalmente pela picada dos mosquitos *Aedes Aegypti*.

Para reduzir o número de mosquitos *Aedes aegypti* na cidade, Cruz recorreu principalmente à fumigação de gás sulfuroso nas casas, atividade realizada por trabalhadores recrutados para esta finalidade, os "mata-mosquitos". A cidade foi dividida em dez setores, cada um gerenciado separadamente e fiscalizado por uma estrutura central - método emprestado dos militares e aplicado pela primeira vez em Cuba pelo general Gorgas (LOWY, 2006, p. 87)

⁵ Abriremos um parêntese para esclarecer que o ACE não é a evolução do mata mosquito, mas que esse papel na saúde dentro de cada modelo de atenção historicamente estava presente de certa forma, o que nos leva ao entendimento que em cada época havia um profissional com características e perfil epidemiológico atuando para controle de epidemias e pragas e também na promoção da saúde em áreas específicas.

⁶ As medidas de profilaxia implantadas por Oswaldo Cruz tiveram características idênticas à campanha militar norte-americana desenvolvida em Cuba, onde toda a cidade ficava sob a vigilância das autoridades, nesse caso a polícia sanitária, e cujas normas de higiene, vigilância da cidade e controle de hábitos da população foram consideradas práticas autoritárias pela população.(PEREIRA, 2018,p.35)

Nascia naquele momento os ‘mata-mosquitos’ profissionais destinados a combater o vetor da doença em todo território nacional.

Embora essa nova política sanitária fosse um tanto arbitrária, a causa era nobre, porém feita de forma rude com intimidações, multas e algumas vezes força física. Os guardas de endemias, (Mata mosquitos como eram chamados popularmente), atuais ACE, percorriam a cidade com o intuito de eliminar qualquer possível criadouro para o mosquito. Essa foi a solução governamental da época que incentivou as pesquisas biomédicas, iniciadas por Oswaldo Cruz e iniciou as campanhas sanitárias com moldes militares.

A solução, na época, veio sob a forma de incentivo público às pesquisas biomédicas, sobretudo àquelas dirigidas às doenças tropicais e à formação de equipes de trabalho organizadas em moldes militares, capazes de intervir com disciplina e eficácia quando necessário. Estavam criadas as campanhas sanitárias. O sucesso dessas campanhas sanitárias destacou-se tanto por seus resultados no controle de processos epidêmicos, como pelo exemplo de articulação entre o conhecimento científico, a competência técnica e a organização do processo de trabalho em saúde. (BRASIL, 2004, p. 16).

Nas décadas de 1930 e 40 esse pequeno nicho de profissionais compunham o quadro de auxiliares da saúde conhecidos na época como “guardas sanitários, visitantes sanitário, auxiliares da saúde pública” como destacado por REIS (2016). Peças fundamentais na história da saúde pública esses trabalhadores auxiliavam no enfrentamento das questões históricas de saúde relacionadas ao enfrentamento de doenças que assolaram o país, principalmente a febre amarela.

Em 1956, com a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu) diversos outros programas de saúde e combate as doenças foram incorporados como o combate da malária, da febre amarela e da peste. A forma rude e militarista com que agiam os guardas sanitários da época perdurou ainda por um longo tempo. A Polícia sanitária por volta dos anos 1970 deu lugar a uma nova nomenclatura e os guardas sanitários passam a assumir o termo Agente de Saúde Pública, os também chamados guardas de endemias.

Nesse mesmo ano foi criada a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), subordinada à Secretaria de Saúde Pública e o DENERu. Nesse momento da história os guardas de endemias já eram conhecidos nacionalmente não existiam localidades que não houvessem sido visitadas por esses profissionais, os agentes de saúde pública conhecidos também como guardas de endemias da SUCAM, eles percorriam todo país com o

objetivo de controlar ou erradicar as endemias. E foram várias ao longo da história: Doença de chagas, febre amarela, malária, esquistossomose entre outras, tais como as das campanhas contra a Filariose, o Tracoma, a Peste, o Bócio endêmico e as Leishmanioses (PEREIRA, 2018).

Com o processo de descentralização política - técnica e administrativa do sistema de saúde do Brasil, por volta de 1980, houve o que se chamou de municipalização da saúde onde se transferiu da União para os Estados e Municípios a responsabilidade das atividades de promoção da saúde e a prevenção das doenças. Pereira (2018) relata que nessa época alguns militares após cumprirem o período obrigatório nas forças armadas foram recrutados para atuarem como guardas de endemias no combate a dengue.

Segundo SILVA (2000), por volta de 1990 a SUCAM passou a se chamar Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) após seus recursos orçamentários e atribuições terem sido transferidos para a Fundação e Serviços de Saúde Pública (Fsesp)⁷. Por volta de 1993 a FUNASA começou a se descentralizar, passando para os Municípios e Estados a responsabilidade que antes cabia ao governo federal.

A partir da descentralização da FUNASA, os Estados e Municípios começaram a exercer a autonomia no controle às endemias em seus territórios podendo realizar concursos para esse cargo e também usando os profissionais já treinados que foram absorvidos pelos Municípios, chamados dentro da administração pública como “os Funasas”.

De acordo com Evangelista (2017), o ACE atua com o controle e prevenção de endemias. Esses profissionais compõem as equipes de zoonoses em todo território nacional, passando a integrar as equipes de saúde da família no ano de 2010. Campos (2019) traz a reflexão que

a inserção física do profissional, não necessariamente possibilita a integração proposta. Além disso, é importante considerar que na ESF já existe um profissional de nível médio: o Agente Comunitário de Saúde (ACS), sendo necessária a definição de papéis e responsabilidades a fim de possibilitar a reorganização do processo de trabalho e permitir o desenvolvimento de práticas com abordagens integradas. (CAMPOS, 2019, p.73)

⁷ Que passou a época se denominar Fundação Nacional de saúde.

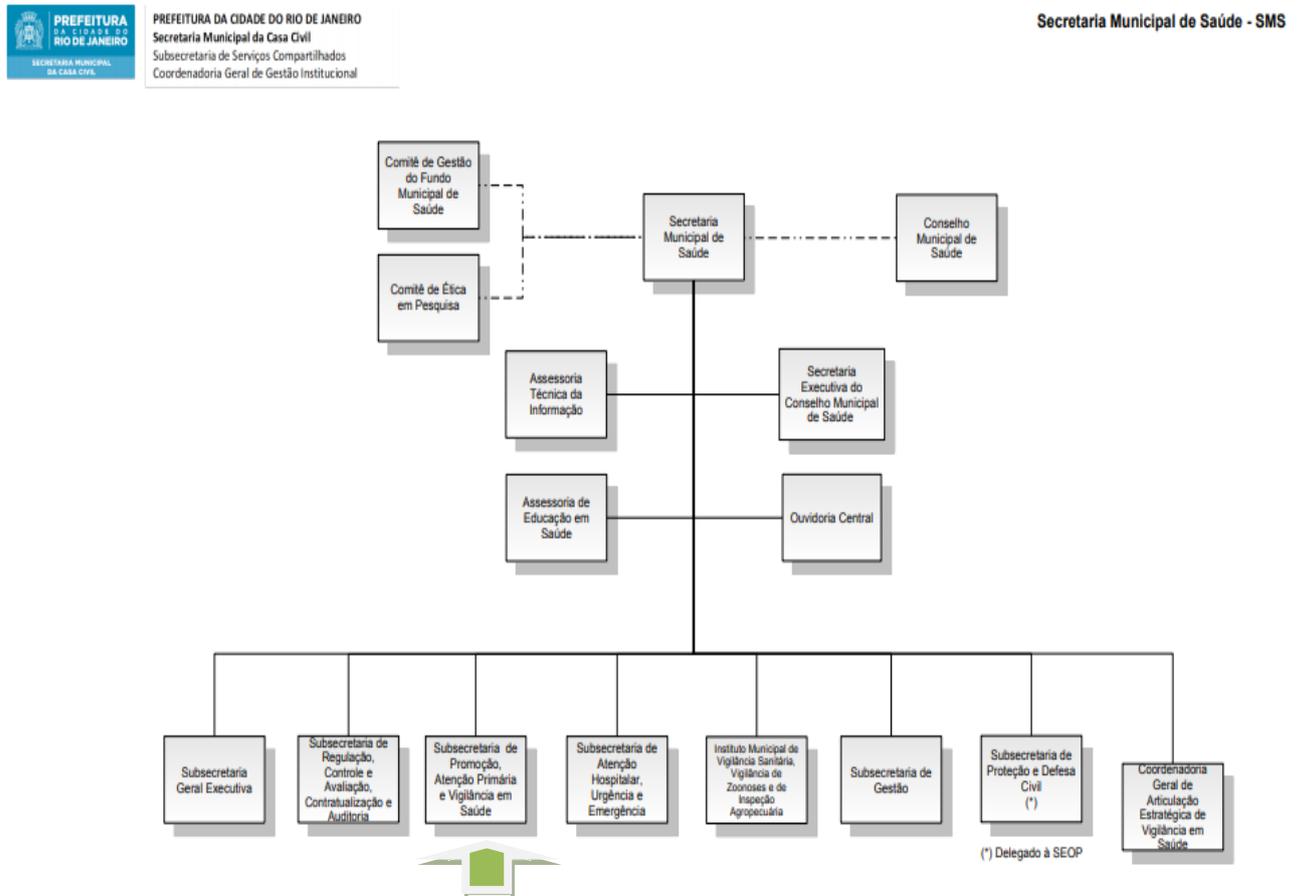
Com A lei 11.350/2006⁸ que regulamentou suas principais atividades e ampliação do entendimento de suas funções dentro do âmbito da vigilância, na prevenção e controle de doenças e na promoção da saúde de acordo com as diretrizes do SUS. Passa-se então ao entendimento que o ACE, popularmente conhecidos como “mata-mosquito” devido sua atuação no controle da dengue, ficam também incumbidos de atuar no combate às outras endemias tais como: esquistossomose, leptospirose, doença de chagas, febre amarela entre outras que compõe o campo da vigilância em saúde.

Além disso, esses trabalhadores exercem atividades educativas em saúde, provenientes de sua rotina laboral de orientação à população sobre os cuidados com o meio ambiente dentro do território que atuam.

Dentro da vigilância em saúde do Município do Rio de Janeiro podemos situar o ACE na organização geral da Secretaria Municipal de Saúde, na Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV) que é dentro da cidade do Rio de Janeiro a secretaria responsável pelo planejamento, coordenação e acompanhamento das ações e serviços de promoção da saúde. Ela cuida da parte da atenção primária e vigilância em saúde do município em conjunto com as demais secretarias, como podemos observar no organograma abaixo Figura 1.

⁸ Essa Lei dispõe também sobre o aproveitamento dos profissionais que atuam como Guarda de Endemias e haviam sido contratados sob o regime celetista e vinculados ao regime geral de previdência social no quadro dos Funasas. (PEREIRA, 2018,p.20)

Figura1. Organograma SMS

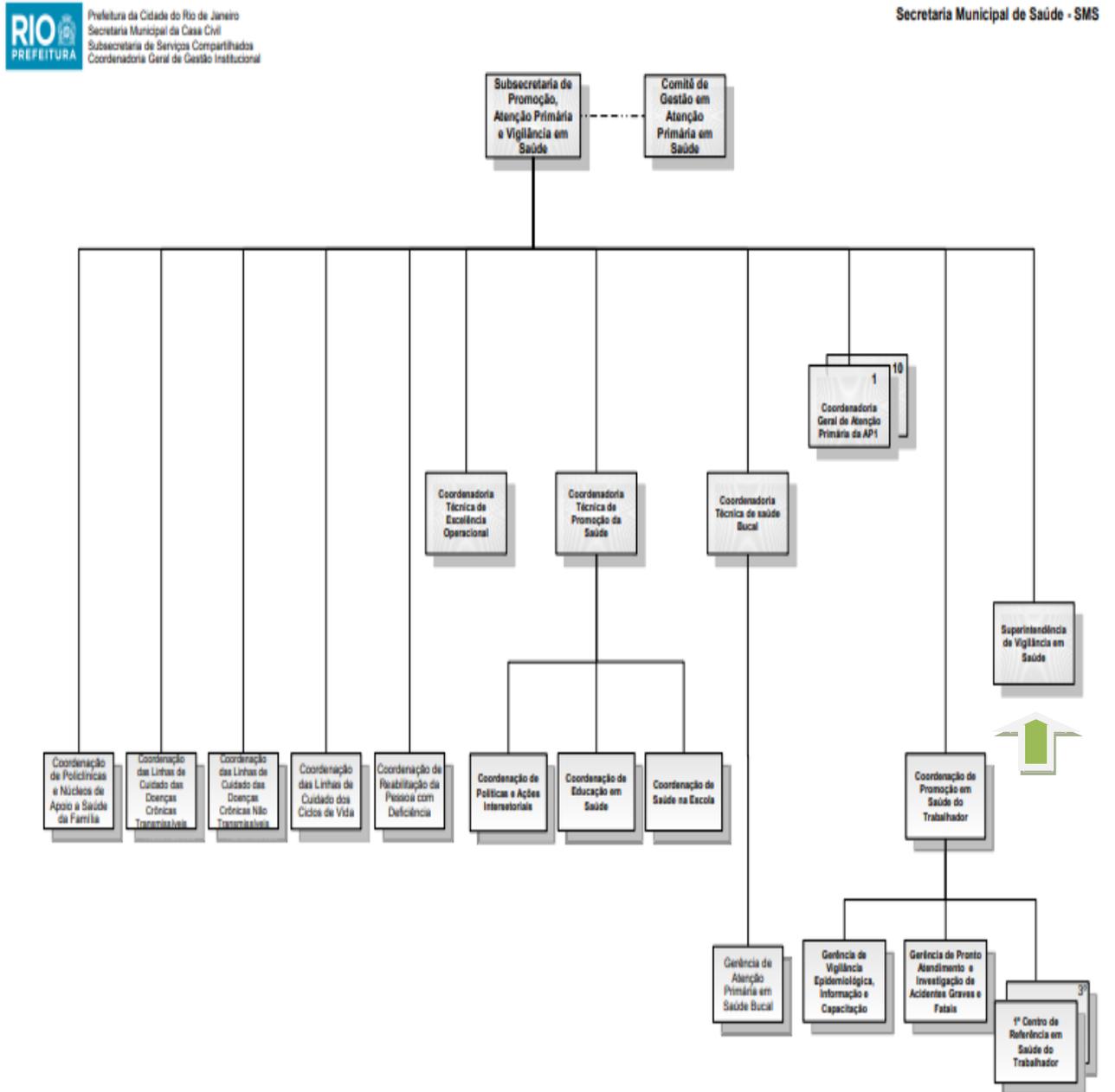


Fonte: Prefeitura do Rio <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/9396355/4305654/SMS.pdf>

A Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde SUBPAV está diretamente ligada à Secretaria Municipal de Saúde e é responsável por avaliar toda rede de serviços de promoção da saúde, atenção primária e vigilância em saúde a partir dos indicadores epidemiológicos do município de Rio de Janeiro.

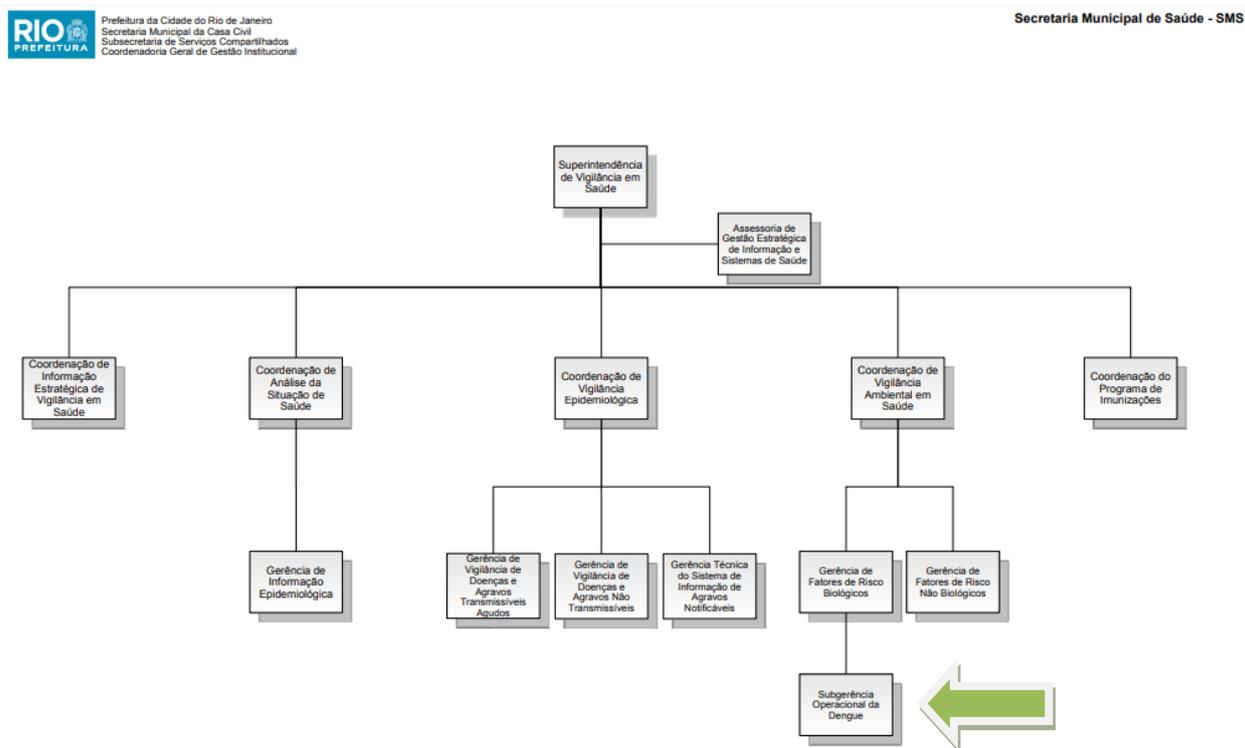
A SUBPAV estão subordinadas várias coordenadorias e a Superintendência da Vigilância em Saúde, na qual os ACE do município do Rio de Janeiro estão alocados (Figura 2 e 3 abaixo) mais precisamente na Subgerência operacional da Dengue. Esta gerência monitora e executa os planejamentos das ações operacionais de rotina de controle de vetores nos diversos níveis e as ações do Plano Municipal de Combate a Dengue.

Figura 2: SUBPAV



Fonte: Prefeitura do Rio <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/9396355/4305654/SMS.pdf>

Figura 3. Superintendência Operacional da Dengue



Fonte: Prefeitura do Rio <http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/028ae108-4b83-4300-9b85-3fca50963b97>.

Ao trabalho do ACE envolve atividades desenvolvidas no âmbito da Vigilância em saúde, no controle e prevenção de doenças, de acordo com as diretrizes do SUS, como as de educação em saúde com orientação dos munícipes sobre os cuidados com o meio ambiente a fim de controlar e prevenir possíveis agravos à saúde, o que implica a esses profissionais receberem qualificação adequada à execução de suas atividades.

Ainda de acordo com o Plano Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro ⁹ (PMSM) (2018) as atividades desenvolvidas pelos ACE têm como principal papel a “Garantia do meio ambiente saudável para reduzir a incidência das arboviroses e de outros agravos à saúde.” O trabalho de campo dos ACE possibilita o mapeamento das áreas de vulnerabilidade principalmente com dados que contribuem para o mapeamento da expansão/controle das arboviroses.

⁹ Disponível em <http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/1b8c0d48-1b2e-432b-825b-a934791bcf89>

Na cidade do Rio de Janeiro as arboviroses mais comuns são: a dengue, zika, e a chikungunya. Segundo o PMSM (2018) existem evidências que apontam para relação entre essas arboviroses e as doenças neurológicas.

1.1 A IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ACE

Com o lançamento do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), no ano de 2002 que dava destaque principal para o controle da dengue na atenção primária por via da atenção básica, o papel do ACE ganhou notoriedade.

Como já mencionamos, existem muitas adjetivações atribuídas à nomenclatura dos profissionais que atuam como ACE, tais como: guarda de endemias, mata-mosquitos, visitantes sanitários, Agente de Controle de Endemias, auxiliares de saúde pública, agente de saneamento, polícia sanitária, agente de vigilância e saúde, etc, o que torna(ou) confusa para a população, e até mesmo para o próprio ACE, as atribuições desses profissionais ao longo da história.

Ao conhecermos a origem da relação do ACE e o controle das endemias surgidas no início dos séculos IXX e XX, podemos entender que o surgimento do profissional ACE está muito ligado ao modelo das campanhas sanitaristas e ao próprio modo capitalista de produção da época. Apesar de suas atribuições terem se alterado ao longo dos anos, e a estes profissionais tenham sido atribuídas novas demandas e competências, a característica da profissão ainda guarda um resquício do militarismo marcado pelas experiências do passado, o que também contribui para a confusão quanto sua posição na esfera da saúde.

Ainda se destaca às confusões da profissão as diversas formas com as quais esses profissionais podem integrar o quadro da saúde. Segundo Gondim e Monken (2017), há uma variabilidade de contratos de trabalhos aos quais esses profissionais são submetidos, como contratos temporários, celetistas, etc. Eles podem ser admitidos por via de concurso público, contratados através das Organizações de Saúde (OS), podem ainda possuir diferentes vínculos institucionais, seja na esfera estadual, municipal ou federal, além da diversidade de exigência quanto a escolaridade desses trabalhadores.

Como há diversas formas de contratação e níveis de escolarização exigida para o cargo de ACE, há também diferentes salários pagos a esses trabalhadores. Assim, temos ACE espalhados pelo país exercendo diversas atividades, alguns nem sabe sua real atribuição dentro do campo da saúde, mal remunerados e com formação frágil.

O pouco investimento que há na formação desses profissionais, pode ser evidenciado no processo de trabalho que desempenham esses trabalhadores. A formação prévia qualifica o funcionário no exercício das atividades condizentes à função exercida. Se a formação desses profissionais já é negligenciada na sua contratação, provavelmente haverá dificuldades de, por exemplo, integrá-los às equipes de saúde na atenção básica.

Desde a descentralização dos “Funasas” inserir o ACE no SUS como parte integradora das equipes da atenção básica tem sido desafio para várias gestões, uma vez que ainda há muito ACE que não se entendem como trabalhadores da saúde. De acordo com Gondim e Monken (2017) *“o processo de descentralização, não deu conta de efetivar essa grande e importante mudança – situa-los no SUS, integrá-los aos processos de trabalho do SUS, e ainda hoje, são gerenciados à parte do sistema;”* (p. 16).

A profissão de ACE foi oficializada muito recentemente através da Lei 11.350 de 05 de outubro de 2006. A Lei institui que são estes os profissionais da promoção da saúde e que suas práticas convergem para a garantia da qualidade de vida para todos os cidadãos, sendo suas principais atribuições o controle de vetores. Esses profissionais trabalham diretamente nos territórios em visitas domiciliares e em estabelecimentos públicos e comerciais existentes no território (BRASIL, 2006) os ACE são capazes de monitoramento ambiental no qual podem identificar áreas de vulnerabilidade e de proliferação de vetores sendo responsáveis pela promoção da saúde no território de sua atuação no enfrentamento de doenças endêmicas e pandêmicas, ao longo da história lá estava o ACE ajudando, orientando e por vezes promovendo a educação em saúde nos diversos territórios de suas atuações.

No ano de 2015 foi publicada a portaria GM/MS nº. 1.025 que corroborou com as atividades do ACE já descrita na lei 11.350/2006 e em acordo com as diretrizes e Políticas de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde que estabeleceu um conjunto de atribuições desses profissionais revista posteriormente com a lei 13.708/2018.¹⁰

A Lei 11.350/2006 teve a primeira reformulação em janeiro de 2018, o que desconfigurou a característica profissional do ACE, e hoje a Lei que vigora é a 13.595/18 e a 13.708/2018. Um dos pontos alterados diz respeito que agora atribui-se a prevenção da saúde e não mais a promoção da saúde a esse profissional, mas é só um detalhe, visto que essa atuação junto a comunidade é a que mais se evidencia.

¹⁰ A Lei nº 13.708/ 2018 alterou a Lei nº 11.350/2006 pela segunda vez, no que diz respeito as normas que regulam o exercício profissional. A lei trouxe a essencialidade e obrigatoriedade da presença do ACE na ESF e na estrutura de vigilância epidemiológica e ambiental. Além de constar informações sobre a jornada de trabalho exigida para recebimento de piso salarial, o custeio da locomoção desse profissional aos territórios de sua atividade e a participação em cursos de formação.

Com a Lei 13.595/2018 algumas das suas atribuições consiste no desenvolvimento de ações educativas, que podem ser desenvolvidas dentro do seu território de atuação junto à comunidade local em parceria com outros atores da saúde que compõe a equipe da atenção básica, sempre com o intuito de promover / construir conhecimentos que sejam úteis à população. No artigo 3º da Lei vemos algumas de suas atribuições:

§ 1º São consideradas atividades típicas do Agente de Combate às Endemias, em sua área geográfica de atuação:

I - Desenvolvimento de ações educativas e de mobilização da comunidade relativas à prevenção e ao controle de doenças e agravos à saúde;

II - Realização de ações de prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, em interação com o Agente Comunitário de Saúde e a equipe de atenção básica;

III - Identificação de casos suspeitos de doenças e agravos à saúde e encaminhamento, quando indicado, para a unidade de saúde de referência, assim como comunicação do fato à autoridade sanitária responsável;

IV - Divulgação de informações para a comunidade sobre sinais, sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e sobre medidas de prevenção individuais e coletivas;

V - Realização de ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica e coleta de reservatórios de doenças;

VI - Cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção e controle de doenças;

VII - Execução de ações de prevenção e controle de doenças, com a utilização de medidas de controle químico e biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;

VIII - Execução de ações de campo em projetos que visem a avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças;

IX - Registro das informações referentes às atividades executadas, de acordo com as normas do SUS;

X - Identificação e cadastramento de situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada principalmente aos fatores ambientais;

XI - Mobilização da comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores. (BRASIL, 2018)

O ACE é um profissional que tem suas atribuições direcionadas à comunidade, e como podemos verificar dentro de suas atribuições está também a de desenvolver ações educativas.

Suas observações e conhecimentos ambientais aliadas aos diálogos que devem ser mantidos junto à comunidade os tornam um profissional educador que leva o conhecimento de saúde através de um diálogo educativo com a população local. Esse diálogo pode ser realizado tanto em ações pontuais como em programadas com a equipe pedagógica das escolas do território. Ainda fazem parte das suas atribuições:

§ 2º É considerada atividade dos Agentes de Combate às Endemias assistida por profissional de nível superior e condicionada à estrutura de vigilância epidemiológica e ambiental e de atenção básica a participação:

I - No planejamento, execução e avaliação das ações de vacinação animal contra zoonoses de relevância para a saúde pública normatizadas pelo Ministério da Saúde, bem como na notificação e na investigação de eventos adversos temporalmente associados a essas vacinações;

II - Na coleta de animais e no recebimento, no acondicionamento, na conservação e no transporte de espécimes ou amostras biológicas de animais, para seu encaminhamento aos laboratórios responsáveis pela identificação ou diagnóstico de zoonoses de relevância para a saúde pública no Município;

III - Na necropsia de animais com diagnóstico suspeito de zoonoses de relevância para a saúde pública, auxiliando na coleta e no encaminhamento de amostras laboratoriais, ou por meio de outros procedimentos pertinentes;

IV - Na investigação diagnóstica laboratorial de zoonoses de relevância para a saúde pública;

V - Na realização do planejamento, desenvolvimento e execução de ações de controle da população de animais, com vistas ao combate à propagação de zoonoses de relevância para a saúde pública, em caráter excepcional, e sob supervisão da coordenação da área de vigilância em saúde. (BRASIL, 2018)

Ou seja, como analisados nos documentos oficiais, trata-se de um profissional cujo trabalho pode ser de essencial importância para o SUS. Concordamos com Pereira (2018) *“Não há como negar que, ao longo da história, esses trabalhadores auxiliares da saúde foram fundamentais para dar conta das inúmeras moléstias e desafios superados para o enfrentamento da saúde Pública e combate às grandes epidemias no País”* (p.25), na teoria estamos falando de um potencial promotor de Educação em Saúde com um olhar ambiental

aprimorado que desenvolve dentro da territorialização de cada APS, um trabalho com objetivo educativo e sanitário. Dissemos, na teoria porque na prática este mesmo profissional encontra barreiras burocráticas e hierárquicas que os impedem de desenvolver, dentro do município do Rio (local focal do nosso trabalho) um trabalho no qual esteja englobada suas fidedignas atribuições.

Dentro da estrutura municipal, a categoria é invisibilizada e tem suas tarefas limitadas às visitas domiciliares, conforme aponta Evangelista (2019) muitas vezes o foco do trabalho que desempenham consiste em eliminar os criadouros do Aedes, com uma próxima semelhança do trabalho exercido nas décadas de 40-70. Dentre os profissionais há muito desconhecimento sobre o protocolo de execução de suas atividades laborais, inclusive as de conteúdos técnicos referentes ao controle de vetores, o mesmo autor aponta que a capacitação desses profissionais ocorrem as vezes por via oral e que nas suas demandas laborais o ensinamento é passado informalmente. O que se atesta como realidade não só no público alvo estudado por esse autor, o ACE do município do Rio de Janeiro da Coordenadoria Geral de Atenção Primária (CAP 3.3), mas também no município do Rio de Janeiro.

Gondim e Monken (2017) descrevem alguns desses problemas enfrentados no processo de formação desses trabalhadores da saúde no cenário nacional, que vai desde a baixa escolaridade, em alguns municípios até gestão militarizada com as quais alguns ACE são geridos. Os autores chamam a atenção para a formação bancária que é aplicada, como uma formação restritiva e limitada as endemias apenas, sem a observância dos aspectos sociais e ambientais. *“sempre voltada para conhecer, na maioria dos casos apenas uma endemia e atuar sobre ela, que dificulta na compreensão do conceito ampliado de saúde e dos determinantes sociais da saúde que incidem sobre o processo saúde - doença em territórios singulares”* (p. 16)

Ao iniciarmos nossa pesquisa sobre esse profissional encontramos algumas dificuldades, uma vez que, poucos estudos científicos se voltam para o ACE enquanto profissionais da saúde. O que se evidencia em alguns autores e trabalhos no campo acadêmico como de Reis (2016) onde o autor cita essa lacuna. Segundo esse autor, é que *“paira certo silêncio na historiografia da saúde brasileira sobre tais personagens”* (p.59), o mesmo autor ainda salienta que embora sempre mencionados, principalmente atrelados a outra categoria profissional, a dos Agentes Comunitários de Saúde, os ACE são pouco estudados na

dimensão de trabalhadores da saúde. Até a história da origem da profissão ACE é de difícil acesso, há poucos fragmentos em teses e dissertações, porém não linear / cronológico.

Por que há tanta dificuldade dos ACE não só se considerarem como também de serem reconhecidos como profissionais da saúde? Procuramos alguns autores que abordaram esse tema, Reis (2013 ; 2016) nos aponta que ao longo da história da saúde brasileira o sentimento de pertencimento à saúde por parte desses profissionais não se consolidou, devido: (a) parte pela desvalorização atribuída à categoria uma vez que no início do século XIX os trabalhos executados por esses profissionais não exigiam muita qualificação e instrução, eles apenas executavam o que lhes era imposto, sem questionamento, o que se explica por sua característica militarizada. Seu trabalho consistia em visitar as casas para colocar larvicidas nos ralos e prováveis locais nos quais pudessem se proliferar o mosquito, eliminação de criadouros em ambientes abertos como praças e via pública e coleta de focos (larvas de mosquitos), etc.; (b) parte pelo despreparo profissional que os distanciava de suas atribuições somente definidas a rigor da lei após a década de 2000.

A esses profissionais foram atribuídas várias funções ao longo dos períodos sem, no entanto, constituir-se uma definitiva posição dentro da saúde e ao longo da história foram lhes atribuída várias nomenclaturas, já mencionado mais acima, que mudava de acordo com a região ou gestão local.

Até mesmo o preparo e formação técnica desses profissionais foram por décadas negligenciadas pelas autoridades municipais e federais. Evangelista *et al* (2018) nos evidencia que; *“as identidades profissionais dos agentes foram construídas e reconstruídas sem uma sólida formação profissional e em condições precárias de trabalho (p.1)”*.

É salutar o entendimento de que o ACE é importante para o combate às endemias e que sua identidade se constrói em tese e também do seu vínculo com a comunidade local, como bem afirma Evangelista *et al*, *“as identidades construídas pelos agentes são aquelas alicerçadas no vínculo afetivo com os moradores e com o trabalho, na necessidade de emprego e no desejo de contribuir para o controle da dengue.”* (2019, p.17). Porém, hoje as atribuições dos ACE vão bem além e não se limitam apenas ao combate às endemias.

Dentro do contexto laboral podemos perceber em alguns municípios do Estado do Rio de Janeiro diversas formas de contratação desses profissionais que pode ser pela via de concurso em caráter estatutário ou até em contrato, Regime Geral da Previdência e acordos

políticos, com isso o autor ainda destaca os diversos vínculos institucionais, regimes e escolaridade para assumir a função. Fernandes (2005) chama em especial a atenção para este fato, de haver muitos profissionais qualificados e até com nível superior nas capitais e seus municípios e pouca mão de obra com a mesma qualificação no interior, o que também foi destacado pelo Ministério da Saúde em publicações de 2011 e 2017.

No livro *“Técnico em Vigilância em Saúde”*, publicado em 2011 e republicado em 2017, o Ministério da Saúde destaca as barreiras e obstáculos na formação desses profissionais tais como: a fragmentação da área da vigilância em saúde, a não priorização dos pilares da vigilância e a desorganização dos processos e programas de trabalho na formação desses agentes (BRASIL, 2011 e GONDIM, 2017).

A constituição da identidade dessa categoria de profissionais da saúde é fragilizada uma vez que muitos desses profissionais não sabem o verdadeiro propósito de sua atuação dentro da saúde, Reis (2016) destaca que muitos desses ACE desconhecem suas atribuições, o que se evidencia na realidade do desenvolvimento do trabalho. Não é o intuito dessa pesquisa, entrar pelos caminhos sociológicos da constituição do conceito de identidade, no entanto devemos salientar que ela se constitui ao longo da história com a efetivação da categoria e suas atribuições reconhecidas e exercidas durante a atuação. Quando não é claro o caminho, fácil é se afastar dele *“quem você é implica o que você faz”* (EVANGELISTA *et al*, 2018, p. 4).

Dubar (1999) afirma que a identidade profissional é implicada no diálogo que se desenvolve no processo e entre as trajetórias individuais e o caminho formativo desses profissionais.

Batistella (2009) em seus estudos também vem ressaltar que a identidade profissional é importante para concretização das políticas no setor da saúde e até para luta pela valorização profissional *“o seu desenvolvimento favorece o trabalho em equipe, a humanização da atenção e o compromisso ético-político dos trabalhadores com o SUS e com a saúde da população”* (2009, p.20). O mesmo autor ainda aponta que o olhar para formação desses profissionais favorecem a construção de sua identidade e que essa formação impacta nas políticas de organização e gestão do processo de trabalho, segundo o autor,

A construção e o compartilhamento de saberes, capacidades, valores e condutas mediadas pela qualificação do trabalho convergem para um

processo de construção social de identidades. Por meio da análise dos processos de qualificação, pode-se investigar, por exemplo, o impacto das políticas de organização e gestão do processo de trabalho na subjetividade e nas formas de identificação dos trabalhadores (BATISTELLA, 2013, p. 373).

Sua identidade profissional ACE ainda é amorfa, ao longo da história ela vem se moldando, apenas em 2015, por exemplo, a nomenclatura ACE foi reconhecida como profissão e incluída na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Nessa classificação a profissão ACE encontra-se como integrante da Família “*Trabalhadores em serviços de promoção e apoio à saúde*”, juntamente com os agentes comunitários de saúde, atendente de enfermagem, parteira leiga, visitador sanitário, agente indígena de saúde, agente indígena de saneamento e socorristas. (Brasil, 2015)

Mas, não é apenas isso, o profissional precisa se integrar e se reconhecer como profissional da saúde, quanto melhor entender seu papel dentro do SUS e mais qualificado for no exercício de sua profissão, mais visível deixará ao morador seu papel, de modo que este o reconheça como também um promovedor de educação em saúde dentro do território.

1.1 - PROCESSO FORMATIVO DO ACE APÓS PARA OS ESTADOS E A DESCENTRALIZAÇÃO MUNICÍPIOS

Com o processo de descentralização¹¹ para os Estados e Municípios das ações de saúde principalmente as de controle, vigilância e epidemiologia percebeu-se a necessidade de formação e qualificação dos profissionais que trabalhavam extramuros com controles de doenças e epidemiologia, principalmente em vigilância em saúde. Nessa fase da história da saúde não era inteligente manter ações centradas no modelo higienista de saúde, é preciso que se entenda que a saúde é um processo que se dá nos processos sociais, coletivos advindos da forma holística, democráticas com as quais percebemos o indivíduo. Nascia-se então o conceito de Vigilância em Saúde (VISAU) que segundo Gondin e Monken (2018) é uma *“mudança nas concepções e práticas sanitárias”* (p.6).

A proposta da VISAU privilegia duas dimensões: a técnica, concebida como proposta de modelo de atenção conformado por um conjunto de práticas sanitárias que, por meio de combinações tecnológicas, objetivam o controle de determinantes, riscos e danos, com a finalidade de conhecer as relações entre os distintos modos de vida de grupos sociais e as diversas formas de expressão do processo saúde - doença, e a político-gerencial voltada para a organização dos processos de trabalho por meio de operações sobre problemas, em diferentes momentos do processo saúde-doença, destacando os meios de trabalho (métodos, técnicas e instrumentos gerenciais) necessários à operacionalização das práticas de VISAU. (p.7)

Em 1998 o Ministério da Saúde e a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio organizaram uma proposta para formação dos trabalhadores do SUS que atendesse às orientações e teorias da Vigilância em Saúde (VISAU), o intuito era formar esses trabalhadores do SUS sob um olhar social da saúde aproveitando o conhecimento prático sanitário que esses profissionais já possuíam e ampliando o seu entendimento focado na doença expandindo para o entendimento dos determinantes sociais da saúde. Nesse contexto é criado o Programa de Formação para Agentes Locais de Vigilância em Saúde (PROFORMAR) que tem como proposta subsidiar a estruturação de uma política de formação para o ACE.

¹¹ Portaria/MS 1.399/99, que oficializa e a descentralização das ações de saúde para os estados e municípios, os profissionais que atuam no corpo técnico, os Funasas passam a integrar a gestão municipal e estadual surgindo uma proposta de qualificação desse profissional.

O primeiro PROFORMAR nacional ocorreu em 2001 em 26 estados do país de forma híbrida sendo o curso ministrado de forma presencial e a distância e formou mais de 35 mil profissionais do SUS que trabalham em atividades de campo. (GONDIN e MONKEN, 2018)

O desafio após a descentralização e da criação do SUS era *“qualificar e requalificar essa força de trabalho para que possa desempenhar seu novo papel diante das exigências e especificidades dos níveis estadual e municipal, criando uma nova identidade para esses trabalhadores dentro do SUS”*. (GONDIN E MONKEN, 2003, p. 337)

O PROFORMAR trazia então em suas características a proposta pedagógica alicerçada nos princípios da democracia e da cidadania possuindo um cronograma que perpassava o diálogo e a participação coletiva de todos os envolvidos com o objetivo de *“capacitar profissionais com um olhar diferenciado sobre o processo saúde-doença, tendo por base o reconhecimento de um território-processo e de uma população, consolidando um projeto político pedagógico no SUS”* (ibidem.p.340). O PROFORMAR nacional além de formar os trabalhadores, também formou multiplicadores, professores tutores em todo país foram 1.100 tutores.

A inspiração educativa de qualificação profissional trouxe para essa categoria de trabalhadores um diferencial, a proposta de integração do conhecimento e forneceu a esses profissionais da saúde características mais reflexivas do seu processo de trabalho, segundo os autores,

O agente deve ser orientado pela reflexão e pela crítica sobre as práticas a serem desenvolvidas, a partir da contextualização dos diferentes cenários — político-econômico e sócio-sanitário —, que se apresentam a cada tempo histórico, tendo como referência um território-processo e uma população. (Gondin e Monken, 2003, p. 341)

Para a cidade do Rio de Janeiro a proposta do PROFORMAR-Rio recebeu características próximas ao PROFORMAR- Nacional, no entanto com um trabalho articulado entre a Atenção Primária e a Vigilância em Saúde. O Rio passava por uma reestruturação na sua base primária da saúde de modo que, a proposta de um curso delineado para o município figurava-se na perspectiva de integração de um Agente de Vigilância em Saúde (AVS) nas Equipes de Saúde da Família, programava-se ter em cada equipe pelo menos um AVS (ANTUNES, 2012).

Infelizmente nem todos os ACE receberam essa formação dentro do município do Rio, esse processo de formação deveria ser ofertado no início, assim que o ACE toma posse do

cargo, porém, há muitos entraves governamentais que tornam frágeis a garantia de uma formação e qualificação continuada dessa categoria, falamos mais a frente.

O PROFORMAR-Rio foi apenas um curso inicial e seu currículo estava em consonância com a Lei 9.394/96 e com o Decreto 5.154/04, com adequação de carga horária dentro dos limites da lei (EPSJV, 2011a). Posteriormente em 2012, os egressos desse curso inicial puderam realizar um curso técnico, o Curso Técnico de Vigilância em Saúde (CTVISAU), em continuidade do PROFORMAR garantia aos ACE a possibilidade de ampliação de seus conhecimentos teórico-Práticos, sendo aproveitadas as 400 horas iniciais do PROFORMAR aglutinadas às 1.068 horas para o curso técnico (EPSJV, 2011a). Para o Rio de Janeiro a nomenclatura de AVS, já se integra aos ACE que concluíram o curso Técnico de Vigilância em Saúde, porque se entende que esses profissionais possuem uma visão ampliada das suas atribuições sendo capazes de desenvolverem atuações com o viés ambiental, educacional, sanitário, democrático e social. No entanto, na estrutura oficial da prefeitura essa nomenclatura ainda não foi oficializada, ou seja, os concluintes do curso técnico ainda aguardam uma promoção que os eleve sua função a de técnico.

Há em algumas estruturas ACE que já desempenha a função de Técnico, porém não houve mudança oficial do seu cargo.

1.2 ACE e o trabalho de Vigilância em Saúde

No Brasil, o campo da Vigilância se desenha como um campo complexo e muito abrangente com forte atuação na prevenção de doenças e seu controle, a construção da vigilância foi assumindo perspectivas e modelos diferentes no decorrer dos anos, porém sempre com o objetivo de minorar os efeitos nocivos à saúde populacional. Da década de 60 até hoje, os conceitos de vigilância foram sendo moldados, adaptados, sobretudo os conceitos ambientais, epidemiológicos e sanitários. O autor Langmuir, por exemplo, é *“favorável ao conceito de vigilância como uma aplicação da epidemiologia em saúde pública, que denominava a inteligência epidemiológica”* (WALDMAN, 1998,p.91), Já Paim (2006) a denomina como um *“esforço para integrar a atuação do setor saúde nas várias dimensões do processo saúde-doença, especialmente do ponto de vista de sua determinação social”* (p.20).

De acordo com Waldman (1998), o conceito de vigilância passou por várias modificações, no começo ele se restringia ao isolamento, para observação da evolução da doença, posteriormente amplia-se esse entendimento que evolui para um acompanhamento sistemático e contínuo de eventos adversos à saúde da população. O autor destaca com isso que a vigilância é menos abrangente que a epidemiologia, uma vez que a epidemiologia é uma prática de saúde pública que se preocupa com o processo saúde-doença e seus determinantes. Monken e Batistella (2006) ressaltam que *“no campo da saúde, a ‘vigilância’ está historicamente relacionada aos conceitos de saúde e doença presentes em cada época e lugar, às práticas de atenção aos doentes e aos mecanismos adotados para tentar impedir a disseminação das doenças”*.(p.471).

A vigilância adquiri o qualitativo de epidemiológica com a publicação de Raska¹² por volta de 1964. Foi a partir de sua publicação que o termo se consagrou academicamente como Vigilância Epidemiológica, não nos alongaremos nessa discussão, pois nessa pesquisa vamos focar no conceito de Vigilância em Saúde que perpassa pela Vigilância Epidemiológica, a Vigilância Sanitária e a Vigilância Ambiental, porém com características particulares.

No campo da Saúde pública o termo vigilância suscitou muitas discussões e interpretações segundo Teixeira (2002), uma vez que para saúde ela deveria tomar caminhos muito mais abrangentes para que fosse usada como instrumento não só para as doenças transmissíveis, mas também para os demais eventos adversos à saúde.

¹² Karel Raska, epidemiologista tcheco, é considerado, juntamente com Alexander Langmuir, um dos principais responsáveis pela ampla difusão da vigilância como instrumento de saúde pública

As últimas décadas, no entanto, foram marcadas pelas intensas transformações no sistema brasileiro de saúde pública, com maior destaque para 1990 e 2000, principalmente após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Os conceitos de saúde tornaram-se mais amplos, a característica de só tratar a doença vai aos poucos deixando o seu protagonismo e as questões de saúde tornaram-se mais refletidas e reavaliadas. As noções de risco começam uma crescente busca pela identificação dos seus fatores fazendo com que os perfis epidemiológicos passem a observar também fatores que causam doenças crônico-degenerativas e não apenas as doenças infectocontagiosas, destaca a autora.

Essa mudança, embora lenta, causou grandes transformações e provocou a modernização das estratégias de ação no campo da saúde pública. De acordo com Teixeira (2009), isso ocorre pela ampliação e diversificação de novas técnicas e pela organização das informações dos problemas de saúde da população, ou seja, com a implementação dos programas de controle e estudos dirigidos, que monitoram e acompanham a população.

A vigilância passa a integrar as estratégias de saúde pública com a preocupação de desenvolver ações e estratégias voltadas para a proteção e a promoção da saúde da comunidade. Essa nova estratégia faz com que se criem “*Sistemas de Vigilância Epidemiológica*”, que pretendiam ser “*uma ampla rede geradora de dados que permitissem a adoção de decisões e a execução de ações de investigação e controle*” (ibidem,p.52) sendo esta um instrumento para desenvolvimento de políticas no setor da saúde.

Podemos inferir que foi a Vigilância Epidemiológica que abriu o diálogo para criação de uma ‘Vigilância da Saúde’, termo utilizado por Teixeira (2009) em suas pesquisas e publicações. Em 1995 com o Congresso Brasileiro de Epidemiologia esse debate foi ainda mais evidenciado surgindo então a proposta de um sistema de Vigilância da Saúde,

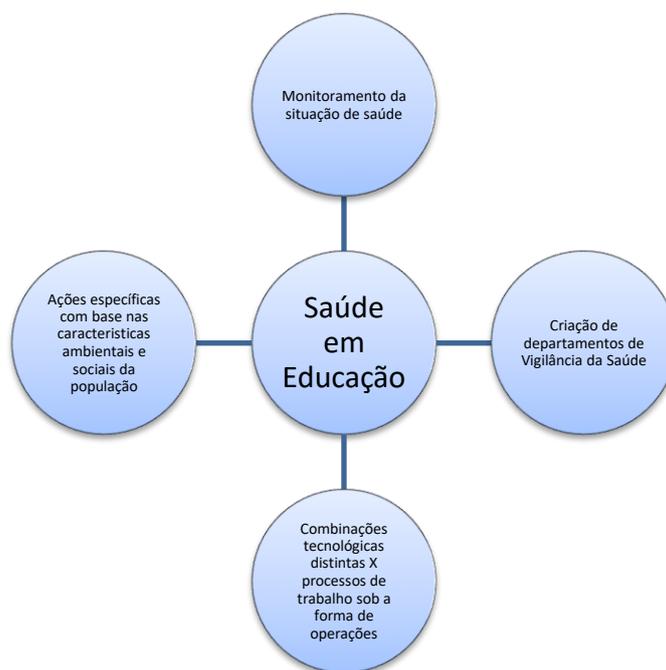
A formulação dessa proposta se baseia, de um lado, nos avanços conceituais, metodológicos e instrumentais no campo da Epidemiologia e, de outro, na análise do contexto político-institucional decorrente do processo de construção do SUS, especialmente no que se refere à descentralização das ações de Vigilância da Saúde para os municípios. (TEIXEIRA, 2009, P.75)

Nesse mesmo Congresso foram discutidos dois conceitos de Vigilância em saúde, o restrito que a entende como Vigilância à Saúde, ou seja, as ações que privilegiam o conhecimento, a previsão, a prevenção de fatores de risco ou riscos potenciais à saúde e ao enfrentamento continuado desses problemas de saúde dentro de um recorte territorial de uma

determinada população e o ampliado ao incluir a Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Sanitária. (TEIXEIRA, 2009)

Contemporaneamente, para a Vigilância em Saúde salientam-se algumas vertentes nas quais podemos incluir o profissional ACE. São as que apresentamos na figura abaixo:

Figura: 4 Vertente da VISAU onde encontramos os ACE



Fonte: adaptação do texto SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde.

Portanto, o ACE é um profissional da saúde que possui atribuições inerentes à Vigilância em Saúde, tais como o controle e a prevenção de doenças endêmicas. Nos programas de controle de endemias, aos quais os ACE estão contemplados, está, por exemplo, o controle da Dengue, Chikungunya e Zika, que seguem as diretrizes do Ministério da Saúde e englobam os componentes da vigilância tais como: a Vigilância Epidemiológica, a Vigilância Ambiental, a Assistência, o Controle de Vetores, a Mobilização Social, a Comunicação e a Educação em Saúde.

Logo, na esfera operacional esse profissional está constantemente envolvido no conjunto de necessidades, vulnerabilidades e problemas decorrentes da população de seu território de atuação, “Na esfera operativa, os agentes de saúde são compreendidos como os

profissionais que estão mais próximos à população no sentido da promoção à saúde. Eles visitam os imóveis rotineiramente e monitoram o ambiente”. Bezerra (2012, p.25)

No cotidiano de trabalho desses profissionais as ações de controle e prevenção de endemias é um exemplo das ações de Vigilância em Saúde desenvolvidas pelos ACE. Esse trabalhador extrapola o campo das endemias englobando a “*dimensões da vigilância em saúde e das condições de saúde da população, o que requer da sua parte domínio de conhecimentos não só da saúde, mas, de outros campos*” (CAMPOS, 2019, p.89).

A vigilância em Saúde trabalha alinhada com os objetivos de proporcionar qualidade de vida à população evitando e prevendo situações que possam causar agravos à saúde.

Teixeira (2009) destaca que ela possui algumas características tais com:

- A intervenção sobre os problemas de saúde – danos, riscos e ou determinantes.
- A ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuo.
- Operacionalização do conceito de risco
- A articulação de ações promocionais, preventivas e curativas.
- A atenção intersetorial
- A ação sobre o território
- A intervenção sob forma de operação

Ainda complementamos com:

- A análise dos condicionantes ambientais
- O diálogo constante para a transformação - Comunicação
- As estratégias para minorar as vulnerabilidades
- Ações educativas de saúde

1.3 O ACE, a Vigilância em Saúde e o Território

O planejamento para a atuação da Vigilância da Saúde prevê a importância da territorialização para a melhor eficiência das ações de saúde dentro do município e a eficaz integração entre a Atenção Primária e a Vigilância, segundo Monken e Barcellos (2007), “*O que na realidade integra os diversos setores é o território, portanto é necessário adotá-lo como categoria fundamental para a análise das condições de vida*” (p.198), uma vez que com o trabalho territorializado é possível uma melhor sistematização dos dados e a análise mais real da situação populacional, visto que os fatores socioeconômicos, ambientais e estruturais não são iguais em todos os bairros, portanto, “*Cada vez mais o território se torna um elemento precioso para a compreensão da dinâmica social*” (Ibidem, p.198).

Um trabalho territorializado permite identificar os pontos mais críticos e propor para esses estratégias, ações prioritárias nos locais com maior necessidade. No que diz respeito ao ACE, a territorialização para o desenvolvimento de ações de controle de vetores facilita sua interação e estreita a comunicação com a população, uma vez que essa territorialização é também uma estratégia para as ações educativas em saúde.

Partimos do entendimento que a Vigilância em Saúde é um campo amplo onde são desenvolvidas as atividades de saúde e de educação, nas quais se inserem os ACE como profissionais da saúde, como agentes de mobilização social e promotores de Educação em Saúde. Deste modo, a Educação em Saúde é o instrumento essencial no processo da vigilância e essa por sua vez se constrói e fundamenta-se na educação.

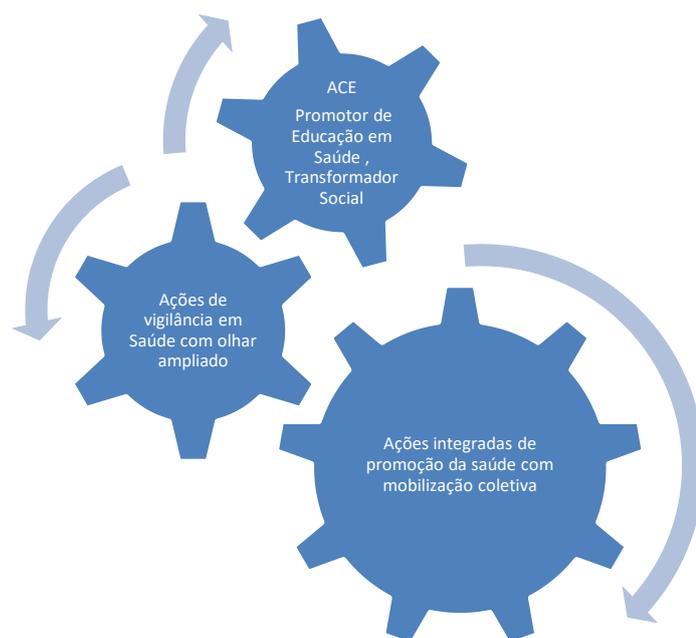
As ações educativas são de fundamental importância para o controle das doenças transmitidas por vetores. O controle da dengue é um exemplo claro de que, quando as ações educativas são devidamente valorizadas e implementadas, traz como consequência a redução ou mesmo a não utilização de inseticidas. (BRASIL, 2001, p.16)

As ações educativas de controle de vetores desenvolvidas pelos ACE podem ser realizadas por diversas estratégias da vigilância, porém dentro da Vigilância em Saúde, as atividades educativas despertam compromissos e ações coletivas, na prevenção e no controle de doenças, uma vez que sua prática abrange o coletivo.

Deste modo, o ACE e suas atribuições, estarão sendo apresentadas dentro da perspectiva da Vigilância em Saúde com um foco territorial levando-se em conta sua

capacidade operacional e técnica no desenvolvimento de sua função, de modo que estas intervenham nas condições de vida e de saúde da população de forma qualitativa. Ressaltamos que o ACE atua nas ações educativas em saúde voltadas à prevenção dos riscos e na promoção da saúde, desta forma, as potencialidades do trabalho do ACE pressupõe um sistema de Vigilância em Saúde com um olhar ampliado para o social, para o ambiente e que integrem as ações educativas de forma contínuas entre os setores saúde e educação, e estejam articuladas com outras áreas da saúde que fomentem sua capacitação técnica para as atividades e ações com a população, sendo estas a engrenagem do trabalho do ACE. Portanto o que ressaltamos é que a atuação do ACE é um somatório dos seus saberes técnicos e cotidiano, dentro das suas atuações no território situam-se os saberes adquiridos do contexto local e da comunidade, portanto dentro da vigilância esse profissional deve agir de modo proativo.

Figura 5: A engrenagem do trabalho do ACE na VISAU



Fonte: adaptação do texto SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde

A leitura de mundo desse profissional e a sua compreensão da realidade territorial o torna um trabalhador da vigilância com um ampliado horizonte de atuação dentro da saúde.

CAPÍTULO 2 - DIÁLOGOS CONCEITUAIS ENTRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, PROMOÇÃO DA SAÚDE EM ESCOLAS E EDUCAÇÃO AMBIENTAL.

Na abordagem a qual pretendemos trabalhar e desenvolver ao longo desta pesquisa, é a análise sobre as práticas de Educação em Saúde aplicadas pelos profissionais de saúde do município do Rio de Janeiro que atuam na Vigilância em Saúde integrados à Atenção Primária de Saúde (APS). O desenvolvimento de ações de Educação em Saúde em escolas de um território determinado, consiste em uma abordagem que configura uma prática de Educação de resistência e de enfrentamento das situações que produzem vulnerabilidades.

Ao longo da história brasileira as discussões sobre a educação em saúde eram constantemente associadas às campanhas com performances pedagógico-higienista, ou seja, Educação em Saúde voltava-se a uma instrução vertical reprimindo-se as ações emancipatórias. Schall (1999) nos chama a atenção sobre a importância e o pioneirismo na quebra desse paradigma por Hortência H. Hollanda¹³, no Departamento Nacional de Endemias Rurais.

Hortência em seus estudos e trabalhos ao abrir espaço para comunidade em um enfoque ambientalista, ainda na década de 50 trouxe, ainda que com muita resistência do meio formado por profissionais técnicos e médicos, um novo olhar para as pesquisas em Educação em Saúde. Muito a frente de seu tempo, ao discutir educação e saúde, criticou essa lógica higienista e permitiu discussões que abriram temas com viés ambientalista, integrador trazendo para o contexto a participação das comunidades. Isto fez com que seus trabalhos fossem comparados aos de Paulo Freire. Esta educadora propunha a construção de saberes com a comunidade dando a ela destaque e perceptividade com relação à vida. Contemporânea a Freire, Hortência construía com a comunidade de áreas endêmicas um saber para vida ao mesmo tempo em que Freire revolucionava a forma de alfabetização.

Percebemos claramente um posicionamento comparado ao Freiriano nas suas discussões, o que nos permite dizer que estes diálogos trazem Paulo Freire para dentro do referencial de discussão de saúde na escola. Uma vez que o ambiente, educação e a saúde se inter-relacionam.

¹³ Hortência H. Hollanda tem em seu currículo cargos e atividades docentes em diversas instituições nacionais e internacionais. Foi assistente técnica da Divisão de Educação Sanitária do Serviço Especial de Saúde Pública da Fundação SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), Ministério da Saúde. A partir de 1954, passou a formular e orientar programas de educação em saúde para o DNERU, onde, pioneiramente, formou e coordenou equipes multiprofissionais, integrando as áreas de epidemiologia, psicologia, educação, ciências sociais e clínica médica, dedicadas a assessorar as pesquisas e planejamento de programas, com o objetivo de inovar / reformular concepções e ações de controle das endemias rurais no Brasil. (SCHALL, 1999,p. 150)

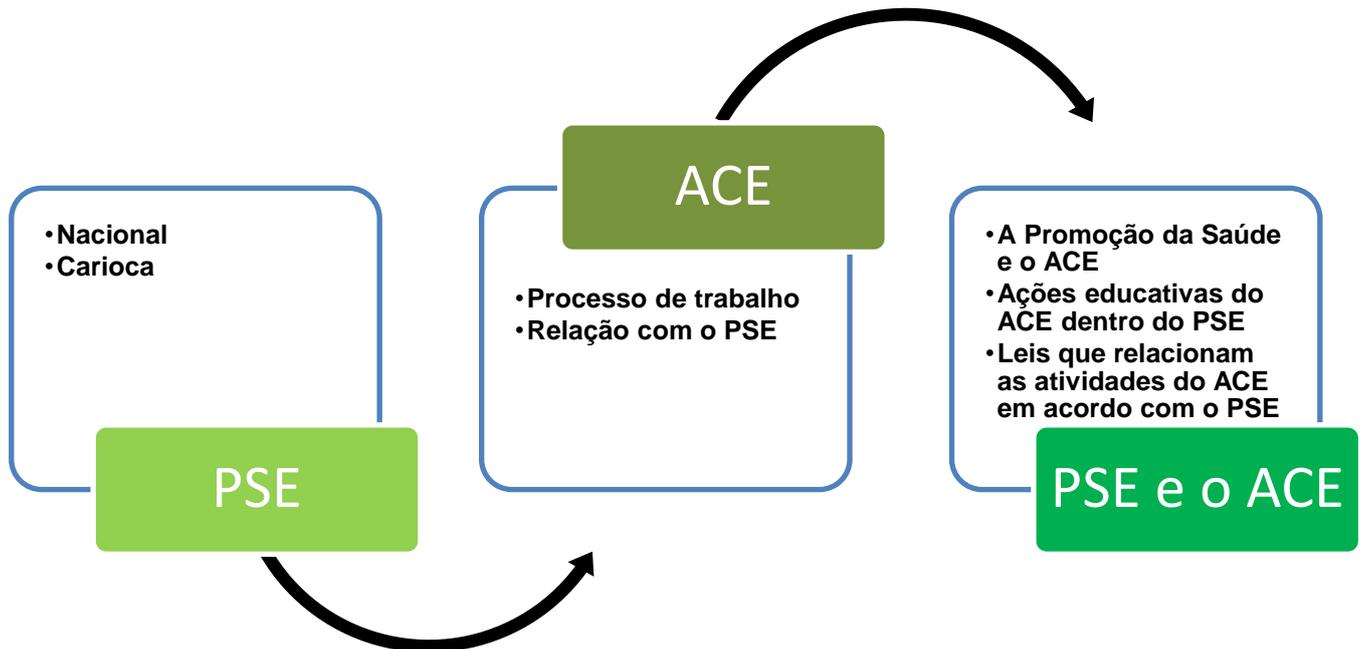
O que trouxemos a luz dessa pesquisa é uma Educação em Saúde que seja, política e crítica em relação à concepção de mundo que o capital impõe. Portanto não poderíamos deixar de envolver nesse diálogo figuras na história que corroborassem com essa defesa. Desta forma tentando trazer para o nosso campo de análise a atuação do ACE, seu posicionamento integrado à Vigilância em Saúde dentro das APS, de acordo com a forma com que a prefeitura do Município do Rio de Janeiro trabalha o PSE e o contexto da Educação em Saúde demonstrando sua importância para a construção cidadã do indivíduo emancipado.

Por isso, inserimos diálogos que passam por pensadores de destaques da educação das quais nos apropriamos dos pensamentos e concepções de educação para formação da cidadania, emancipação do indivíduo e neste contexto essas figuras irão mediar nossas reflexões nesse capítulo, pois assim também o fez no decorrer da nossa trajetória acadêmica.

Para nos auxiliar no entendimento de Educação Ambiental dialogaremos com o educador Loureiro, autor e pesquisador na área da Educação Ambiental. Para referencial de saúde trabalhamos com Mendes e Marcondes com um conceito ampliado de saúde nas escolas e no que consiste o Programa Saúde na Escola (PSE). Procurando sempre uma análise crítica demonstrando que educação no contexto da saúde é uma ferramenta de resistência e de exposição da vulnerabilidade, uma exposição intencional que nos permita entender dentro do contexto histórico as rachaduras que se expandem e se tornam vales, quando pensamos as questões políticas de Educação em Saúde.

Construímos nossas categorias de análise com base no profissional ACE e no PSE, portanto analisamos primeiro o Programa Saúde na Escola resgatando seu nascituro e constituição relacionando com as atividades dos ACE e Posteriormente a figura do ACE como um agente produtor de Educação em Saúde conforme o esquema abaixo:

Figura 6: Categoria de análise



Fonte: Autora

2.1 - OS CAMINHOS DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

A investigação do processo de Educação em Saúde, da promoção da saúde e de como elas podem ajudar na melhoria da qualidade de vida e do ambiente no território é algo que julgamos despertar o interesse dos profissionais da saúde em especial aos que trabalham na vigilância em Saúde e estão integrados à APS, em especial aos profissionais que atuam diretamente com a população em visitas domiciliares diárias, e em ações realizadas periodicamente em escolas, como o caso dos ACE e ACS.

Desta forma, vamos tentar entender esse processo nesse capítulo, uma vez que saúde e educação são garantias constitucionais distintas, mas que podem ser apresentadas indistintas. Por tanto, vamos analisar os dois conceitos que adjetivaram ora a saúde, ora a educação. Segundo Falkenberg *et al* (2013) a Educação em Saúde e a Educação na Saúde são conceitos das áreas do conhecimento e prática relacionadas ao campo da saúde que aglutinam vários outros termos como Educação e Saúde, Educação Sanitária, Educação Permanente, Educação Popular em Saúde etc, no entanto, com o mesmo potencial de promoção, construção e expansão do conhecimento em saúde.

O termo Educação em Saúde, segundo o Ministério da Saúde é:

Processo educativo de construção de conhecimento em saúde que visa à apropriação temática pela população e não a profissionalização ou carreira na saúde. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com profissionais e gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2006, p.19)

Desta forma, a Educação em Saúde pode garantir à população o conhecimento necessário para que esta entenda, mesmo que superficialmente, os processos, as políticas de saúde e os serviços que lhes são ofertados aumentando sua autonomia nos cuidados da saúde tanto individual quanto coletivamente, “*a Educação em Saúde deve contribuir para o incentivo à gestão social da saúde*” (Ibidem, p.20).

Esse conceito de Educação em Saúde é utilizado desde o início do século XX onde se iniciou um processo de medicina preventiva por volta de 1940. Nesse momento, a educação e a saúde eram conceitos dicotômicos, a saúde cabia aos profissionais de saúde, que não via as ações educativas como prioritárias (ALVES E AERTS 2011), e a educação, aos profissionais da educação cabia a doutrinação comportamental do aluno.

É um conceito muito diferente da Educação em Saúde na contemporaneidade. A Educação em Saúde que atualmente desenvolvemos no universo escolar, apesar da existência ainda de barreiras em seu desenvolvimento e dialogo dentro das unidades escolares é muito diferente das desenvolvidas nos anos 1940, no entanto, ainda muito longe do ideal que pensamos ao pesquisar estratégias para a Educação e suas várias adjetivações.

Entre os séculos XIX e XX, o surgimento de várias epidemias no país (como a febre amarela, varíola e peste), já mencionadas no capítulo anterior, fez com que o Estado visse a escola como um possível espaço para intervenções sistemáticas de Educação em Saúde, o pensamento era evitar que essas doenças afetassem os interesses do modelo econômico da época, um modelo agrário-exportador (SILVA, 2010)¹⁴.

As políticas de saúde até então adotadas eram extremamente autoritárias, segundo SILVA (2010) “*Este modelo concentrava fortemente as decisões nas mãos de tecnocratas e adotava um modelo repressivo de intervenção médica nos corpos individuais e sociais*” (p.2540). A política de saúde estava baseada no modelo Alemão que trazia como pressuposto que;

¹⁴ Segundo a autora as epidemias faziam com que navios mercantes estrangeiros deixassem de fazer negócios com o Brasil, passando ao largo das costas brasileiras e aportando diretamente na vizinha Argentina.

ao Estado cabia assegurar bem-estar e segurança ao povo, mesmo contrariando interesses individuais, justificando-se assim o controle coercivo dos problemas sanitários como mecanismo de assegurar a defesa dos interesses gerais da nação (*ibidem*, p. 2540)

A política sanitária da época introduzia a força normas e medidas de saúde de modo coercivo segregavam e excluía parte da população pobre, acreditando ser esta uma medida educativa o Estado exercia seu “*papel educativo-coercivo*” implantando a moral e os padrões de higiene às populações pobres, não existia até então “*a ideia de direito à saúde*”, atribuía-se à população as causas dos males à saúde, segundo Silva (2010),

O Estado identificava até então a ignorância e a falta de informação da população como causa para a existência das doenças. Assim, a população era vista como a única causadora dos males de saúde que assolavam as grandes cidades. A educação em relação à saúde tinha papel marginal. Eram distribuídos folhetos avulsos, denominados Conselhos ao Povo, sobre os meios de evitar doenças (p. 2541)

Uma vez que as autoridades governamentais da época julgavam ser a população inculta e com baixa capacidade cognitiva, o processo de Educação em Saúde era breve através de folhetos com discursos impositivos e com ameaças diretas.

Além disso, também existia nesse período um movimento denominado eugenista¹⁵ que via a educação como uma forma de domesticação do trabalhador urbano, que tinha a função de moralizar parte dessa população fazendo com que fosse perpetuada uma raça que constituísse a identidade brasileira.

As posições autoritárias do governo em relação à educação em saúde desencadearam uma grande revolta que ficou conhecida como revolta da vacina. Esse movimento serviu pra mostrar que seria necessária uma política de educação em saúde inclusiva, com a participação popular como forma estratégica de combate as doenças. Em 1918 grandes intelectuais aderem a luta contra o autoritarismo institucional unindo-se a revolta popular e lideram uma oposição ao eugenismo “*o problema do brasileiro não está na raça, mas nas doenças que tornam a população preguiçosa e sem iniciativa*” (SILVA, 2020, p. 2541) parte da elite se une as classes populares reivindicando por melhoria nas condições de saúde, o governo teve que

¹⁵ O movimento eugenista acreditava que a salvação nacional passava pela europeização e branqueamento da população através da imigração estrangeira e imposição de novos padrões de comportamento. Este movimento denominado de eugenismo, em que a educação se encarregava de domesticar e moralizar o proletariado urbano emergente e manter a raça rígida para construir a identidade do povo brasileiro. Para os eugenistas, esta era a única alternativa que poderia limpar os brasileiros da nódoa do passado escravocrata e dos efeitos perniciosos da miscigenação, ou seja, o “sangue bom” permitira ao nosso povo redimir-se e purificar-se da contaminação de raças supostamente inferiores. (SILVA, 2010, 2541)

rever suas ações de saúde e nesse contexto as ações de educação em saúde ganham protagonismo através de campanhas e serviços ligados ao processo de saneamento, no entanto ainda existia por parte dos governantes a ideia que a população não detinha capacidade de maiores entendimento e o modelo de Educação em Saúde segundo Vasconcelos era tecnicista e reprodutor, “*se antes se preocupava em tocar a boiada com o ferrão da polícia sanitária, agora era com o berrante, ou seja, com as palavras dos educadores sanitários*” (SILVA, 2010, p.2542). Uma vez que a medicina havia logrado êxito na prescrição dos diagnósticos das doenças, e poucos resultados efetivos na prevenção, as ações não conseguiam diminuir os casos de doenças como a tuberculose, o que fez com que esse modelo de saúde fosse muito criticado devido a sua ineficiência.

Nesse contexto é criada uma política sanitária voltada para práticas educativas de saúde

e baixa eficácia diante dos novos problemas que a saúde pública tinha à sua frente, sendo que esses novos problemas agora eram a saúde da criança, dos trabalhadores, entre vários outros, aos quais só a higiene e a educação sanitária poderiam responder. Houve assim um esgotamento da teoria única usual da medicina, que explicava as doenças apenas pelos agentes microscópicos, pois a incapacidade de responder a muitos fenômenos de morbidade e mortalidade populacional foi fatal para sua existência. Entretanto, o movimento sanitarista, nessa época, continuava a ser fundamentalmente um movimento de elite, com uma pequena vista de olhos para a população, que pouco fez além de distribuir exemplares da história de Jeca Tatuzinho, num país que contava, em 1920, com 70% de analfabetos (ibidem, p. 2542).

Na sua gênese conceitual, nascida nesse cenário (que fora descrito inicialmente acima), trazia como estratégica uma Educação em Saúde autoritária que ao ser absorvida nos ambientes educativos se apresentava tecnicista e biologicista (FALKENBERG, 2013). As classes populares inferiorizadas intelectualmente eram consideradas passivas e incapazes da construção do conhecimento crítico, portanto tidas como incapazes de iniciativas próprias (VASCONCELOS, 2001). O Estado utilizava-se de ações sanitaristas, autoritárias, ações verticalizadas que de acordo com FALKENBERG (2013) apresentava “*caráter informativo com intuito de transformar hábitos, colocando o individuo como responsável pela saúde*” (p.848).

Com o apogeu do paradigma cartesiano e da medicina científica, as responsabilidades referentes às ações de educação em saúde foram divididas entre os trabalhadores da saúde e os da educação. Aos primeiros, cabia

desenvolver os conhecimentos científicos capazes de intervir sobre a doença, diagnosticando-a e tratando-a o mais rapidamente possível. Ao educador, cabia desenvolver ações educativas capazes de transformar comportamentos. Essa lógica, além de fragmentar o conhecimento, não levava em consideração os problemas cotidianos vivenciados pela população. (ALVES e AERTS, 2011, p.320)

Nesse momento da história a dicotomização do termo saúde e educação trazia reflexos de uma educação muito conservadora, a qual Paulo Freire batizou de educação bancária, onde se depositava no aluno o conhecimento, assim como se acreditava fazer com a população. Apresentava-se o conceito científico e um roteiro de forma verticalizada, o professor transferia o conhecimento a seus alunos sem, no entanto, desenvolver reflexões sobre suas causas, era uma Educação para Saúde como classifica Falkenberg (2013), que embora seja utilizada atualmente “*supõe uma concepção verticalizada dos métodos e práticas educativas*” (Ibidem, p.13).

Logo, falar de saúde no processo educacional não é algo novo, mas indispensável para formação cidadã, por muitas vezes esse debate é fomentado por vias ideológicas que descaracteriza a verdadeira intenção da promoção dialógica da saúde por meio da educação escolar. E foi justamente os movimentos sociais da década de 1950-1960, protagonizados por Educadores como Paulo Freire e Hortência Hollanda que deram à Educação em Saúde uma nova responsabilidade, a transformaram em emancipatória, influenciando o campo da prática de Educação em Saúde em um processo democrático no qual os saberes populares e o olhar para o território e suas vulnerabilidades ganharam um lugar na discussão sobre saúde, abrindo as portas para o que hoje adjetivamos como Educação Popular, era uma abordagem humanista e humanitária na qual o ouvir e o dialogar seriam os grandes diferenciais.

A educação em saúde como processo político pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social. (FALKENBERG, 2013, p. 848)

A abordagem dos conceitos de saúde na área pedagógica inserida como tema transversal é uma ferramenta para a construção de um conhecimento emancipatório que auxilia na formação cidadã da população.

Esse processo é conduzido normalmente nas instituições de ensino nas disciplinas de ciências e biologia, no qual, o conceito de saúde e doença se restringe à ausência ou não de doença, o que acreditamos limitar seu potencial emancipador, e ser ultrapassado. Embora os documentos normativos curriculares apontem como temas transversais o meio ambiente e a saúde, nosso currículo atual abre espaço para que esses temas possam ser trabalhados em projetos.

No entanto, a discussão da saúde nas escolas abrange diferentes conceitos de saúde, às vezes até contraditórios se observados separadamente. Quando se fala em saúde nas escolas também pensamos a saúde das escolas, de seus profissionais e do corpo discente que o compõe. A saúde do território que a rodeia, da população que nele habita e de uma série de conjuntos e fatores que podem contribuir para seu potencial de risco ou benefício para uma vida sadia. E com isso ampliamos esse conceito de Educação em saúde para o conceito de Educação na Saúde envolvendo a classificação dada pelo Ministério da Saúde onde diz que a Educação na Saúde é: *“Produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação, e ao desenvolvimento para atuação em saúde, envolvendo prática de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular”* (BRASIL, 2006, p.20).

Nessa classificação é explícito que se trata de um olhar curricular para formação de profissionais técnicos em áreas ligadas diretamente à saúde como profissionais que atuaram na enfermagem como: técnicos, nas áreas laboratoriais, patologia clínica, por exemplo, e outras áreas comuns a esse universo. No entanto, nosso olhar se volta para um currículo que tenha a transversalidade da saúde desde a formação inicial e que utilize nos espaços escolares os ACE.

Esses profissionais já promovem uma Educação em Saúde com a promoção da saúde em suas atuações territoriais com o trabalho de visitação. Esses trabalhadores da saúde colhem relatos e observa pontos de vulnerabilidades que podem desencadear processos nocivos à saúde da população e podem contribuir com ações pontuais dentro dos espaços escolares.

No município do Rio de Janeiro, a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) já formou mais de 1300¹⁶ alunos no curso Técnico de Vigilância e Saúde (CTVISAU), no curso os profissionais ACE desenvolvem atividades de campo que levam em consideração os aspectos sociais. Sua formação conta com um olhar diferenciado do processo de trabalho de campo, são desenvolvidas percepções e reflexões sobre sua atuação

¹⁶ Foram ao todo 1364 alunos formados no curso Técnico de Vigilância em Saúde segundo o site da Fiocruz.

profissional, eles aprendem sobre a história de saúde pública e são motivados a conhecer a história do lugar onde atuam, aprendem a fazer diagnóstico e entender dentro do processo de territorialização estratégias para o diálogo educativo com a população.

Nesse momento de troca de conhecimento são inseridas características educativas aos ACE, que principalmente nesse momento pandêmico, nos anos 2020 e 2021 em que vivemos, esses profissionais podem ser um diferencial na saúde com seu conhecimento sobre o território em que atuam eles são profissionais estratégicos para implementação de um plano de ação em educação em saúde, através da comunicação que possuem com a população as atividades de vigilância em saúde tornam-se importantes no enfrentamento da Covid-19.

Reafirmamos que o viés educativo das ações educativas dos ACE estão em conformidades com a Lei nº 13.708/2018 “*desenvolvimento de ações educativas e de mobilização da comunidade relativas à prevenção e ao controle de doenças e agravos à saúde*” (BRASIL, 2018) e essas ações partem dos referenciais de uma Educação Popular em Saúde “*mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas*”(BRASIL, 2018) De acordo com a lei,

entende-se por Educação Popular em Saúde as práticas político-pedagógicas que decorrem das ações voltadas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, estimulando o autocuidado, a prevenção de doenças e a promoção da saúde individual e coletiva a partir do diálogo sobre a diversidade de saberes culturais, sociais e científicos e a valorização dos saberes populares, com vistas à ampliação da participação popular no SUS e ao fortalecimento do vínculo entre os trabalhadores da saúde e os usuários do SUS (BRASIL, 2018)

Portanto, dentro do contexto do trabalho dos ACE as ações educativas desenvolvidas têm como uma perspectiva o fortalecimento do SUS, uma vez que a Lei reconhece a importância das ações educativas como referencial, visto que as ações educativas em saúde põem em evidência os serviços ofertados pelo SUS.

Os meandros da Lei ressaltam a Política de Educação Popular em Saúde reafirmando o comprometimento do SUS com a universalidade, equidade e a integralidade. Essa Educação Popular em Saúde perpassa a promoção e a prevenção, pois ela dialoga com a diversidade dos saberes populares, valorando estes saberes.

As práticas da Vigilância em Saúde, fundamentadas na Educação Popular podem apontar para os ACE novas perspectivas de trabalho em relação à comunidade, uma vez que ela se apresenta como

uma alternativa para se pensar na vigilância em saúde, sobretudo relacionada aos saberes locais, as práticas educativas e a mobilização social na dinâmica da comunidade. Assim, entendemos que pelo seu referencial teórico conceitual e prático, a educação popular apresenta uma importante chave de leitura para compreensão da mediação de saberes feita pelos ACE. (CAMPOS, 2019, p.95)

Partimos do entendimento que a Educação Popular em Saúde ajuda no cotidiano dos ACE uma vez que ela fortalece os elementos necessários para se pensar a vigilância em saúde a partir dos saberes popular e pela ótica do território.

2.2 Promoção da saúde nas escolas e a educação ambiental.

As atividades educativas de saúde desenvolvidas em seus mais diversos setores/níveis priorizam não apenas a informação, como a orientação e o esclarecimento da população com a finalidade de promover o conhecimento e conscientização acerca de bons hábitos e mudanças comportamentais (individuais e coletivas), que gerem no indivíduo e em seu ambiente, transformações que sejam saudáveis.

Com maior frequência as ações de saúde são desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS), onde também atuam os ACE. No município carioca as APS's são a porta de entrada no sistema de saúde do Rio, elas são o primeiro contato das pessoas quando procuram o serviço municipal de saúde.¹⁷

Depois da Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde ocorrida em 1986, no Canadá, e a com a Carta de Ottawa onde se conceituou a saúde como *“maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal”* (FEIJÃO e GALVÃO, 2007, p.42), as ações educativas de saúde nas APS's ganharam volume e destaque, uma vez que estas estão atreladas as dimensões de qualidade de vida. Segundo os mesmos autores a conferência e diversas outras que se sucederam, refletiram na melhoria da saúde mundialmente, e no Brasil destaca-se a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, que teve grande papel nas negociações da Assembleia Constituinte de 1988 resultando na homologação do SUS *“o qual reconhece a saúde como um direito a ser resguardado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação popular”* (p.42).

Podemos dividir o SUS em três níveis de atenção: Primária, Secundária e Terciária. No entanto, falamos das ações educativas em saúde desenvolvidas prioritariamente dentro da Atenção Primária à Saúde cujo objetivo principal é a promoção da saúde.

¹⁷ O município do Rio de Janeiro disponibiliza uma carteira de serviços disponibilizados pelas APS nela a população pode obter informações sobre os serviços prestados a partir da página 100 pode-se encontrar informativos sobre a atuação da vigilância ambiental em saúde na qual se insere os ACE na página 107 há uma descrição sucinta tanto da ação do ACE no campo do desenvolvimento da educação ambiental em saúde e pode ser acessado pelo link:
https://www.subpav.org/download/impressos/_SMSDCRJ_carteira_de_servicos_Vprofissionais.pdf

A atenção primária tendo como um dos principais objetivos a promoção da saúde como instrumento para a capacitação dos indivíduos para aumentar o controle sobre os determinantes da saúde. Esta relação revela que para haver implementação da promoção da saúde de comunidade e indivíduos, devem se utilizar ferramentas que possibilitem capacitação e controle, como a educação em saúde. (FEIJÃO e GALVÃO, 2007, p.42)

A Educação em Saúde é uma das ferramentas de ligação entre a população e o SUS, estabelecendo uma ponte entre o conhecimento e as transformações por ela promovida dentro dos territórios, no qual as informações científicas são levadas de forma simples, mas não menos importante à população. A educação em saúde embasa ações preventivas e promotoras uma vez que estabelece um diálogo com a comunidade para construção de cidadãos conscientes, com opções de escolhas em relação a sua saúde pessoal e também estabelecendo níveis de conscientização sobre sua responsabilidade para com a saúde coletiva e em seu território, de modo que ela seja uma prática também emancipatória.

Com a Iniciativa Regional de Escolas Promotoras de Saúde (IREPS) promovida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), estimula desde 1995, para capacitar os países Latinos Americanos, que a Educação em saúde desenvolvida em ambientes escolares pode ser entendida a partir do fortalecimento das ações de saúde a serem desenvolvidas na escola.

Estas escolas articulam ações educativas de saúde com a sociedade, sendo protagonistas na identificação da necessidade da comunidade tais como: suas fragilidades e vulnerabilidades, desta forma, definem estratégias e ações nos espaços escolares que não serão limitadas pelos muros das escolas, expandindo-se ao território, de modo a atingir e transformar seu cenário ao redor, objetivando um enfoque integral no que se relaciona ao conceito de saúde e no desenvolvimento de habilidades para a vida.

Figueiredo (2003) irá pontuar que, dentre as estratégias de uma escola promotora de saúde estão:

A Educação para a saúde com o enfoque integral, incluindo o desenvolvimento de habilidades para a vida;
A criação e a manutenção de ambientes físicos e psicossociais saudáveis e;
A oferta de serviços de saúde, alimentação saudável e vida ativa. (p.399)

A escola é um lugar especial, de acordo com o pensamento Freiriano ela é o lugar de transformação social

A escola não é só um lugar para estudar, mas para se encontrar, conversar, confrontar-se com o outro, discutir, fazer política. Deve gerar insatisfação com o já dito, o já sabido, o já estabelecido. Só é harmoniosa a escola

autoritária. A escola não é só um espaço físico. É, acima de tudo, um modo de ser, de ver. Ela se define pelas relações sociais que desenvolve. E, se quiser sobreviver como instituição, precisa buscar o que é específico dela. A escola não pode mudar tudo e nem pode mudar a si mesma sozinha. Ela está intimamente ligada à sociedade que a mantém. Ela é, ao mesmo tempo, fator e produto da sociedade. Como instituição social, ela depende da sociedade e, para se transformar, depende também da relação que mantém com outras escolas, com as famílias, aprendendo em rede com elas, estabelecendo alianças com a sociedade, com a população. (GADOTTI, 2007, p.11)

O pensamento inicial concernente a saúde escolar data entre o fim do século XIX início do século XX onde surge o pensamento que a saúde poderia ser tratada a partir das escolas ou com sua ajuda em um processo de contribuição participativa para o desenvolvimento de ações que favorecessem e potencializassem seu alcance¹⁸. Assim, nascia o conceito de Promoção de Saúde no Ambiente Escolar e de Escolas Promotoras de Saúde, criado pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS, 1996; SBP, 2008).

Segundo Mendes e Monteiro (2009) a ideia de Saúde nas escolas, *“procurava constituir um programa de atividades que melhorassem a saúde dos alunos e o espaço escolar, visando desimpedir o aprendizado dos alunos dos efeitos das condições adversas do ambiente em sua saúde [...] (p.7)”*.

A saúde escolar concebida em sua gênese, como já mencionado, era um conceito autoritário e tecnicista que fazia parte de um conjunto de ações conhecido como “Modelo Higienista” da saúde pública brasileira que segundo Mendes e Monteiro (2009) *“vislumbrava a possibilidade de superar os agravos de saúde decorrentes das condições concretas de vida, por meio de ações de controle e intervenção nos problemas de saúde mais frequentes (p.8)”*. A história nos revela que esse modelo fracassou, pois queria mediante força física eliminar um problema que já se infiltrava na sociedade, em especial na população menos favorecida financeiramente. Problemas estes que tangenciavam tanto a desvalorização dos profissionais de educação, a perda de qualidade tanto estrutural quanto pedagógica das escolas, quanto o número de instituições assistidas pelas unidades de saúde.

¹⁸ A Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Otawa e a Conferência Nacional de Saúde em Brasília são consideradas o marco da valorização da qualidade de vida como um direito de cidadania de um país, elas conseguiram alinhar os novos referenciais do conceito de saúde integrando o pensamento de que a promoção da saúde é uma ferramenta para garantia da qualidade de vida e emancipação cidadã. Questionamentos como problemas sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos, comportamentais e ambientais vieram ao cenário das discussões como fatores que podem comprometer a qualidade de vida e as condições de saúde da população.

Deste modo, os problemas decorrentes à época eram muito além dos cuidados da saúde, permeavam desde a melhoria na qualidade em relação a parte pedagógica, até questões sociais e financeiras das famílias. Concordamos com Mendes e Monteiro (2009) que a *“questão da aprendizagem e do que é a questão da saúde afetam aos processos pedagógicos (p.9)”* pactuamos do pensamento que *“o atendimento médico do aluno deve ser tarefa do SUS (Sistema Único de Saúde), e que toda criança deva ser acompanhada pela Unidade Básica de Saúde (UBS) de sua região”* e acrescentamos que o olhar para saúde da escola e na escola deva romper os muros que envolvem a instituição escolar, ampliando-se para uma visão de educação que conflua com o ambiental, com o território através das ações de saúde desenvolvidas na região.

As Escolas Promotoras de Saúde tem uma proposta inovadora para a inserção de um novo olhar para a saúde nos ambientes escolares, trouxeram mudanças significativas para o ambiente escolar abrindo um leque de discussão de temas como os problemas sociais, os problemas econômicos, as questões sociais, étnico/raciais, ambientais, comportamentais, etc, e como esses fatores também comprometem a qualidade e o bem estar do aluno. As Escolas Promotoras de Saúde (EPS) contribuíram para repensar as ações de saúde promovendo a intervenção na organização de práticas pedagógicas significativas que transformassem o pensar saúde e educação e inter-relacionasse esses dois conceitos não mais dicotomicamente.

No Brasil ainda há um longo caminho a se percorrer para que alcancemos uma estratégia exitosa escolar, o SUS é um grande aliado, porém ao longo dos períodos o pouco investimento em educação e saúde fez com que as ações diminuíssem.¹⁹ Podemos ter uma noção dessas perdas de investimentos na saúde observando o gráfico abaixo retirado do radar Brasil da Federação das Industrias do Estado de São Paulo (Fiesp).

¹⁹ A partir de 2016, com a aprovação da Emenda Constitucional 95, o poder público congelou investimentos em saúde até 2036, gerando um prejuízo estimado em R\$ 400 bilhões para a área. Além disso, uma série de políticas fundamentais foram alteradas sem o aval do controle social, fragilizando a atuação do Conselho Nacional de Saúde. Em 2019, o conselho realizou a 16ª Conferência Nacional de Saúde, que visou o resgate dos valores da 8ª Conferência Nacional de Saúde, principal responsável pela criação do SUS. disponível em <http://conselho.saude.gov.br/historico-cns>

Tabela 1: Distribuição do investimento orçado do Ministério da Saúde por unidades orçamentária , R\$ milhões, 2012 - 2019

Programa/Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Aperfeiçoamento e Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)	9.448,8	7.422,4	7.868,6	8.572,4	5.704,5	6.876,1	4.406,9	3.325,1
Desenvolvimento Produtivo	378,4	274,2	320,0	384,8				
Proteção e Promoção dos Direitos dos Povc	117,4	67,7	82,5	85,2	101,9	71,5	109,2	70,2
Resíduos Sólidos	8,3	17,5	13,7	9,6				
Saneamento Básico	2.087,5	1.525,2	1.109,2	1.169,6	901,3	1.214,7	844,4	605,2
Segurança Alimentar e Nutricional	8,8	9,1	7,8	7,8	18,6	7,5	5,4	7,3
Qualidade Ambiental					1,2	0,7	0,7	1,8
Programa de Gestão e Manutenção do Ministério da Saúde	93,4	66,1	43,0	57,5	41,6	46,6	50,0	69,5
Total Geral	12.142,6	9.382,2	9.444,8	10.286,9	6.769,1	8.217,0	5.416,6	4.079,2

Fonte: Painel do Orçamento Federal, do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP), com base em dados do SIAFI.

20

No entanto, órgãos ligados à Saúde e a Educação estimulam a prevenção e a promoção à saúde através dos seus profissionais, pois se entende que o enfrentamento dos determinantes sociais e a luta contra a vulnerabilidade dos sujeitos é uma questão democrática. Apesar da atual política de governo que enfrentamos, há gestores federais, estaduais e municipais se esforçando para desenvolver ações intersetoriais que ampliem a capacidade das políticas públicas de educação e saúde. O Programa Saúde na Escola - PSE é um exemplo.

A educação e a saúde são direitos inerentes ao ser humano desde seu nascimento, portanto, as ações voltadas para garantia desses direitos começam desde o acompanhamento pré-natal da gestante nas unidades de saúde até a inclusão da criança nas unidades escolares.

Na educação infantil, a construção do conceito de saúde acontece de forma lúdica e através de atividades que permitem aos educandos uma maior interação, questionamentos, e participação nesse processo construtivo, conforme Marcondes (1972) escreveu, “*é na infância que o processo de aquisição de informação científica deve começar, assim como o desenvolvimento de atitudes e práticas delas decorrentes (p.90)*”. Nesta etapa os alunos são multiplicadores de saberes e atuantes com mais entusiasmo na comunidade familiar. O mesmo autor ainda completa que “*à escola cabe construir com (grifo nosso) os alunos*

²⁰ Gráfico da distribuição do investimento orçado do Ministério da Saúde por unidade orçamentária, R\$ milhões, 2012-2019 da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo disponível em: [HTTP://radarbrasil.fiesp.com.br/saude-do-governo-federal-relatorio-completo](http://radarbrasil.fiesp.com.br/saude-do-governo-federal-relatorio-completo)

conhecimentos atualizados e úteis, estimular atitudes positivas e dinâmicas em relação a saúde (p.90 grifo nosso)”

É nesse momento que o conceito de Educação Ambiental constitui um componente de reflexão e crítica que pode ajudar no desenvolvimento dos educandos e no seu entendimento ampliado de saúde, expandindo a construção de um saber e cuidado não apenas ao corpo físico, mas também ao seu território e a comunidade da qual esse aluno pertença. Marcondes (1972) afirma que “*A nós, cabe ajudar os escolares a alcançar melhor nível de saúde, dando-lhe uma base sólida sobre a qual poderão construir uma vida útil e feliz. p.89”*.

A Constituição brasileira prevê que toda criança deve receber escolarização na idade própria, é um direito social tanto à educação quanto à saúde e podemos entendê-los melhor nos artigos 196 ao 200 e do 205 ao 214. Ambas as seções que falam de Saúde e Educação iniciam-se dizendo: “A Saúde/Educação direito de todos e dever do Estado [...]” A educação incentivada com a colaboração da sociedade e a saúde garantida mediante políticas sociais.

Nesse contexto, tanto a saúde quanto a educação são integrantes do processo formativo do cidadão brasileiro e importante para o desenvolvimento democrático e político dos futuros habitantes do país, entendemos como indubitável sua consonância para formação cidadã e também para o entendimento ampliado de Educação Ambiental, que segundo Loureiro (2014),

“pode ser compreendida como uma filosofia da educação que busca reorientar as premissas do pensar e do agir humano, na perspectiva de transformação das situações concretas e limitantes de melhores condições de vida dos sujeitos – o que implica mudança cultural e social (p.14)”.

Esta Educação Ambiental, adjetivada por alguns autores, dentre eles Loureiro e Guimarães, como Educação ambiental crítica, que em sua teorização ampliada permite expandir-se para uma integração social entre natureza e seus espaços, sendo esta parte constitutiva do ser planetário, o ser humano.

Esses autores, sobretudo Loureiro (2005, p.14), argumentam que essa vertente crítica da Educação Ambiental encontra-se pautada na Teoria Crítica do Conhecimento, da qual a gênese seria a Escola de Frankfurt (que se utilizaram da Teoria e do método dialético elaborado por Karl Marx), uma vez que se constitui de uma visão transformadora das relações sociais e integradora das ciências e da filosofia.

Ser transformadora é nesse sentido que desejamos analisar os processos educativos que envolvem a educação e a saúde, uma vez que, a Educação Ambiental desenvolvida dentro dos espaços escolares voltadas para a formação de sujeitos críticos e transformadores, a

mesma que tivemos quando fomos aluna do curso técnico de vigilância e saúde, o CTVISAU que cursamos em 2015. De modo que esta seja problematizadora, contextualizada e interdisciplinar e que alcance a construção de saberes, atitudes, comportamentos e valores pelos alunos é uma objetivação dos documentos oficiais que norteiam nosso processo de ensino-aprendizagem.

Os documentos oficiais já prevêm um olhar ampliado para o meio ambiente e seu inter-relacionamento com a educação e a saúde como nos documentos oficiais: Lei de Diretrizes de Bases da Educação Nacional (LDBEN) (BRASIL,1996), os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) (BRASIL, 1997,1998,2000) e o Plano Nacional de Educação (PNE) (BRASIL, 2001). E nos trazem alternativas pedagógicas para que sejam inseridos dentro do contexto formativo dos alunos desde a Educação infantil, conceitos formativos reflexivos que envolvem o ambiente social e ambiental ao qual os educandos estão inseridos. A estimulação da aprendizagem significativa é a construção para conhecimentos que transformem em cidadãos nossos alunos desde a pré-escola.

No entanto, complementamos que as ações de educação com um olhar ambiental no território de abrangência da UBS e até mesmo as que não estão inseridas nos limites territoriais da unidade onde exista abrangência, mas que compõem o bairro pode desenvolver uma visão holística de mundo, e também faz parte de escolas que desejam promover a educação em saúde dentro de seus espaços. Uma vez que, uma perspectiva voltada apenas para o conceito de saúde como ausência de doença, ou simplesmente restrita às doenças em sua forma patológica limita o desenvolvimento escolar e é pouco efetiva na promoção de mudanças efetivas em saúde. Segundo Figueiredo (2003),

a relação entre a Saúde e Educação, no que diz respeito à saúde escolar, nem sempre tem sido harmoniosa. Quando pensada numa perspectiva exclusivamente médica e focalizada no controle e prevenção de doenças, a educação em saúde tem sido pouco efetiva para provocar mudanças de atitudes que levem a opções mais saudáveis de vida (p.400).

Ainda de acordo com Cerqueira (2007),

a escola, na maioria dos casos tem sido lugar de aplicação de controle e prevenção de doenças, porque o setor saúde costuma ver a escola como um lugar onde os alunos seriam um grupo passivo para a realização de ações de saúde. Os professores frequentemente se queixam de que o setor saúde usa a escola e abusa do tempo disponível com ações isoladas que poderiam ser mais proveitosas, com um programa mais participativo e protagonista de atenção à saúde (p.401).

Desta forma, é necessário compreender a Educação em Saúde na escola e para além dela como intervenções pontuais de conteúdos que façam parte do cotidiano dos alunos tendo em vista a situação local, para que esta intervenção não seja equivocada e torne-se isolada e pouco proveitosa. SILVA (2010) defende a escola como “*um espaço comunitário coletivo com importante papel dinamizador de informações e conceitos que poderão contribuir para a consolidação de famílias e comunidades mais saudáveis*” (p.74).

O profissional de saúde em sua atuação na promoção da saúde escolar deve conhecer o espaço escolar e a política pedagógica dessa escola, e assim escolher a estratégia pedagógica que mais se aproxime da filosofia escolar, do ambiente ao qual esta instituição esta inserida, sendo importante conhecer o ambiente que circunda a escola, as problemáticas do território e sua potencialidade e trabalhar em sua metodologia a realidade sociopolítica do educando.

De acordo com os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN's), os conteúdos de saúde devem comparecer nos currículos da formação de crianças e adolescentes em uma abordagem transversal e interdisciplinar, assim como relacionar conteúdos de educação ambiental nas práticas escolares, no cotidiano do ensino e aprendizagem dos alunos.

Nessa construção procuraremos dialogar com outros autores que corroborem nesse pensamento de uma Educação Ambiental crítica dentro dos territórios da saúde, um olhar para saúde de forma reflexiva e em um viés de educação emancipadora para o nosso trabalho.

Ousamos construir neste trabalho, ao longo do processo de análise do Programa de Saúde na Escola um conceito que sistematize a promoção da saúde na educação escolar tendo como contexto a Educação Ambiental e ampliação do conceito de território a partir do profissional ACE como um canal de promoção dessa Educação em Saúde.

Desta maneira, o ACE e as instituições escolares, para nós, serão atores importantes para a ampliação da reflexão sobre a Educação em Saúde, e o Programa de Saúde na Escola é a confluência entre a educação - educação ambiental - saúde contiguamente para a transformação cidadã dos alunos nos espaços escolares.

Uma vez que,

O sentido de pertencimento e corresponsabilidade que, por meio da ação coletiva e organizada, busca a compreensão e a superação das causas estruturais e conjunturais dos problemas ambientais. Trata-se de construir uma cultura ecológica que compreenda a natureza e sociedade como dimensões intrinsecamente relacionadas e que não podem mais ser pensadas de forma separada. (SORRENTINO *et al*, 2005, p.288)

Percebemos a Educação Ambiental como uma forte aliada para compreensão de território, especialmente quando aplicada com seu contexto ampliado estendido à prática da promoção da Saúde, como um diferencial para o entendimento dos conceitos tais como: educação nas escolas, território e saúde, Saúde nas escolas, saúde das escolas e práticas de promoção em saúde.

Concordamos com Araújo *et al* (2019) em sua afirmação que:

A Educação Ambiental deve ser compreendida como prática de vital importância no campo educacional, econômico, social, ou seja, a EA procura discutir o meio ambiente na sua essência, reflete sobre as ações do homem no meio ambiente, incentiva a participação da sociedade, enfim, a Educação Ambiental desperta a consciência crítica na atual sociedade capitalista. (ARAÚJO *et al*, 2019, p.1)

Desta forma os ambientes escolares são, segundo Marcondes (1972), espaços sociais nos quais devem se promover experiências conducentes à vida sadia, que proporcione ao escolar seu desenvolvimento integral. E ainda segundo o autor, “*A integração da Saúde aos programas escolares exige em todos os níveis de ensino, o conhecimento da realidade em que atua a escola (p.93)*”.

Marcondes (1972) ainda afirma que,

Para erradicar, minimizar, ou controlar os problemas que impedem a população de alcançar níveis adequados de bem estar físico, mental e social é fundamental prepará-la na área da educação para a saúde. Esta educação deve começar cedo na vida do indivíduo e é principalmente na escola que poderá ser levada a efeito de maneira sistemática, desde o nível da Educação Infantil até a Educação Superior (p.93)

Deste modo, concordamos com esse autor na defesa pelo SUS como um mecanismo de educação. Uma vez que para Freire (1988) a escola deve ser sem muros, democrática, integradora e inclusiva contendo processos educativos intencionais, de modo que, promova uma leitura crítica de mundo para emancipação do sujeito. Em outras palavras, o aprendizado formal que nos é ofertado na escola deve alcançar também as transformações no território, o aluno continua aprendendo mesmo após cruzar os portões da escola, quando este consegue relacionar de forma crítica os conteúdos escolares com seu cotidiano. Tornando assim seus pensamentos emancipados reflexivos. Ao olhar e questionar sua realidade o aluno permite-se mudanças que se fazem a partir das reflexões.

Pensar educação é entender que o processo de escolarização começa na escola, mas o processo de educação seja ela: ambiental, formal, cidadã ou qualquer outro adjetivo que daremos, começa ao nascer, ao perceber seu território, a vida, sua comunidade, no contato com o mundo ao seu redor e nas associações que resultam deste olhar. Portanto, os processos do cuidado à saúde, da prevenção às doenças e seus agentes também se constituem processos educativos.

Pensando desta maneira e observando o trabalho dos profissionais da saúde, em destaque os ACE em suas práticas de promoção da saúde na comunidade, este profissional pode ser inserido como também responsável pelas práticas de promoção da saúde nas escolas, como educadores da saúde, uma vez que, eles já desenvolvem o trabalho de promoção da saúde nos bairros e territórios em que atuam nas conversas com moradores da região e na explicitação de ações educativas de saúde que envolvem o usuário da instituição de saúde referencial.

Ressaltamos neste estudo a profunda relação entre o conceito de educação ambiental em saúde e o conceito ampliado de saúde. O que corrobora ao que escreveu Araújo *et al* (2019),

A Educação Ambiental deve ser compreendida como prática no campo educacional, econômico e social, ou seja, ela busca levantar questões a cerca do meio ambiente, refletir suas causas e efeitos em um movimento de mudança de atitudes, que resultem na construção de atitudes cidadãs. (p.3 grifo nosso)

Acreditarmos em uma Educação Ambiental como um dos caminhos de promoção da saúde em territórios de atuação dos profissionais ACE e por ela ser capaz de ser muito mais que uma simples conscientização. Concordamos com o posicionamento de Loureiro-Layrargues quando afirmam que ela é transformadora, pelo fato de não existir uma única Educação Ambiental:

Longe de defendermos uma educação ambiental única em seu entendimento de mundo e forma de agir, partimos do pressuposto de que sua natureza conflitiva, na diversidade e na disputa de concepções e espaços na sociedade, fortalece-a e a legitima nas institucionalidades acadêmicas, nas políticas públicas e nos movimentos sociais que buscam a garantia de direitos, a afirmação das diferenças, a superação das desigualdades de classe e a construção de outro patamar societário (LOUREIRO *et al*, 2013, p. 55).

De modo que ela pode ser trabalhada de diferentes formas e com diferentes atores sociais, no entanto, o seu objetivo irá confluenciar para uma Educação transformadora, quando o profissional de endemias conseguir entender sua atividade laboral como também uma prática de Educação em Saúde.

Portanto, direcionamos nossa análise para situarmos os ACE dentro da perspectiva do que é sugerido nos documentos que serão analisamos.

Reforçamos que o entendimento que vamos utilizar para educação ambiental é definido de forma ampliada, enfatizando que o ambiente é construído socialmente, como resultado e produtor de relações sociais produzindo um contexto socioambiental específico. Consideramos importante identificar esse profissional como também um promotor de saúde, um trabalhador que dispõe de uma capacidade de trabalho que pode ser utilizada para traçar estratégias para melhoria da qualidade de vida da população assistida em seu trabalho no território.

A proposta é que ao observarmos o “PSE-Carioca” consigamos identificar as potencialidades da função do ACE no campo da Educação em Saúde a partir de elementos centrais (ou categorias de análise) que se destacam no diálogo com a Promoção da Saúde em Escolas e a Educação Ambiental para ampliar o entendimento de sua atribuição como profissional da saúde. Alguns dos elementos que destacamos são:

- I. O território, que inclui a escola como um ator central para fazer educação em saúde e promover saúde;
- II. O entendimento do ACE sobre a relação entre meio ambiente e saúde na produção de risco e vulnerabilidades em saúde;
- III. A capacidade de diálogo com a população de entender a sua linguagem e de se comunicar de forma adequada e realizar a ação educativa.
- IV. A capacitação como meio de ampliação da potencialidade do ACE e seu olhar: ambiental, endêmico e sociopolítico.

Uma vez que este profissional trabalha no âmbito da vigilância em saúde subordinado à SUBPAV que compõe a coordenação de vigilância ambiental em saúde (Figura 3) e dentro das UBS, em sua maioria, eles atuam de forma integrada à APS de modo territorializado. Dentro do município do Rio de Janeiro destacamos que uma grande parte desses profissionais

já possuem o curso Técnico em Vigilância em Saúde -CTVISAU e com base no que dispõe a ementa do curso, o ACE possui qualificação para o desenvolvimento das potencialidades que demonstramos nessa pesquisa.

CAPÍTULO 3 - O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA - PSE: INTEGRANDO EDUCAÇÃO E SAÚDE NO ESPAÇO ESCOLAR

Ao analisarmos os caminhos do Programa Saúde na Escola no início dos anos 90, a ideia da atenção básica já havia rompido o pensamento baseado em faixas etárias e o Programa Saúde na Escola já definia como escolar o indivíduo, independente de idade e do segmento educacional ao qual pertence e que estivesse na escola.

Devemos entender que esta década trouxe vários debates sociais como garantias de direitos, a própria Constituição Federal de 1988, apelidada como Constituição Cidadã, já nos garante teoricamente o direito à educação e à saúde. Dentro deste mesmo contexto é criado o Sistema Único de Saúde (SUS) como resposta a necessidade da população. Sua proposta atendia de forma universal estas necessidades e foi, e ainda é, considerada a mais abrangente política de saúde idealizada, embora desde sua constituição entraves políticos buscam fragilizar sua proposta.

Silva (1999) destacou em sua obra *“Saúde na escola, intersetorialidade e promoção da saúde”* estes entraves e cita dentro do contexto político e econômico esses efeitos como adversos e desfavoráveis que corroboram com essa fragilização desde seu nascituro como *“subfinanciamento crônico, a má gestão do serviço e do sistema, bem como a não integração das distintas esferas da gestão e a baixa participação de trabalhadores e usuários na estruturação, etc”*. (p.16).

Apesar de não ser objetivo dessa pesquisa, é importante entendermos o contexto histórico da criação do SUS, para uma melhor compreensão do Programa Saúde na Escola, uma vez que o cenário político e econômico, afeta diretamente algumas ações de políticas de saúde e de educação na organização dos Programas de Saúde na Escola no âmbito do SUS, dos quais estamos discutindo ao longo do trabalho.

O Programa Saúde na Escola (PSE), foi oficialmente criado em 5 de dezembro de 2007 através do decreto 6.286 e tinha como objetivo articular as redes públicas de Saúde e de Educação para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público e creches conveniadas às gestões locais do país. Sua implementação se dá por adesão dos Estados, Distrito Federal e Municípios ao PSE Nacional como consta no Artigo 3º do decreto.

No entanto, outros modelos do programa já existiam, portanto vamos entender como ele era e como está.

Conforme o documento orientador para o PSE Nacional de 2021/2022²¹, constitui-se em uma política intersetorial do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação na qual governo Federal, governo Estadual e governo Municipal atuam em coesão para alcance e finalidade do programa.

O PSE visa proporcionar à comunidade escolar a participação em projetos e programas que articulem saúde e educação. De acordo com Silva (2010), *“No PSE, as ações de saúde estariam integrando as práticas no universo das escolas e das unidades básicas de saúde, com destaque, em especial, para a atenção primária em saúde através da estratégia de saúde da família”* (p.74).

Nesse programa as ações de saúde deveriam/devem ocorrer articuladas com as equipes de atenção básica e as equipes de educação das escolas, de modo a se constituir um canal de enfrentamento da vulnerabilidade que compromete o pleno desenvolvimento desse público, além de preverem ações contínuas e permanentes junto aos profissionais de saúde e educação dentro dos territórios.

Embora seja uma proposta Federal para todos os Estados e Municípios, a participação ao PSE não é obrigatória, ela ocorre por meio de adesão ao ciclo bienal da proposta, ao final de cada ciclo acontece uma prestação de contas que constituir-se-á dos dados informados pela gestão municipal de saúde por meio da Atenção Primária de Saúde pelo Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB). Há três motivos para que haja apenas um sistema para informação que são:

1. Simplificar o processo de registro;
2. Garantir que todas as ações do PSE sejam registradas no banco do sistema nacional para monitoramento da APS;
- e 3. Permitir o acompanhamento dos encaminhamentos, diminuindo as chances de não acompanhamento do estudante que foi atendido no âmbito do PSE e/ou da APS. (BRASIL, 2021,p.4)

O PSE por sua vez apresenta doze ações essenciais, que são conforme o documento orientador:

- I. Saúde Ambiental;
- II. Promoção da Atividade Física;

²¹ Este documento pode ser consultado através do endereço eletrônico: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/academia/Documento_orientador_2021-2022_PSE.pdf ou file:///C:/Users/abc/Downloads/Documento%20orientador%202021-2022%20(2).pdf

- III. Alimentação Saudável e prevenção a obesidade;
- IV. Promoção da cultura de paz e direitos humanos;
- V. Prevenção das violências e acidentes;
- VI. Prevenção de doenças negligenciadas;
- VII. Verificação da situação vacinal;
- VIII. Saúde sexual e reprodutiva e prevenção do HIV/IST;
- IX. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, e outras drogas
- X. Saúde bucal;
- XI. Saúde auditiva;
- XII. Prevenção à Covid-19.

Segundo o documento, os municípios podem contribuir na elaboração da sua própria política a partir do PSE Federal atribuindo a este outras ações que sejam interessantes e pertinentes ao seu caráter regional e ao público que pretende alcançar.

Esse programa possui um fundo governamental que disponibilizam recursos financeiros, estes recursos são transferidos diretamente do Ministério da Saúde aos municípios que aderirem ao PSE.

Conforme nos apresenta Silva (2019) na figura 1 do seu livro, a estrutura de organização e gestão da Saúde e da Educação obedece a hierarquias que vai desde os ministérios, secretarias às unidades de correspondência da saúde e da educação até chegar ao PSE.

Figura 7: Saúde e Educação dentro da constituição

Fonte: Livro Saúde na Escola (Silva 2019)

A gestão tanto da saúde como da educação é, ou deve ser, cooperativa e colaborativa como demonstra a figura acima, transita por vários estágios de diálogos para que possa ser criadas estratégias. No entanto, o olhar para o território é convergente, assim como, o objetivo em se construir mecanismos que garantam o acesso e a construção de canais entre saúde e a educação.

Cada programa de saúde ao ser construído se pauta em conceitos e teorias para sua estruturação dentro dos ministérios e secretarias (PAWSON, 2003). Dentro de uma gestão democrática são ouvidos profissionais, técnicos, trabalhadores e a comunidade, para construção de reflexões e ações gestadas dentro da administração pública de ambas as esferas (SALAZAR, 2009). Faz-se necessário a observação dos contextos ambientais, territoriais, físicos e econômicos de cada programa, e assim é criado em resposta aos conflitos regionais/territoriais e com interesses distintos a fim de abranger as necessidades específicas, observando a diversidade local para cada proposta de PSE (POTVIN *et al*, 2006).

Segundo Silva (2019),

além do desafio de compreender a concepção de saúde sob a ótica da promoção da saúde, os gestores e profissionais precisam ter claros o conceito de educação, o significado do ato de educar e a diversidade de práticas educativas. Eles serão assim instrumentados para compreender a organização de programas de saúde na escola na perspectiva intersectorial para melhoria da qualidade de vida da comunidade escolar. (p.21)

Um dos grandes desafios é entender a educação dentro da saúde e a saúde dentro da educação de modo a promover debates que ampliem reflexões e ações colaborativas entre as gestões educativas e de saúde com fins garantidores dos direitos sociais, a construção cidadã do indivíduo e seu desenvolvimento humano dentro da estrutura democrática nacional.

As autoras, Potvin, Gendron e Bilodeu (2006) ressaltam que a participação coletiva é elemento chave para a construção de programas de promoção da saúde, quando há um entendimento mais claro do papel dos indivíduos, grupos e das organizações na construção dos programas, uma vez que a participação coletiva gera novos conhecimentos e constrói saberes que transformam a realidade.

Dentro do documento orientador disponibilizado pelo governo Federal os ACE estariam inseridos na ação de Saúde Ambiental, pois nesta está incluída as ações de combate ao *Aedes Aegypti*, este profissional deve atuar com atividades educativas de prevenção às arboviroses (Dengue, Chikungunya, Zika). Além disso, é também pertinente nessas ações as atividades educativas relacionadas ao território como, por exemplo, qualidade do ar, da água, do solo, como também é possível o trabalho relacionando esses temas às doenças hídricas muito comuns em algumas regiões onde o saneamento básico é limitado.

Faz-se necessário que o profissional da saúde entenda o território em sua perspectiva ampliada, pois este se configura o espaço de vida dos usuários que ele visita. Segundo Monken e Gondin (2016) *“o ser humano ocupa uma posição especial no planeta e atua sobre a natureza para sobreviver, satisfazer suas necessidades, produzir coisas e se reproduzir como espécie.”* (p. 109) logo, o território, ele é permeado de história, memórias, ações e posições políticas/ideológicas desse usuário.

No contexto histórico do país o conceito e o entendimento de território usado pelo setor saúde vêm se modificando, a partir do século XIX se adotou a compreensão de território como uma forma de organização para as ações de saúde pública o que se percebe ao observar as campanhas sanitárias realizadas com o enfoque no indivíduo e no coletivo das quais podemos ressaltar as ações de vacinação e prevenção de algumas doenças, já mencionado no primeiro capítulo desse trabalho, a atenção que se deu as estratégias de saneamento das áreas urbanas e o trabalho de infraestrutura e alterações arquitetônicas a fim de proporcionar o bem estar e melhorar a qualidade de vida da população. Aos poucos os gestores públicos de saúde foram entendendo que a organização por território e sua lógica de ordenamento espacial facilita a consolidação de dados e ações pontuais de saúde com maior eficiência, o que facilitou a lógica de uma delimitação territorial para a saúde. Hoje já se trabalha nos municípios para o

uso e controle da saúde pública a definição de áreas político-administrativas e as várias escalas de identificação de territórios.

São muitos os territórios de exclusão e exceção. Nas cidades, por exemplo, esses territórios possuem alta densidade demográfica (muita população vivendo em um mesmo espaço), com fortes impactos de vizinhança (violência, tráfico, poluição, entre outros) e geografia peculiar em função da proximidade/aglomeração das moradias e estabelecimentos produtivos (pequenas indústrias e comércios), em associação com a precariedade dos acessos para as pessoas e mercadorias, por meio de estreitos logradouros, becos e vielas com fluxos e contatos intensos entre as pessoas e a inter-relação com o entorno.

Um aspecto importante em relação ao território é compreender as diferenças escalas nas quais ele se apresenta. No setor saúde é comum mencionarmos “nível local” como escala territorial de atuação de equipes de saúde que tem proximidade e vínculo com a população. A proximidade local que ressaltamos é a escala das relações entre as pessoas em uma mesma extensão, vivendo a intensidade de suas inter-relações no seu dia a dia. (MONKEN e GONDIN, 2016,p. 111)

Quem melhor que um ACE ou um ACS para conhecer melhor a necessidade dos usuários do território que eles atuam, no caso do ACE sua percepção é ainda mais ampliada, visto que, sua atenção não esta apenas nas patologias encontradas, mas também na percepção ambiental.

3.1 O PSE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO- RJ.

Neste trabalho buscamos em documentos como: o “PSE Nacional” que optamos pela análise do mais recente, (de 2021/2022), no “PSE Carioca” de 2015, na Lei 6.286/2017 e a Política Nacional de Educação Ambiental PNEA e na literatura dados que coversem entre si e possam orientar o ACE no seu processo laborativo, ampliar seu olhar de território e evidenciar as potencialidades de seu trabalho na saúde.

Investigando a literatura encontramos dados sobre o PSE do município do Rio de Janeiro no trabalho do autor Carlos S. Silva, este autor retratou a trajetória do PSE entre 2000 e 2009.

Segundo Silva (2010), no município do Rio, o PSE no âmbito de seu surgimento foi definido como “*de atenção à saúde da criança e adolescente com idade escolar*” (p.81), desta forma o conceito de escolar amplia-se não restringindo ao ensino fundamental e vai além, ultrapassando os muros da escola.

Duas questões estavam postas: primeira, que o conceito de escolar não fosse restrito a sua inserção apenas no ensino fundamental e, a segunda, mais ampla, que o escopo de definição de escolar deixava também de se restringir apenas à inserção na escola, ou seja, independente da idade ou de estar ou não matriculado na escola, escolar era a criança ou adolescente que já teria idade para estar na escola, com direito ao acesso à educação e a frequentar, portanto, uma instituição de ensino. (SILVA, 2010, p.81)

Dentro dessa perspectiva, que se implanta no município, o programa consegue atingir todos os indivíduos de 0 a 17 anos (que compõe o ensino básico), deste modo Silva (2010) traz pra nós que a proposta para o município do Rio do PSE coloca o indivíduo como sujeito, uma vez que considera as questões de direito à saúde e à educação como direitos humanos e a vida com qualidade.

O PSE Carioca de 2015 foi baseado nos artigos da Constituição Federal de 1998, no Plano Nacional de Educação Lei 13.005/2014, na Lei Orgânica da Assistência Social em seu artigo segundo e sua alteração pela Lei 12.435/2011 e no Decreto Federal 6.286/2007, constituindo-se como um plano estratégico do município do Rio de Janeiro.

A trajetória da criação do “PSE Carioca” desde sua criação até o de 2015, o que atualmente encontramos, narra que em sua história o município na década de 90 criou a Gerência do Programa de Saúde Escolar (SMS/RJ-92) e este se integrou ao organograma da

Secretaria Municipal de Saúde (SME). Foi definido como Programa de Saúde Escolar da Coordenação de Programa Especiais da Superintendência de Saúde Coletiva da SME se relacionando com o Programa Saúde da Criança e Adolescente. Este se configurou com ações voltadas para “*a prestação de serviços de saúde à criança em idade escolar, em seu ambiente de estudo e a comunidade em que vivia*” (ibidem, p.83).

Este programa tinha como um dos objetivos interconectar saúde-educação, técnico-usuário dos serviços de saúde. Dentre suas metas trazia a ampliação da faixa etária de atuação para além do segmento do ensino. Em suas diretrizes endossavam as atividades do Sistema Único de Saúde, propondo a integração entre os setores da saúde e das políticas sociais da Prefeitura, a descentralização de atividades e para isso, propôs a criação de grupos de trabalhos regionais e locais observando três eixos para desenvolvimento de atividade (educação e saúde, desenvolvimento e aprendizagem, e participação popular). Também propôs a capacitação de profissionais e representantes da comunidade escolar.

Não podemos esquecer que se trata de um programa com um olhar para o social no qual a integração entre os diversos setores do município deveriam atuar em conjunto. Portanto temos que no Art. 2º é definido que para o “PSE-Carioca-2015” deverá se “*Criar o Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal - GTI-M, de acordo com as diretrizes contidas no Anexo*” e ainda expressa em seu parágrafo único desse mesmo artigo que, “*desta Resolução e garantir a permanência dos Núcleos de Saúde na Escola e na Creche - NSECs. Parágrafo único. Caberá à Coordenação do GTI-M e aos NSECs o planejamento, o monitoramento, a avaliação do PSE-Carioca*”

Silva (2010) esclarece que a implementação do programa fundamentou-se no contexto da gestão municipal entre 1993-1996, com a proposta de integração e articulação do trabalho educativo ação/intervenção de seus órgãos e gestores na área social “*com a implantação da chamada Macrofunção de Políticas sociais*” (ibidem, p.83).

Nas décadas de 2000 uma série de alterações dentro da estrutura política trouxe mudanças significativas para o SUS, no entanto, nem toda mudança foi de caráter social, dentro da atenção primária, por exemplo, o decreto 2.346/2017²² alterou as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica, propondo alternativas ao modelo das equipes da ESF incluindo os Agentes Comunitários de Saúde e também modificando o financiamento, o que segundo Silva (2017) gerou maiores dificuldade para o fortalecimento do SUS, e ajudando nos ataques à sua fragilização.

²² Que habilita o Estado, o Município ou o Distrito Federal a receber recursos referentes ao incremento temporário do Limite Financeiro da Assistência Média e Alta Complexidade.

Nesse período conturbado de transição presidencial, por via de um golpe político, em 2017, Silva (2019) nos assevera que é nesse período que foi reforçado os princípios neoliberais, princípio este que compromete gravemente o SUS, e complementa “*por decisões políticas que priorizavam a saúde na lógica capitalista, percebeu-se o risco de perda dos direitos constitucionais, não só da saúde, como também da educação*”(p.16).

No Plano Estratégico do Município do Rio de Janeiro, o PSE é um programa social, como já havíamos mencionado, com ações executadas de forma integrada com diferentes órgãos do Município carioca. Nos quais, as instituições que compõem os sistemas de saúde, educação e desenvolvimento social são as principais responsáveis por sua execução.

Art. 3º Anualmente, caberá às Secretarias de Saúde, Educação e Desenvolvimento Social a publicação de ato normativo conjunto contendo o calendário das atividades que serão desenvolvidas no ano em questão, nas unidades escolares da Rede Pública Municipal de Ensino, referente ao PSE Carioca. (SMS/SME, 2015, p.2)

Segundo o documento que rege o PSE-Carioca²³, a coordenação das ações do PSE cabe a Secretaria Executiva de Coordenação de Governo.

A esta coordenação cabe a criação dos Grupos que constituirão as diretrizes do PSE-Carioca, pois este funciona através dos Grupos de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) criado por esta coordenação, suas diretrizes são articuladas com o Núcleo de Saúde na Escola e na Creche (NSEC) também criado pela coordenação e a estes núcleos cabem o planejamento, monitoramento e a avaliação do PSE-Carioca, a composição tanto do GTI-M quanto do NSEC seguem as orientações do PSE-Nacional.

As Secretarias de Saúde, Educação e Desenvolvimento Social do Município são as responsáveis pela implementação do calendário das atividades a serem colocadas em prática nas unidades escolares e a produção dos relatórios com a avaliação e monitoramento do programa.²⁴ Portanto, a articulação dessas secretarias é essencial para o desenvolvimento estratégico desse programa uma vez que a coesão entre as secretarias é importante para que se consiga a também integração com diversos outros setores da sociedade e assim, a garantia do PSE-Carioca. Vimos aqui a materialização do que a promoção da saúde conceitua que é justamente a integração entre os setores e trabalho interserorializado “*A promoção da saúde*

²³ O documento consultado é o que contem as diretrizes e orientações para os anos de 2013 a 2016, como não conseguimos encontrar um documento oficial mais recente, este foi utilizado para nossa análise.

²⁴ Informações contidas no documento oficial do PSE- Carioca que pode ser consultado no endereço eletrônico: [file:///C:/Users/abc/Downloads/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20Conj%20que%20institui%20o%20PSE%20Carioca-%20%20SEGOV_SMS_SME_SMDS%201_2015%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/abc/Downloads/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20Conj%20que%20institui%20o%20PSE%20Carioca-%20%20SEGOV_SMS_SME_SMDS%201_2015%20(1).pdf)

propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução”. (BUSS, 2000, p.165).²⁵

A essência do conceito da promoção da saúde que trabalhamos na educação ambiental é a do conjunto de valores que compõe a vida, saúde, território, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento da pessoa humana dentro da comunidade que habita, sua participação e parceria para melhoria na qualidade de saúde do ambiente que permeia, e que vai se alinhar às atividades de campo desenvolvidas pelo ACE combinadas às estratégias de saúde desenvolvidas no município e as ações de saúde da APS.

É importante atentar que é essencial uma gestão compartilhada no planejamento e na execução das ações, de forma a atender às necessidades e às demandas locais. As decisões devem ser realizadas coletivamente, via Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTIs), que deve utilizar as análises e avaliações construídas intersetorialmente. Esse planejamento local deve considerar que todas as escolas pactuadas na adesão, e a maior quantidade possível de estudantes pactuados, deverão ser contempladas com as ações do PSE.(BRASIL, 201/2022,p5)

Para a cidade do Rio de Janeiro as ações previstas são desenvolvidas dentro dos territórios de abrangência dos serviços da Atenção Primária à Saúde e ao objetivo do PSE-Carioca amplia-se também à proteção da criança e do adolescente, por isso uni-se às secretarias de Educação e Saúde a secretaria de Desenvolvimento Social esta última aglutina três eixos a saber:

- O fortalecimento das ações integradoras da promoção da saúde e proteção social;
- A capacitação dos profissionais que atuam tanto na educação quanto na saúde.
- Acesso de forma fácil das crianças e adolescentes ao sistema de garantia dos direitos à saúde, desenvolvimento social e educação.

O PSE-Carioca é um programa que segue em conformidade com as diretrizes do PSE-Nacional e busca sua ampliação a todas as unidades escolares que estão dentro da área de abrangência das APS; *“No âmbito da Saúde, as Unidades de Atenção Primária deverão atuar*

²⁵ Segundo Czeresnia e Freitas(2009), a promoção em saúde surge como uma acentuada reação à medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde. Tendo a carta de Ottawa com um dos documentos fundador desse conceito

em todas as Unidades Escolares por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde.” (SMS/SME, 2015,p.6).

O interessante ao ser analisado o PSE-Nacional, é que Programa Saúde nas Escolas Nacional (2021/2022) já prevê ações de educação ambiental em saúde, os anteriores não previam explicitamente, embora dentro do documento oficial não seja mencionada a potencialidade do profissional ACE no desenvolvimento e atuação desses projetos dentro das escolas e nos territórios. Se observamos com maior atenção perceberemos que é possível essa integração, uma vez que todas as ações desenvolvidas deverão ser planejadas em conjunto entre a educação e a saúde e nessa última podemos envolver o ACE.

Das ações pactuadas no PSE-Nacional, destacamos a I. Saúde ambiental, IV Promoção da cultura de paz e direitos humanos, V. Prevenção da violência e dos acidentes, VI Prevenção de doenças negligenciadas, VII. Verificação da situação vacinal XI. Saúde auditiva, XII. Saúde ocular e a XIII. Prevenção à Covid-19. Dentro destas ações que selecionamos a atuação do ACE ganha contornos estratégicos, principalmente pelo fato desse profissional estar em contato diário dentro do território e portanto poder realizar relatórios com maior veracidade a respeito das condições dos usuários visitados. Pois nos trabalhos diários do ACE estão incluídos :

- ✓ Seu olhar ambiental – para as situações de vulnerabilidades e potencialidades de seu território de atuação.
- ✓ Seu olhar endêmico – identificando pontos de vulnerabilidade de saúde, locais que possam desenvolver patologias, observar os pontos frágeis com possíveis foco de mosquitos.
- ✓ Seu olhar social – Ouvir e dialogar com a população observar as necessidades do território, orientar e construir uma Educação em Saúde com a população.

Nos quais podemos encaixar as ações pactuadas no PSE, conforme esquema abaixo.

Figura 8: Olhares do ACE



Fonte: Autora

Como temos demonstrado o ACE é um profissional que conhece as vulnerabilidades existentes no território e pode Identificar problemas e agravos à saúde causados por poluições sonora, visual e no solo, ele mapeia o entorno e identifica possíveis poluidores como posto de gasolina, indústrias que estejam despejando efluentes químicos nos rios e solo etc. Além de observar as variações ambientais de ordem social dentro do território como fatores de aumento de violência urbana. O profissional ACE atua proativamente e receptivo à identificação de possíveis transformações em seu território, sua perspectiva não é apenas a eliminação dos criadouros ou coleta de larvas, mas também educar em saúde a população através da mensagem educativa.

Hoje já temos uma boa parte desses profissionais integrados à ESF, embora haja muito desvio de função, aos ACE que estão integrados, mesmo que essa integração na maioria das vezes seja apenas figurativa e muitas vezes limitada, esse profissional é capaz de exercer e construir ações eficazes de acompanhamento qualitativo e quantitativo do território.

Através do mapeamento da região conhecer os pontos de maior probabilidade de agravos ambientais e também é, em tempos de pandemia de Covid-19, um promotor da saúde levando até aos usuários esclarecimentos sobre a infecção, reinfecção da doença, cuidados primários de prevenção e tratamento, e higienização pessoal e a importância da imunização. Caso o governo federal tivesse como estratégia e interesse esclarecer à população sobre tais cuidados e importância.

É fato que a pandemia que enfrentamos atualmente limitou as ações nas escolas de forma presencial, mas o trabalho do ACE nos territórios não foi afetado diretamente, uma vez que esses trabalhadores continuam com visitas domiciliares diárias, seu trabalho ganharia contornos de maior importância, pois mesmo desenvolvendo atividades de campo com certas restrições e usos de máscaras e luvas, ele ainda visita os domicílios e mesmo as casas que não permite sua visita, os moradores podem tirar dúvidas com esse profissional. Além disso, há também as atividades remotas que também podem ser realizadas por esses profissionais a fim de levar esclarecimento ao usuário.

O PSE-Nacional orienta o PSE-Carioca, mas há peculiaridades regionais que faz com que o Município do Rio de Janeiro trabalhe de forma diferente.

Portanto, é importante que nesse trabalho seja destacada, para que possamos perceber que há dentro da estrutura da saúde um profissional, o ACE, que quando orientado pode contribuir para eficácia do PSE. Além disso, é importante demonstrar se houve ao longo dos anos referenciais que evidencie a potencialidade desses profissionais para a promoção da saúde tanto dentro quanto fora do PSE, e como é possível alocar essa categoria no contexto da educação e promoção da saúde.

No documento orientador do PSE-Nacional 2021/2022, o mais atual que conseguimos localizar, este se apresenta como um documento que *“visa contribuir para o pleno desenvolvimento dos estudantes da rede pública de ensino da educação básica, por meio de ações que integrem as áreas de Saúde e Educação”* (Brasil, 2021, p.1). Para que isso ocorra o documento pretende apoiar o processo formativo tanto dos profissionais da educação como dos profissionais da saúde, uma vez que essas duas áreas atuarão para minimizar processos de vulnerabilidade tornando acessíveis os serviços de saúde aos públicos escolares, e contribuindo para melhora na qualidade de vida destes. O empenho e o trabalho em conjunto dos gestores de Saúde e Educação no PSE-Nacional é fundamental para o sucesso, uma vez que se trata de ações intersetoriais entre a Saúde e a Educação.

O que se pretende então é fazer uma integração entre esses dois setores, educação e saúde, tendo como princípio a melhoria da qualidade do público atingido. A qualificação de profissionais desses dois setores é importante para garantia do êxito do programa. Portanto, entender como a saúde e a educação vêm atuando ao longo dos anos como estratégia para melhoria da qualidade de vida, principalmente da população vulnerável se torna importante para nosso entendimento.

No que se refere à qualificação do profissional de saúde em especial o ACE, o município do Rio de Janeiro junto à Secretaria Municipal de Saúde já desenvolve em parceria com a Fiocruz oferta de qualificação técnica profissional, o CTVISAU, já falamos um pouco dele no primeiro capítulo.

Neste curso de formação técnica o ACE tem aulas técnicas sobre a promoção da saúde, território, história do SUS, a função de cada vigilância e como se integram no contexto do serviço do ACE, etc. Composto-se de aproximadamente 1440 horas de formação, nas quais diversas situações de campo e coletivas são destacadas e trabalhadas para a ampliação dos saberes profissionais do aluno. São vários módulos que abordam as mais diversas questões vivenciadas por esse profissional nas quais a observação e a pesquisa são estratégias que permitirão uma melhor qualificação aos ACE. Os alunos também realizam várias visitas técnicas em campo e realizam estágio dentro das Unidades Básicas de Saúde, dentro da ESF. Nesse momento eles verificam dados, acompanham a equipe de saúde em visitas programadas, entende o trabalho do ACS e aplica na prática o conteúdo teórico ministrado no curso. Esse curso fortalece os serviços de vigilância em saúde municipal, assim como o SUS que disporá de um profissional melhor preparado.

Essa formação técnica ofertada pela Fiocruz em parceria com a prefeitura municipal se enquadra nas diretrizes do Plano Nacional de Educação, no item V deste plano menciona que a formação para o trabalho e para a cidadania, com ênfase nos valores morais e éticos em que se fundamenta a sociedade; Uma vez que no CTVISAU são construídas reflexões sobre a atuação profissional, discussão sobre o território, sua história, o conceito de território como espaço vivo de demandas humanas, por tanto permeado de valores éticos, morais, políticos, econômico e social. No item VI. A promoção do princípio da gestão democrática da educação pública; Uma vez que essa formação acontece em uma instituição pública federal. O VII A promoção humanística, científica, cultural e tecnológica do País; Os módulos que compõe o curso trazem abordagens históricas da construção das políticas de saúde, do

nascimento do SUS como uma conquista para todas as classes, já que é universal, ao abordarmos o território perpassamos pela composição cultural dos atores que neles habitam e as mudanças culturais ao longo do tempo que se analisa através da pesquisa setorial em equipe, nas quais são feitas mapeamentos geo-referenciamentos. X – A promoção dos princípios do respeito aos direitos humanos, à diversidade e à sustentabilidade socioambiental. Que também são desenvolvidas durante a formação do ACE no CTVISAU. Pós curso o ACE adquire subsídios teóricos e práticos para ser um Agente de Vigilância em Saúde ampliando sua visão de território tornando-se um AVS, nomenclatura não oficial, mas já utilizada dentro do município do Rio.

A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fiocruz em parceria com o Ministério da Saúde também oferece para os ACE e demais profissionais da atenção básica em saúde e lideranças comunitárias, um curso de Educação Popular em Saúde, o EdpopSUS, o qual objetiva o fortalecimento do SUS por meio da formação desses profissionais da saúde de nível médio e técnico. No EdpopSUS os encontros constituem-se de debates e construção e desconstruções de paradigmas, com o olhar para as formações culturais de cada território e suas mudanças temporais, o ACE explora as potencialidades do território os conceitos pertencentes àquela população, os ritos, os costumes, as riquezas culturais ancestrais. Embora mais curto que o CTVISAU, o EdpopSUS é tão valioso quanto para a construção das potencialidades do ACE e dos demais profissionais da saúde.

Apesar do curso EdpopSus não ter sido aderido pela prefeitura do município do Rio de Janeiro como mais uma proposta de qualificação dos profissionais da saúde, é importante enfatizar sua aproximação com os princípios educativos para a saúde como os apresentados nesta dissertação. Pois nesse curso também são desenvolvidas potencialidades para o trabalho do ACE dentro dos territórios de atuação.

O princípio pedagógico do curso é o aperfeiçoamento da Educação Popular em saúde, uma vez que é na atenção básica que se desenvolve mais facilmente a aproximação com a população “*deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda rede de Atenção à Saúde*” (BRASIL, 2012^a, p.19) de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica.

CAPITULO 4 - A ATUAÇÃO DO ACE NAS AÇÕES DE SAÚDE EM ESCOLAS

O ACE na cidade do Rio de Janeiro constituem-se em profissionais ligados a saúde que desenvolvem junto às comunidades ações de promoção da saúde dentro dos territórios de abrangência das áreas programáticas (AP's).

Partindo de um entendimento amplo de saúde que envolve o ambiente e seus atores, não limitando o conceito de saúde como a ausência de doença, os ACE são profissionais diferenciados por serem também promotores de educação e saúde, por meio de suas ações de promoção da saúde nos territórios.

Os ACE são esses profissionais que viemos apresentando ao longo desse trabalho, que já atuam junto à comunidade, e que podem ser os profissionais que promovem ações de educação e saúde nas escolas de abrangência de suas áreas, sendo estes integrados nas ESF como agentes promotores de saúde-educação.

Como faríamos para que esses profissionais desenvolvessem nas escolas um estreitamento nas relações de saúde na comunidade de forma efetiva e periódica? Esses profissionais poderiam contribuir para efetivação de projetos e ações de saúde nas escolas?

Defendemos que sim, uma vez que eles já realizam atividades nas escolas mesmo sem serem mencionados com possíveis profissionais para essas ações intersetoriais. Temos no Município do Rio de forma não oficial e em alguns núcleos, ACE que compõe três grupos que realizam atividades educativas dentro dos parâmetros do PSE, e apresentam-se em escolas e instituições promovendo de forma lúdica e educativa atividades de combate a vetores, constroem esquetes, teatros, jograis e pequenos vídeos ensinando através do humor formas de prevenção às doenças.

Esses grupos são conhecidos como: “Saúde Carioca”²⁶ da Coordenadoria Geral de Atenção Primária (CAP) 3.3, “Teatro de Fantoques” e “ Caravana da Prevenção” da CAP 5.1, que são grupos formados por profissionais ACE da vigilância em saúde. Educam através da arte e do multi-conhecimento, eles visitam as escolas públicas, unidades de saúde e locais de grande circulação de pessoas como praças e estações de trens para falar de forma lúdica sobre

²⁶ Seus trabalhos podem ser acessados pelo link <https://www.youtube.com/user/marcae1/about>. O ‘Saúde Carioca’ é um nome fictício. A CAP 5.1 corresponde aos bairros de Realengo, Senador Camará, Padre Miguel, Bangu, Jardim Sulacap e Magalhães Bastos e a CAP 3.3 Madureira, Vicente de Carvalho, Pavuna e outros 26 bairros da Zona Norte.

a promoção da saúde, prevenção de doenças, Direitos Humanos e bons hábitos de convivência social. Já houve na prefeitura do município do Rio de Janeiro 10 grupos de educação e saúde com essas características, desenvolvendo ações educativas através da arte e do lúdico. Porém, a falta de incentivo, estrutura para desenvolvimento dessa atividade, e apoio das gestões fizeram com que esses grupos fossem diluídos de modo que hoje só há três grupos como este um na CAP 3.3 e dois outro na CAP 5.1.

Esses grupos compostos por ACE têm suas atuações voltadas para a prevenção abordando temas como: arbovirose, droga, álcool, doenças sexualmente transmissíveis etc. e na promoção da saúde abordam temas como alimentação saudável, exercícios físicos, higiene bucal, cultura e cidadania, bullying etc. Que são atividades desenvolvidas no âmbito do PSE.

É um trabalho pouco divulgado na esfera governamental municipal. Como já viemos relatando ao longo dessa dissertação, tanto o ACE quanto seu trabalho de modo geral não aparece como deveria, ressaltando suas potencialidades no desenvolvimento das estratégias da promoção e saúde ambiental. Nem os profissionais que atuam nesse grupo sabem que seu trabalho esta dentro do PSE²⁷.

As UBS não divulgam as ações desses profissionais e por serem poucos profissionais que desenvolvem essa atividade grande parte das escolas que compõe o município do Rio não consegue agendar suas visitas em datas programadas no calendário de atividades do PSE. Há muita dificuldade de comunicação quando o profissional ACE busca informativos para compor seu trabalho voltado para as escolas, porém apesar das barreiras institucionais o trabalho tem se mantido nesse momento de pandemia, inclusive com parcerias com a Multirio²⁸ para desenvolvimento de projetos educativos. Nas buscas que fizemos não foi encontrada referencias acadêmicas sobre o trabalho desses grupos: Saúde Carioca, o Teatro de Fantoches e a Caravana da Prevenção, no entanto, seus trabalhos podem ser visualizado no youtube e também pelo site da Multirio.rj.gov.br.

²⁷ Nem mesmo os ACE sabem que seu trabalho estava em consonância com as orientações do PSE carioca.

²⁸ MultiRio é uma Empresa Municipal de Múltiplos, vinculada à Secretaria Municipal de Educação da Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro, que referencia sua atuação na convergência cidade-educação. Ela tem como missão pesquisar linguagens e formatos, experimentar possibilidades tecnológicas em conteúdos curriculares, produzir recursos de aprendizagem, ampliar as formas de distribuição de produtos educativo-culturais e capacitar os profissionais da educação para a utilização das mídias em sala de aula. Podemos encontrar essa informação e também acessar alguns trabalhos desenvolvidos por estes profissionais através do link: <http://www.multirio.rj.gov.br/index.php/leia/reportagens-artigos/reportagens/16070-programa-sa%C3%BAde-na-escola-usa-t%C3%A9cnicas-teatrais-para-informar-popula%C3%A7%C3%A3o>

Figura 9: Ações de Educação e Saúde realizadas por ACE



Fonte: Acervo pessoal da autora

4.1 O TRABALHO DO ACE NO PSE: PROMOVEDO EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O desenvolvimento de ações educativas como estratégia de prevenção e promoção da saúde e saúde ambiental é uma atividade que os ACE já desenvolvem, inclusive os que não compõem os grupos educativos de saúde como o Saúde Carioca, o Teatro de Fantoches e a Caravana da prevenção, no entanto, esses três grupos compostos de ACE o faz com exclusividade.

Vamos apresentar um pouco do histórico de criação desses grupos compostos exclusivamente de ACE e que surgiu no ano de 2004 em virtude das grandes demandas por ações educativas que envolvessem o tema Dengue. Essa demanda fazia parte de ações estratégicas que a prefeitura do Rio desenvolveu após a epidemia de dengue de 2002, naquele momento foram selecionados para integrar de forma voluntária uma equipe de ACE que tivessem o perfil educativo, visto que, esses profissionais iriam desenvolver atividades como palestra nas escolas, portanto deveriam ser servidores que tivessem desenvoltura para falar em público e pouca inibição.

As características das ações no seu início eram muito formais ainda, palestras com longas oratórias, porém aos poucos o formato lúdico foi sendo introduzido às ações educativas, e as adaptações ao público e faixa etária moldavam essas ações.

Gradativamente as demandas de apresentações desse grupo foram crescendo e no ano de 2006 a característica educativa tornou-se marca registrada das equipes, que mesmo falando de assuntos sérios, traziam o humor como forma de leveza aos temas abordados. Suas ações sempre ocorridas em ambientes escolares públicos de ensino fundamental deram espaço também a um novo projeto educativo sobre Dengue, o “Escola sem Dengue” integrado à SMS, que foi a construção de jogos educativos em parceria com os alunos do Núcleo de Adolescente Multiplicadores, o NAM’s da 5ª CRE/SMS, no qual tinha como objetivo a multiplicação das informações de saúde junto a comunidade escolar pertencentes desses alunos. O projeto contou com a aprovação do Departamento de Educação da 5ª CRE/SMS.

Os primeiros trabalhos lúdicos - teatrais dessa equipe de ACE foram construídos em 2008 e ocorreram devido a uma solicitação da Divisão de ações e Programas de Saúde - DAPS/CAP 3.3. A DAPS havia solicitado ao grupo a criação de um trabalho mais teatral, lúdico com o objetivo de divulgar e informar sobre o dia mundial do diabetes aos

alunos da rede municipal de ensino fundamental. O resultado à época surpreendeu a todos e a partir de então, esse grupo adotou oficialmente as características bem humorada e teatral, usando recursos lúdicos diversos para falar dos temas ligados à saúde. No final de 2009 esse grupo foi convidado a participar do Centro de Estudos da CAP 3.3, presidido pela Sra Sandra Regina de Oliveira, com a participação da equipe no Centro de Estudos da prefeitura e todo material produzido por eles ganhou consistência educativa, a participação desse grupo no centro de Estudos teve como consequência um aprimoramento de seus materiais e sua melhor elaboração deixando de ser o assunto “Dengue” seu principal tema, agora o grupo trabalhava e produzia materiais com os mais diversos temas ligados à saúde. Os membros do grupo passaram por uma qualificação profissional, participavam de seminários educativos, oficinas, encontros e outras atividades desenvolvidas pelo setor de educação do nível central, o EDUCOM. Esse setor teve como objetivo a criação do Planejamento Educativo Integrado (PEI) para a integração de propostas educativas de prevenção à dengue realizadas em todas as Áreas Programáticas da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro.

O nome Saúde Carioca surgiu em 2010, esse mesmo ano deu início ao trabalho de referência da CAP-3.3. O primeiro logo tipo do grupo Saúde Carioca foi:

Figura 10. Logo Saúde Carioca



Fonte: Acervo pessoal da autora

No ano de 2011 os integrantes do grupo mais uma vez passam por uma nova qualificação profissional, dessa vez com a parceria entre a prefeitura e a Fiocruz eles realizam o Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde, o curso PROFORMAR-

Rio.²⁹ Com o curso, a visão ambiental e educativa do grupo amadureceu e foi ampliada a sensibilização do grupo em relação aos temas de promoção da saúde, o cuidado com o território e a população, as demandas ambientais e os principais agravos à saúde fizeram com que no ano de 2012 o trabalho desenvolvido pelo grupo tivesse atingido aproximadamente um público de mais de 25.000 pessoas. Apesar desse grupo de ACE comporem os servidores da CAP 3.3, seu trabalho percorria as diversas CAP's (5,2, e 2.2), e com diversas ações educativas, em seu leque de temas foram incluídos: Hanseníase, Saúde do Trabalhador, Meio Ambiente, Fatores de Risco, Tabagismo, Alimentação saudável Diabetes, Aleitamento Materno, Higiene Infantil, etc. Nesse mesmo ano essa equipe foi convidada para integrar como participantes convidados à Equipe Saúde Carioca na 10ª Conferência Internacional da Rede Unida realizado no Centro de Convenções Sul América.

No Ano de 2013 a metodologia da então Equipe de Saúde Carioca já era totalmente a lúdica e as várias temáticas desenvolvidas pelo grupo foram inseridas no PSE, Isso fez com que as demandas do grupo crescesse muito e as realizações de suas ações em escolas agora precisavam ser agendadas com o Núcleo do PSE da CAP 3.3. Neste ano, 2013, as ações educativas desenvolvidas pelo grupo já contabilizavam um público de aproximadamente 65.000 mil pessoas.

Em 2014 a equipe de ACE promotores de Educação em Saúde continuava a todo vapor e mantendo uma ótima integração com os mais diversos setores da SMS/SME para a realização das atividades do PSE, o grupo atendia as demandas do setor de Coordenação de Educação em Saúde – CES e da Subsecretaria de Promoção da Saúde a SUBPAV. Foram vários trabalhos desenvolvidos por essa equipe de ACE dos quais destacamos as mais diversas:

- Intervenções lúdicas nas Oficinas da Divisão de Vigilância e Saúde (DVS) sobre as Salas de Imunização;
- Intervenção lúdica na XI Conferência Distrital de Saúde;
- Reuniões de planejamento para a construção das Oficinas de educação em saúde para os adolescentes do RAP da saúde e, posterior realização das mesmas de Julho à Setembro de 2015;
- Inserção no projeto Plataforma dos Centros Urbanos, (PCU), composto pelo DAPS/CAP-3.3, 5ª e 6ª CRE/SME e Assistência Social via CRAS;

²⁹ O curso PROFORMAR – Rio teve como objetivo a capacitação de agentes de vigilância em saúde promovendo à esses servidores a formação profissional em vigilância em saúde e ocorreu também à nível nacional a partir de parcerias entre as prefeituras e a EPSJV-Fiocruz.

Figura 11: Evento em escolas municipais

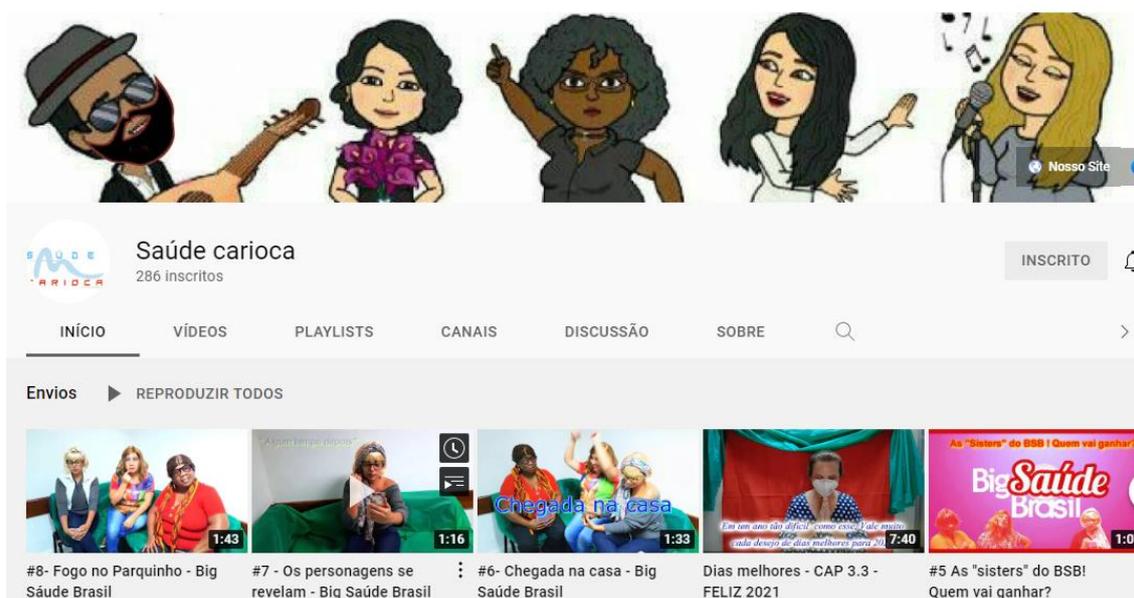


Fonte: Facebook

Devido a grande demanda, e a fim de divulgar o trabalho do grupo de ACE que compõe o 'Saúde Carioca', os integrantes criaram um canal no Youtube, lá são divulgados os mais diversos trabalhos áudio – visuais construídos pelo grupo.³⁰

³⁰ A construção dos trabalhos não conta com apoio financeiro da prefeitura, muito dos seus trabalhos são produzidos com a utilização de recursos pessoais dos ACE, com celulares e a edição é feita de forma artesanal pelos próprios integrantes.

Figura 12: Canal do Youtube para divulgação dos materiais educativos audiovisuais



Fonte: Canal do youtube da Equipe de Saúde Carioca

Portanto, os ACE de forma não oficial³¹ já atuam em diversas frentes na saúde, uma delas é a escola. Como promotores de Educação em Saúde esses profissionais já desenvolvem trabalhos de educação em saúde em seu território dentro das comunidades e em ações dentro de suas unidades de saúde, eles também participam de ações pontuais nas instituições escolares, mesmo os que não compõem esses grupos que citamos acima.

³¹ Porque não encontramos dentro do site oficial da prefeitura nada sobre o grupo de ACE que desenvolvem esse trabalho, o que de certa forma demonstra que essas ações não estão institucionalizadas pela prefeitura..

Figura 13: Apoio dos ACE nos eventos na educação infantil



Fonte: Acervo da autora

Figura 14: Palestra dos ACE nos eventos na educação para turma do Fundamental I



Fonte : Acervo pessoal da Autora

Figura 15: Palestra dos ACE em conjunto com a equipe da ESF – Arbovirose, Bulling e cuidados pessoais.



Fonte: Acervo Pessoal da autora

O que questionamos é por que esses profissionais não são efetivamente incluídos oficialmente dentro da estratégia de promoção de saúde e educação nos ambientes escolares de forma periódica, Uma vez que os ACE já desempenham atividades que vão ao encontro com as orientações do PSE. Eles são convidados pela gestão de escolas para ministrarem palestras com os alunos do ensino fundamental sobre vários temas, inclusive as arboviroses, em atuação com os ACS eles fazem essas ações dentro de algumas unidades escolares da CAP 3.3.

4.2 Saúde Ambiental e Promoção da Saúde e o ACE

Observamos que o conceito de saúde em educação sofreu ao longo das décadas várias transformações e reconceituações necessárias para que sua integração (Saúde e Educação) ganhasse contornos e fluidez, de modo que as ações sejam contínuas para o enfrentamento da vulnerabilidade em determinadas regiões do país.

Nesta reconceituação, o olhar para a saúde da população ganhou contornos reflexivos na orientação da promoção da saúde local que supera a ideia pautada no conceito do processo de saúde-doença estritamente contido numa concepção biológica e valora a construção de uma perspectiva ampliada de se ter saúde ou doença de acordo com as condições de vida e ambiente dessas populações residentes nos territórios.

A importância da Educação Ambiental se explicita nas políticas ambientais e na Constituição Federal de 1988 na qual *“Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida”*³² (BRASIL, 1998) e nesse sentido as ações de saúde com o olhar para o ambiente e o território contribuem para a sadia qualidade de vida dos moradores.

Essa visão que favorece a construção da percepção de ambientes saudáveis e sua íntima relação de, como a saúde da população e sua qualidade de vida impulsionaram o modelo de atenção da saúde hoje implementado na cidade do Rio de Janeiro através das Clínicas da Família (CF), e por meio da territorialização e o reconhecimento das condições de vida do bairro para atuação das equipes de saúde.

Essas mudanças, segundo Monken (2008), são *“um ‘modelo de atenção’ que privilegia a qualidade de vida e o desenvolvimento global das comunidades com a participação dos cidadãos; e nas práticas em saúde. p.141”*. Deste modo, as ações de saúde precisam abranger o sujeito e seu espaço de convivência, seja na escola, no trabalho, ou na comunidade em que vive. Neste contexto o conceito de Educação Ambiental se dá na abordagem das realidades sociais e locais com toda sua complexidade das relações entre

³² CNE/CP 2/2012 – Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Ambiental

território, meio ambiente e sociedade. Este conceito também amplia o que teorizamos como território.

De acordo com Barcellos (2002) o território é o somatório de situações históricas, ambientais, sociais propícias à produção de doença, esse espaço, que delimitamos como território vai muito além de um perímetro onde atuam o poder do Estado e suas ações de políticas de saúde, é “o *locus onde se verifica a interação populações-serviços no nível local*” (GARCIA *et al*, 2010, p. 2).

Consonante a isso considera-se que a percepção de saúde perpassa tanto do profissional que atua na região de forma territorializada, o ACE, como também os moradores locais.

O termo territorialização (no desenvolvimento desse trabalho) na saúde possui algumas confluências com o olhar ambiental da saúde que tentamos demonstrar, por ser o indivíduo humano integrado ao seu modo de vida produtor e produto de qualidade em saúde ambiental, bem estar, equilíbrio ambiental e social para o funcionamento das práticas em saúde realizadas pelas equipes da Clínica da Família (CF) a estrutura de organização de suas ações de forma territorializada é uma estratégia para que as equipes consigam trabalhar as práticas de promoção da saúde de forma mais abrangente “*A territorialização consiste em um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde*” (MONKEN, 2005, p.898).

Como salienta Monken (2008),

a proposta é conceber uma territorialização ampla em que este processo seja o método de obtenção e de análise de informações sobre as condições de vida e saúde da população; um instrumento para se entender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas (econômicos, sociais, culturais, políticos, etc.) um caminho metodológico de aproximação e análise da realidade e a produção social da saúde (p.143)

Em alguns momentos trabalhar com esse conceito de território é visto pela gestão da saúde apenas como um conceito delimitador de espaço, segundo Monken (2005) uma visão meramente administrativa que não valoriza os potenciais existentes no território, “*negligenciando-se o potencial do real conceito de território para a identificação dos problemas de saúde e de propostas de intervenção para o meio ambiente do bairro” (p.898, grifo nosso)*

Muito além de ser meramente o espaço político-operativo do sistema de saúde, o território onde se verifica a interação população serviços, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com gestores das distintas unidades prestadoras de serviço de saúde. (MONKEN, 2005, p. 898)

Desta forma, este espaço apresenta características distintas, além de sua demarcação geométrica, sendo este o espaço onde se observa perfis epidemiológicos específicos que podem ser acompanhados pelas equipes de ACE, assim como seu perfil político, social, cultural e ambiental que define o comportamento e o modo de vida dessa população. Uma vez que se entende o território, as ações e projetos voltados às escolas podem ser construídos com mais eficácia, tendo como parâmetro a real necessidade da comunidade e seus problemas.

Hoje já se considera que a delimitação das áreas de atuação da ESF nas CF traz um ganho significativo no monitoramento e acompanhamento dos municípios. Essa transformação ocorre, no entanto, com o decreto 2.436 de 21 de setembro de 2017³³ que, com base na lei 8.080/1990, a qual já constituía sobre a promoção da saúde.

Este decreto contribuiu com reflexões interessantes dentro do campo da saúde e trouxe diversas mudanças dentre as quais: o estabelecimento de diretrizes para a organização de componente da Atenção básica, na Rede de Atenção a Saúde (RAS), a operacionalização da Atenção Básica na qual apresenta como princípios no artigo 3º inciso primeiro a “*Universalidade, Equidade e Integralidade*” e no Segundo “*Regionalização e Hierarquização, Territorialização*³⁴, *Coordenação do Cuidado, Participação da comunidade etc*” da qual destacamos a Territorialização e a Participação da Comunidade.

Este decreto institui à atenção básica a delimitação em territórios nos quais esta atua, como se verifica no artigo 3º deste documento.

³³ Este decreto “*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)*”.

³⁴ “*Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas*”.

O Território fala e tem vida própria, como destacava Milton Santos³⁵, portanto, a observação das histórias contadas e relatadas nos territórios corroboram para ações eficientes de promoção da saúde.

No capítulo 1 artigo sétimo deste mesmo decreto as responsabilidades comuns a todas as esferas são apresentadas da qual destacamos o inciso XI que trata como ser de responsabilidade também municipal *“planejar, apoiar, monitorar e avaliar as ações da Atenção Básica nos territórios;”* Portanto, cabe a gestão municipal a criação de estratégias que sejam voltadas para a saúde e qualidade de vida de seus munícipes, estratégias estas que também promova Educação em saúde dentro das diversas comunidades abrangentes ao município, o inciso XVI ressalta que aos municípios é responsabilidade *“garantir espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde, para a formação em serviço e para a educação permanente e continuada nas Unidades Básicas de Saúde”*.

O que corrobora com o que diz a Lei 9.394/96 (LDB) na qual prevê que nessa formação básica para a cidadania seja assegurada a compreensão do ambiente natural, social, assim como os condicionantes que constituem o território, pois a educação se expande para além dos muros das instituições escolares, na troca que consiste em formar para cidadania através da contextualização dos saberes adquiridos. Da mesma maneira a Lei 9.794/99 que instituiu a PNEA, como componente da educação nacional, devendo está presente, de forma articulada nos processos educativos.³⁶ A formação continuada do ACE com seu viés transformador, ambiental e cidadão minorra as dicotomias existentes entre a saúde e a educação e faz com que educação em saúde caminhem na trilha da construção da cidadania e da emancipação do ser humano planetário.

Assim, desenvolver ações efetivas de promoção da saúde nas escolas vem a ser um objetivo com a finalidade de minorar os efeitos nocivos à saúde da população escolar bem como se constitui em um processo contíguo de Educação Ambiental.

A dimensão ambiental abrangente na qual os ACE trabalham configura-se em uma oportunidade de superação do enfoque sanitaria tradicional da educação em saúde, restritas a

³⁵ Milton Santos – Geógrafo, escritor, cientista, pesquisador, personalidade considerada um dos maiores intelectuais do Brasil do século XX (1926-2001)

³⁶ A Lei 9.794/99 regulamentada pelo decreto Nº 4.281/02 que dispõe especificamente sobre a Educação Ambiental e institui a Política Nacional de Educação Ambiental, como componente essencial e permanente da educação nacional, devendo esta presente, de forma articulada, em todos os níveis e modalidades do processo educativo.

prática antiga de visitação aos imóveis apenas para identificação de criadouros de vetores ou colocação de larvicida. Pois, contemporaneamente à evolução das estratégias de promoção e saúde requer atividades de educação ambiental e de educação em saúde, tanto nos espaços escolares, como fora deles de forma estruturada e planejada, uma vez que as peculiaridades culturais e ambientais de cada território exigem ações específicas e de acordo com a real necessidade da comunidade.

Não se deve ignorar as particularidades e as especificidades ambientais do território e nem ignorar a formação do ACE. Schall *et al* (1992) já nos chamava atenção que é o conhecimento técnico conjuntamente com o conhecimento popular que gera um outro saber, o saber especificamente educacional. Logo, as estratégias de saúde em educação desenvolvidas na atenção primária devem observar as características do território e sócio ambiental e

deve contextualizar a saúde local, destacando os cuidados com a prevenção de doenças e gestão dos fatores ambientais deletérios à saúde, tornando-se uma estratégia para a Atenção Primária. (PEREIRA *et al*,2012, p.108)

A atuação prévia por meio de ações de saúde e educação produzem significativos ganhos para o usuário e para o SUS, que tem na promoção da saúde um forte aliado contra as superlotações das unidades secundárias de saúde pública.

O olhar para o ambiente como estratégia de saúde é importante no caminho dos profissionais ACE,

Partindo do princípio de que o meio ambiente, em seus fatores físicos, químicos e biológicos, é fator determinante das condições de saúde, é de suma importância que estes sejam abordados pela Atenção Primária, na perspectiva do alcance da Saúde Ambiental. (PEREIRA *et al*,2012, p.108)

No entanto, expandir o conceito para o de educação ambiental no qual os fatores sociais se inserem torna o processo observativo de seu trabalho mais completo e humanizado.

4.3 Um olhar para o processo de trabalho do ACE

Na atuação como ACE dentro município do Rio de Janeiro sempre foi angustiante o fato da categoria profissional não entender seu papel dentro da estrutura da saúde. Ao pesquisar sobre as atribuições da categoria e sua real atividade dentro da saúde é possível perceber como este profissional vem ao longo das gestões municipais do Rio de Janeiro sendo pouco potencializado.

Ao realizarmos um levantamento em periódicos dentro do Repositório Institucional da Fiocruz a respeito dos estudos sobre a categoria, foram percebidas poucas publicações o que caracterizamos como uma invisibilidade deste trabalhador, como alguns outros pesquisadores já haviam identificado e pontuado.

Os ACE por vezes são inseridos nas análises de outra categoria, a dos Agentes Comunitários de Saúde, o que demonstra o pouco movimento de investigação e pesquisa para esta categoria. Na pesquisa foram encontradas 39.172 publicações disponíveis para consulta, dentro da ARCA, porém com o descritor “Agente Combate às Endemias” observamos, no período de 2010 a 2021, apenas 22 publicações, dentre estas 9 utilizam nomenclaturas tais como Guarda de endemias ou técnico em vigilância em saúde e apenas 3 insere esse profissional dentro de uma perspectiva pedagógica / educativa no desenvolvimento da sua atribuição profissional. Porém nenhuma contextualiza o Programa Saúde na Escola e esse profissional.

Ao observarmos as atribuições profissionais desse trabalhador e as que são regidas no PSE percebemos que há uma relação entre ambas em sua atribuição profissional, como mencionamos acima, já temos uma equipe de ACE que trabalha com ações educativas de saúde no PSE, porém não são citados como ACE e os trabalhos que desenvolvem são invisibilizados e não há registro oficial nos canais eletrônicos da prefeitura do Rio tais como site, blog e outros.

Essa atuação invisível e a pouca pesquisa a respeito desse profissional ACE já justificaria um olhar diferente para se pesquisar esse trabalhador e como é possível melhorar suas atribuições potencializando suas atividades dentro da ESF, nas clínicas da família, por exemplo. Audaciosamente tentamos entender como pode ser inserida e potencializada essa categoria sob a perspectiva educativa do PSE, mas de forma oficial. Acreditamos ser necessário um novo olhar para a execução das funções exercida no dia a dia desses

profissionais, percebendo que eles são capazes de oferecer bem mais e contribuir com eficiência para um processo de qualidade em saúde dentro dos territórios.

É importante que para isso haja um esclarecimento e um posicionamento dessa categoria dentro da saúde de modo geral, que ele se veja e seja visto como integrante para uma estratégia eficaz de saúde.

4.4- O que diz a Lei 13.595/16 e as ações de educação do ACE

A Lei 13.595/16 que alterou a Lei 13.350/06 dispõe sobre a reformulação das atribuições dos ACE. A eles conferem-se a realização de atividades por meio da Educação popular em saúde³⁷, atividades estas que se destacam na lei:

- I - na orientação da comunidade quanto à adoção de medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores, de medidas de proteção individual e coletiva e de outras ações de promoção de saúde, para a prevenção de doenças infecciosas, zoonoses, doenças de transmissão vetorial e agravos causados por animais peçonhentos;
- II - no planejamento, na programação e no desenvolvimento de atividades de vigilância em saúde, de forma articulada com as equipes de saúde da família;
- IV - na identificação e no encaminhamento, para a unidade de saúde de referência, de situações que, relacionadas a fatores ambientais, interfiram no curso de doenças ou tenham importância epidemiológica;
- V - na realização de campanhas ou de mutirões para o combate à transmissão de doenças infecciosas e a outros agravos.

Para isso, a Lei no artigo 5º prevê uma qualificação/formação em educação continuada a profissional: “§ 2º O Agente de Combate às Endemias deverão frequentar cursos bienais de educação continuada e de aperfeiçoamento” (BRASIL, 2018).

Ademais, torna-se indicada uma formação técnica para esse profissional “§ 3º Cursos técnicos de Agente de Combate às Endemias poderão ser ministrados nas modalidades presencial e semipresencial e seguirão as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação.” (BRASIL, 2018).

Observamos as atribuições dos ACE e o que os do município do Rio de Janeiro e, por exemplo, da CAP. 3.3 já realizam, percebemos que dentro do que viemos defendendo, de uma

³⁷ Lei 13.595 entende como Educação Popular em saúde “as práticas político-pedagógicas que decorrem das ações voltadas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, estimulando o autocuidado, a prevenção de doenças e a promoção da saúde individual e coletiva a partir do diálogo sobre a diversidade de saberes culturais, sociais e científicos e a valorização dos saberes populares, com vistas à ampliação da participação popular no SUS e ao fortalecimento do vínculo entre os trabalhadores da saúde e os usuários do SUS”.

Educação Ambiental em Saúde, que eles já possuem e tem plena capacidade de desempenhar, haja vista que o município já conta em seus quadros de vários ACE com curso Técnico em Vigilância em Saúde o CTVISAU. Analisemos a tabela abaixo o que a lei que regulamenta sua profissão orienta que o ACE possua, e o que está dentro da Política Nacional de Educação Ambiental.

Tabela 2. O que o ACE faz em acordo com as Leis

Lei 13.595/18	Lei 9.795/99	O ACE
<p>Para o exercício da profissão o ACE deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar um curso inicial de 40 horas; ✓ Realizar cursos bianuais; ✓ Realizar formação técnica; ✓ Possui ensino médio completo. ✓ Desenvolver atividades de vigilância em saúde articulada com a ESF. ✓ Realização de Campanhas e mutirões 	<p>Dentro dos princípios básicos da PNEA o ACE se enquadra em sua atividade pois:</p> <p>Seu trabalho possui o enfoque humanista, holístico, democrático e participativo;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Seu olhar para o ambiente é sob a concepção do meio ambiente em sua totalidade, considerando a interdependência entre o meio natural, o socioeconômico e o cultural, sob o enfoque da sustentabilidade; ✓ O ACE trabalha dentro da perspectiva da ética, da educação, do trabalho e as práticas sociais; ✓ Sua abordagem no trabalho deve ser a abordagem articulada das questões ambientais locais, regionais, nacionais e globais; ✓ Em seu processo de trabalho a abordagem esta articulada as questões 	<p>Em suas atribuições ele alcança os objetivos da Educação Popular de informar e construir um conhecimento que ajuda nas demandas do SUS pelo fato de levar até o usuário as informações preventivas e de promoção à saúde. Este profissional também alcança os objetivos da Política Nacional de Educação Ambiental ao trabalhar de forma territorializada, percebendo o ambiente em sua totalidade e desenvolvendo uma compreensão integrada do meio ambiente, em suas múltiplas e complexas relações envolvendo aspectos ecológicos, psicológicos, legais, políticos, sociais, econômicos, científicos, culturais e éticos; Nesse processo ele também cumpre o objetivo de estimular e fortalecer a consciência crítica sobre a problemática ambiental e social; Além do desenvolvimento das atividades nas escolas incentiva a participação individual e coletiva nos temas relacionados à saúde.</p>

	ambientais locais, regionais, nacionais e globais;	
--	--	--

Como já mencionamos, nem sempre o que recomenda a lei que regulamenta a profissão do ACE é o que ocorre na prática. No entanto, percebemos que no município do Rio já existem ACE formados como Técnicos pela EPSJV, o que os qualifica para exercerem as atividades de campo com melhor amplitude com relação aos caminhos da saúde ambiental. Salientamos que por ser uma pesquisa qualitativa e com a construção de uma observação participante, a construção das atividades desenvolvidas em campo pelo ACE tem um caráter pessoal e se debruça no que a atribuição em legislação dessa categoria rege.

4.5 - As atribuições do ACE e suas relações com o PSE

De acordo com a Lei 11.350 de 05 de outubro 2006 e da redação da lei 13.708 de 2018 é essencial e obrigatória a presença dos ACE dentro da Estrutura das unidades de saúde inseridos dentro da Estratégia de Saúde da Família e na Vigilância Epidemiológica e Ambiental. Apesar de ser essencial, esse profissional ainda busca encontrar dentro da saúde seu lugar de destaque na luta pela melhoria da qualidade de vida dos moradores do território. Perceber essa categoria de profissionais como potenciais e fundamentais dentro da estratégia de saúde da atenção primária é um embate que levará ainda muitos anos, uma vez que para gestão municipal o entendimento de que o ACE é um profissional da saúde investindo na qualificação desses profissionais para que eles se apropriem da responsabilidade que o cargo lhes confere é nesse momento uma das nossas utopias.

Apresentamos um quadro para melhor visualizarmos que as atribuições desse profissional podem ser correlacionadas com as ações de educação popular desenvolvida tanto no território quanto nas ações educativas dentro das escolas por meio do que nos orienta o PSE-Nacional. Suas ações no campo e suas atribuições, conforme a lei que rege a categoria demonstram essa possibilidade de atuação. o olhar sobre o território e as condições de vida da população faz com que esse profissional tenha uma atuação ampla sobre a população que permite contribuir em ações indicadas no PSE.

Tabela 3: AS Ações do PSE e a Lei 11.350 e 13.595 de 2019 que regula a atuação do ACE PSE , ACE e a Lei que rege a categoria

Ações do PSE – Nacional	Atribuição desse profissional mediante a Lei 11.350 Art.3 incluído na lei 13.595 de 2018	Ações dos ACE
Saúde Ambiental	<p>I. desenvolvimento de ações educativas e de mobilização da comunidade relativas à prevenção e ao controle de doenças e agravos à saúde;</p> <p>IV. divulgação de informações para a comunidade sobre sinais, sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e sobre medidas de prevenção individuais e coletivas;</p>	<p>Consiste na observação do território, tratamento de logradouros onde haja a possibilidade de proliferação de vetores. Identificação de locais com insalubridade, identificação de mananciais, poços artesianos, cisternas ou locais que existam perigos de uma contaminação hídrica. Do solo ou do ar. Identificação de poluição sonora e do ar, mapeamento de indústrias, fabricas, postos de</p>

	<p>V. realização de ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica e coleta de reservatórios de doenças;</p> <p>VII. execução de ações de prevenção e controle de doenças, com a utilização de medidas de controle químico e biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;</p> <p>IX. registro das informações referentes às atividades executadas, de acordo com as normas do SUS;</p> <p>X. identificação e cadastramento de situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada principalmente aos fatores ambientais;</p>	<p>gasolina e outros ambientes que possam haver descarte de poluentes por aerossóis, fuligens, fumaças tóxicas e outros. A instalação de novos Postos de gasolinas próximos a territórios que possuam cisternas, poços e nascente de água. E assim identificar possíveis aumentos de doenças alérgicas e do trato respiratório que possam vir impactar a demanda de sua unidade de saúde.</p>
<p>Alimentação Saudável e Prevenção da obesidade</p>	<p>I - desenvolvimento de ações educativas e de mobilização da comunidade relativas à prevenção e ao controle de doenças e agravos à saúde;</p> <p>II - realização de ações de prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, em interação com o Agente Comunitário de Saúde e a equipe de atenção básica;</p>	<p>Em ações em escolas junto com a ESF, tanto dos ACE, quanto os ACS fazem palestras expositivas em atividades programáticas, enquanto os ACS realizam pesagem de alunos que estão inscritos no “Bolsa Família”, os ACE desenvolvem atividades lúdicas ensinando os alunos que os alimentos saudáveis podem prevenir algumas doenças e ajudar no equilíbrio do seu corpo</p>
<p>Promoção da Cultura e da paz e direitos humanos</p>	<p>I - desenvolvimento de ações educativas e de mobilização da comunidade relativas à prevenção e ao controle de doenças e agravos à saúde;</p> <p>II - realização de ações de prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, em interação com o Agente Comunitário de Saúde e a equipe de atenção básica;</p>	<p>Levar mensagens educativas à população de como manter o ambiente limpo, a fim de não causar danos ao próximo, promovendo um ambiente harmonioso entre a vizinhança. Ao identificar, por exemplo, acumuladores no território, o ACE busca ajuda conjunta com a ESF para encaminhamento desse usuário à assistência especializada. É também atribuição desse servidor divulgar que existem transtornos mentais que levam pessoas a acumularem compulsivamente objetos, lixos e que é uma doença classificada como “Síndrome de Diógenes” e que deve haver um</p>

		acompanhamento terapêutico para diminuição da compulsão.
<p>Prevenção de Doenças Negligenciadas</p>	<p>II. desenvolvimento de ações educativas e de mobilização da comunidade relativas à prevenção e ao controle de doenças e agravos à saúde;</p> <p>IV. divulgação de informações para a comunidade sobre sinais, sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e sobre medidas de prevenção individuais e coletivas;</p> <p>V. realização de ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica e coleta de reservatórios de doenças;</p> <p>VII. execução de ações de prevenção e controle de doenças, com a utilização de medidas de controle químico e biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;</p> <p>IX. registro das informações referentes às atividades executadas, de acordo com as normas do SUS;</p> <p>X. identificação e cadastramento de situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada principalmente aos fatores ambientais;</p>	<p>Consiste na observação do território, tratamento de logradouros onde haja a possibilidade de proliferação de vetores. Identificação de locais com insalubridade, identificação de mananciais, poços artesanais, cisternas ou locais que existam perigos de uma contaminação hídrica e do solo ou do ar. Identificação de poluição sonora e do ar, mapeamento de indústrias, fabricas, postos de gasolina e outros ambientes que possam haver descarte de poluentes por aerossóis, fuligens, fumaças tóxicas e outros e assim identificar possíveis aumentos de doenças alérgicas e do trato respiratório que possam vir impactar a demanda de sua unidade de saúde</p>
<p>Verificação da situação Vacinal</p>	<p>II - realização de ações de prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, em interação com o Agente Comunitário de Saúde e a equipe de atenção básica;</p> <p>IV - divulgação de informações para a comunidade sobre sinais, sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e sobre medidas de prevenção individuais e coletivas;</p> <p>VII - execução de ações de prevenção e controle de doenças, com a utilização de medidas de controle químico e biológico,</p>	<p>Os ACE durante o período de pandemia de Covid-19, como também nas vacinações previstas no Plano Nacional de Imunização, foram deslocados para o auxiliarem na vacinação, a fim de agilizar e tornar eficaz o processo de vacinação da população e com isso evitar agravos aos usuários do SUS.</p>

	IX - registro das informações referentes às atividades executadas, de acordo com as normas do SUS;	
Saúde auditiva e ocular	VIII - execução de ações de campo em projetos que visem a avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças;	O ACE em sua rotina de inspeção e visita, observa fatores que podem causar danos aos usuários e elevar demandas ao SUS, tais como: o aumento da poluição sonora e visual na comunidade, com instalações, por exemplo, de grandes indústrias. Esses fatores podem aumentar a irritabilidade da população, o estresse e aumentar a procura por profissionais da saúde mental. O ACE com essas informações sobre os problemas do território, podem direcionar de forma mais eficaz ao tratamento aos usuários.
Promoção da Cultura de Paz e direitos humanos	VIII. execução de ações de campo em projetos que visem a avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças; XI. mobilização da comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores.	Ao receber reclamações de moradores sobre possíveis criadouros, identificar a casa, fazer a fiscalização e eliminar focos. Passar ao morador a mensagem educativa de promoção da saúde sem, no entanto, divulgar a identidade do denunciante. Tentar orientar os moradores de modo que todos contribuam para a manutenção da saúde do território. Orientar com relação ao descarte de lixo em locais próprios de coleta, entre outras ações que requerem mediação do poder público para o enfrentamento dos problemas de saúde.
Prevenção à Covid-19	III. identificação de casos suspeitos de doenças e agravos à saúde e encaminhamento, quando indicado, para a unidade de saúde de referência, assim como comunicação do fato à autoridade sanitária responsável; VI. cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção e controle de doenças;	Durante o processo de visitação dos imóveis, orientar os moradores sobre medidas sanitárias, como formas de higienização das mãos e objetos, orientar sobre como se proteger fazendo uso de máscaras de forma correta, orientar com relação a etapa de vacinação dia e faixa etária, orientar com relação a possíveis sintomas característicos da doença. Ajuda na organização da fila para imunização.

4.5.1 Destacando as ações do ACE identificadas no PSE

Na Saúde Ambiental – O PSE Nacional relaciona a saúde ambiental com as ações de combate às arboviroses. Nas escolas são realizadas a semana das arboviroses, normalmente na Cap 3.3 onde atuo, no bairro da Pavuna, programa ações em conjunto com a Clínica da Família convidando os ACE para exporem sobre o que é uma arbovirose, suas transmissões e contágio e como são feitas as prevenções. São realizadas ações de mobilização no bairro e nas unidades escolares. As crianças são agentes multiplicadoras de informação, elas compartilham conosco suas percepções e seu olhar sobre sua casa e seu bairro apontando também as vulnerabilidades. Elas falam que as caixas d'água de seus vizinhos estão sem tampa, dos pneus que vêm próximos a sua casa e escola e que possuem água parada, e nós ACE as ensinamos procedimentos para que seja evitada a proliferação de mosquitos e outras pragas em seus lares. A interação com o público infantil é sempre de forma lúdica.

Ainda segundo a Lei 13.595/18, os ACE podem, desenvolver mobilizações sociais em seu território de atuação, principalmente porque este profissional, através de sua atuação laboral dispõe de informações dos pontos críticos e de vulnerabilidade de seu território podendo este de acordo com a lei:

- Orientar a comunidade quanto a adoção de medidas simples de manejo ambiental de controle de vetores, para sua proteção individual e coletiva, orientá-los quanto a promoção da saúde e prevenção de doenças infecciosas, doenças de transmissão vetorial, pode orientar quanto aos cuidados com os animais domésticos e a eliminação de animais peçonhentos
- Visitação junto com outros profissionais da saúde, médicos, enfermeiros, Agentes comunitários de saúde.
- Identificar situações de risco, tais como doenças de importância epidemiológica e encaminhá-las para a unidade de saúde de referência.
- Participação de ações pontuais e periódicas de prevenção de doenças e outros agravos.

Alimentação Saudável e prevenção da obesidade – Nas ações em conjunto com os ACS nas escolas, são desenvolvidas atividades educativas de caráter lúdico com o objetivo de mostrar aos alunos a importância de uma alimentação saudável e regrada. Em oficinas de teatro, os ACE constroem com os alunos uma educação alimentar potencializando os

alimentos saudáveis e estimulando sua introdução na dieta alimentar desses alunos. Conforme a tabela 2. Pode-se observar que faz parte da atribuição desse profissional orientar a população de modo geral a buscar auxílio médico.

Prevenção de doenças negligenciadas: Os alunos são potenciais multiplicadores de informação, quando os ACE trabalham a educação em saúde de forma lúdica com esses alunos em ações programadas, os estudantes percebem a importância em se procurar atendimento médico ainda no início de um quadro gripal, ou até mesmo para que seja descartado qualquer diagnóstico negativo no caso de aparecimento de úlceras pelo corpo, caroços, e processos alérgicos que podem se agravar caso não recebam o tratamento adequado.

Prevenção à Covid-19 - Diante desse cenário atípico de pandemia, no que diz respeito à saúde, os ACE continuam na linha de frente combatendo as endemias e levando às casas dos munícipes uma nova mensagem educativa, esta agora com contornos diferentes que inclui a conscientização da importância de adoções de medidas sanitárias como uso de máscaras, higienização das mãos, a importância de se procurar as unidades de saúde em sintomas iniciais da doença e a importância do combate à automedicação. Sem, no entanto descuidar das endemias já persistentes e existentes no município do Rio, tais como dengue, chikungunha e zika entre outras.

Sem dúvida, apesar de pouca visibilidade, em pesquisas relacionadas aos trabalhadores da saúde, estes profissionais têm auxiliado as UBS com seu apoio no enfrentamento da Covid-19 e também no apoio à imunização da população. Esse profissional com sua potencialidade em contribuir para educação em saúde apoia às unidades de saúde do Município do Rio de Janeiro, conforme o exemplo na CAP 3.3 e demonstrado nas figuras 9 e 10 abaixo.

Figura 16: ACE em atuação no território.



Fonte: Vigilância de Saúde Ambiental – Facebook

Figura 17: ACE Auxiliando no trabalho de imunização



Fonte: Vigilância de Saúde Ambiente – Facebook

Em suas visitas domiciliares dentro do território, que não foram suspensas nem mesmo no período mais agudo da pandemia, faz-se necessária ainda uma maior vigilância e informação, pois alguns sintomas podem confundir o diagnóstico médico e superlotar ainda mais o SUS. Mesmo sem um treinamento adequado e com poucos recursos e equipamentos de proteção individuais, esses profissionais percorriam os territórios levando informação obtida em meios científicos como o site da Fiocruz, e procuravam orientar a população.

Por isso, esses profissionais além de levar as informações sobre as epidemias comuns (zika, dengue e chikungunha), eles também prestavam informações sobre a Covid-19, sua forma contágio, alertando sobre as formas de proteção e isolamento. Isso permitia que a população não precisasse ir as unidades de saúde sem uma real necessidade..

Alguns desses profissionais ACE foram deslocados para contribuir nas organizações das filas de imunização, seja nas clínicas ou em locais adaptados como os “Drives Thru”,

demonstrando mais uma vez a importância dos ACE como profissionais da saúde na luta pela saúde e na construção de uma educação em saúde junto aos moradores locais.

No que se refere a atuação dos ACE já destacamos como sua contribuição foi importante para identificação de possíveis casos. Através das visitas domiciliares desses profissionais a população foi informada a respeito de métodos de proteção e prevenção, é um profissional que não deixou de visitar os munícipes, nem mesmo no auge da pandemia. Sua rotina foi alterada e os cuidados foram redobrados. Como a pandemia provocou o fechamento das escolas, estes profissionais não puderam nesse momento realizar ações em conjunto com a gestão educacional, embora a equipe do grupo de ACE do Saúde Carioca tenha realizado vídeos educativos que foram disponibilizados na Multirio para que as escolas possam utilizar caso queiram. Mas ao visitar os imóveis, levavam explicações sobre a doença, alertando sempre a população quanto aos cuidados de higiene que precisa ser mantido, e também sobre os perigos da automedicação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando nos propusemos a realizar um curso de Mestrado de Educação Profissional em Saúde sempre cogitamos desenvolver uma pesquisa na qual o ACE fosse nosso foco de estudo principal. A intenção era perceber e expor que esse profissional poderia integrar as frentes de promoção da saúde dentro dos ambientes escolares e nos territórios de modo integrado as ações do PSE, e para isso passamos a estudá-la, tanto no âmbito Nacional como a do município do Rio de Janeiro.

Acreditamos que nosso objetivo foi alcançado, pois nos propusemos a estudar o potencial das ações do ACE em escolas, indicar seu papel nas ações educativas de saúde e para isso fomos no decorrer da pesquisa identificando e pontuando sua atuação. Nesse estudo tivemos dois aspectos a destacar que dificultaram a pesquisa: primeiro, porque não encontramos materiais suficientes os quais relacionassem o ACE ao PSE como agente promotor de Educação em Saúde. Segundo por que a pandemia nos impediu de acompanhar as rotinas do ACE no PSE dentro das instituições escolares.

Pensávamos haver mais estudos sobre essa categoria, artigos científicos e outros periódicos que correlacionassem as ações educativas de saúde do profissional ACE, no entanto, encontramos poucos estudos acadêmicos sobre as ações de saúde do ACE no território. De fato essa invisibilidade nos chamou muita atenção, e aumentou nosso desejo de demonstrar algumas potencialidades desse profissional.

Para isso, construímos nossas categorias de análise com base nos pressupostos da Educação em Saúde, da Promoção da Saúde em Escolas e na Educação Ambiental para encontrar as potencialidades de efetivação das ações do ACE em escolas. Analisamos o Programa Saúde na Escola resgatando seu nascituro e sua constituição relacionando com as atividades do ACE. Expusemos as ações orientadoras do PSE, as finalidades do programa e as bases legais às quais o PSE foi elaborado. O PSE-Carioca é um programa adaptado à realidade do município do Rio de Janeiro e foi apresentado, e demonstradas as suas peculiaridades em relação ao PSE-Nacional, visto que foi adaptado à realidade municipal.

Conseguimos demonstrar dentro do PSE os três olhares distintos do profissional ACE, que se integram no território como o, ambiental, endêmico e o social relacionados as suas atribuições com o PSE.

Em seguida analisamos o ACE como produtor de Educação em saúde, com atividades desenvolvidas em escolas, suas atribuições e seu processo de trabalho se relacionando com o PSE.

Percebemos em nossa pesquisa que inicialmente para identificar o ACE como foco de estudo e promotor de saúde era preciso entender duas coisas principais: como surgiu esse profissional e as modificações no decorrer da história; e o contexto histórico do campo da Educação em Saúde. Tentamos demonstrar que em cada período da história havia um profissional que atuava no combate às endemias, com perfis distintos, mas com características próximas e posturas de promotor de saúde através de informes educativos, mensagens transmitidas à população.

Ao contextualizar os dois entendimentos, avançamos para responder aos questionamentos que fizemos no início do trabalho. Procuramos demonstrar no decorrer da pesquisa as potencialidades do ACE, apontando as contribuições desse profissional para elevar a qualidade de vida da população. A essencialidade dentro da estrutura do SUS foi demonstrada pelo contexto histórico de atuação desse profissional, no entanto, não há registros acadêmicos que respondam o quê justifica a sua invisibilidade e as poucas pesquisas sobre esse trabalhador.

Dentro desse contexto a intenção era fazer o estudo a partir de algumas categorias de análise identificadas em nosso referencial teórico como:

- I. O território, que inclui a escola como um ator central para fazer educação em saúde e promover saúde;
- II. O entendimento do ACE sobre a relação entre meio ambiente e saúde na produção de risco e vulnerabilidades em saúde;
- III. A capacidade de diálogo com a população de entender a sua linguagem e de se comunicar de forma adequada e realizar a ação educativa.

- IV. A capacitação como meio de ampliação da potencialidade do ACE e seu olhar ambiental, endêmico e social.

E ainda evidenciar : I. O ACE e II. O ACE dentro das ações do PSE III. As atividades de Educação em Saúde desenvolvidas pelos ACE, por isso, pesquisamos suas atribuições e as relacionamos com os princípios do PSE utilizando as Leis para nos auxiliarem nessa análise.

Em princípio desejávamos acompanhar os projetos de Educação em Saúde na Escola Municipal Manuel de Abreu, localizada no bairro da Pavuna onde atuo como ACE, mas veio a Pandemia e tivemos grandes dificuldades, pois as aulas foram suspensas, as bibliotecas foram fechadas e as pessoas responsáveis pelo PSE-Carioca ficaram impossibilitadas de nos atender pessoalmente e também de forma *on-line*. Na CAP 3.3 houve óbitos de colegas, muitos adoeceram de forma grave, enfim, tivemos a partir daí que rever toda a estrutura do projeto que inicialmente já havíamos iniciado.

A pandemia trouxe grandes dificuldades e aprendizado, uma carga exaustiva de trabalho, medo e muitas perdas de vida, de amigos, de companheiros de trabalho, mas, a certeza que tínhamos era que, como profissionais da saúde, precisamos continuar na luta e no enfrentamento.

Pouco a pouco fomos tecendo a pesquisa e identificando o quanto é importante dar visibilidade ao ACE, entendendo que esse é só um trabalho inicial para que esse profissional seja protagonista de uma pesquisa científica, já que, como foi relatado ao longo dessas linhas, os processos de atuação dessa categoria e o quanto o trabalho do ACE é distorcido e ainda confundido com o do Agente Comunitário de Saúde.

Cada categoria profissional tem sua importância e o que ressaltamos é que o trabalho do ACE não consiste apenas nas visitas domiciliares, mas na verdade é um profissional muito maior dentro da estrutura do SUS, principalmente quando integrado a APS. É necessário mudar como a gestão das clínicas veem esses profissionais, uma vez que eles são também geradores de dados importantes que servem para compor as estratégias de saúde dos territórios.

Contudo, percebemos que o ACE não entende seu valor para a construção de uma educação em saúde, nem dentro das unidades de saúde e nem nas escolas. Alguns autores que

apresentamos, nos deixa claro que a identidade profissional dessa categoria ainda não está bem definida nas esferas do SUS, e alguns ainda ressaltam que há ACE que nem sabem ao certo suas atribuições, ou que não possuem uma formação para o cargo e função que desempenham.

Isso possibilita seu desvio de função, a fragilidade da categoria profissional e seu maior aproveitamento enquanto trabalhadores que atuam na Educação em Saúde dentro dos territórios. Também nos alerta para o quanto nossos profissionais da saúde, sejam ACE, enfermeiros, técnicos etc necessitam de formação constantes que os norteiem e despertem seu olhar para seu território de atuação. A qualificação profissional é também uma valorização desse trabalhador, por isso, destacamos o quanto ela pode transformar o trabalho de campo e auxiliar esses trabalhadores a exercerem sua função com um olhar ampliado para o ambiente, para as demandas da população assistida e para a importância de sua atuação como Agente de Vigilância em Saúde dentro do Município do Rio de Janeiro.

Aos executores de visitas domiciliares como o ACE, permeiam uma íntima relação com o ambiente que visitam. Essa relação torna o investimento em Educação em Saúde, com o foco no ambiente e em seu sentido sócio ambiental importante na constituição do seu trabalho. A observação dos fatores de risco epidemiológico dentro do território, a observação dos fatores físicos, químicos e biológicos, assim como os sociais e os ambientais são determinantes para saúde. Eles conferem a esse profissional relevância em sua atividade, no que se aponta para o alcance da Saúde Ambiental, um dos princípios da gestão brasileira de saúde que contribuíram para a proposta do PNEA.

Como já dito nessa pesquisa, o território fala e cada um deles têm um dizer diferente. Quando o profissional vê além da doença do usuário, ele trata não somente a patologia, mas sua causa seja com ações dentro do bairro ou nas instituições escolares do seu entorno levando a educação em saúde para dentro do território, para a casa dos munícipes.

A educação é um ato de democracia, assim como a saúde, e ao fazer ações de educação em saúde gera-se a emancipação do indivíduo, da cidadania e constrói-se novos rumos de saúde ambiental, uma saúde para além do conceito higienista, uma saúde pública libertária, na qual a consciência do usuário promove mudança nas estruturas políticas e governamentais.

Durante a abordagem dessa pesquisa buscamos a história da Educação em Saúde para entender melhor a atuação desses profissionais, apresentando uma educação em saúde com um olhar para o ambiente, que desperta a criticidade dos agentes e a reflexão da população. Resgatamos a história do ACE, como que ele surgiu e qual sua finalidade, o que nos ajuda a entender algumas posturas, ainda hoje com ações de forma militarizada em algumas regiões do país.

Descrevemos e defendemos a essencialidade desse trabalhador, como ele contribui(u) para o fortalecimento das ações de saúde, diminuição de índices de letalidade que envolveram as epidemias nacionais históricas. O ACE já leva aos lares dos moradores a informação e através do dialogo próprio da sua atuação territorial, eles tentam construir Educação em Saúde, eles ouvem as queixas dos moradores, e observam fatores de vulnerabilidades que podem ser tratados a partir da conscientização dos próprios moradores do território. Não é difícil entender que o papel do ACE não é apenas o de mata-mosquito, mas muito mais além, seus relatórios podem ser úteis para criação de estratégias de enfrentamento às doenças, pois eles mapeiam as áreas vulneráveis e pontos críticos, identificam o perfil da população e sua estrutura sanitária, locais que podem oferecer perigo à saúde do morador como, por exemplo, poços de combustíveis, indústrias, empresas, poços artesianos etc.

A todo momento nesse trabalho, procuramos ressaltar o ACE e demonstrar que ele já atua em muitas frentes da saúde, temos profissionais com formações diversas que podem contribuir para a construção de eficientes estratégias de saúde. Com o recorte focado no ACE e nas atividades do PSE, tentamos demonstrar que esse profissional já desenvolve atividades alinhadas as que são sugestionadas e atribuídas no PSE.

Em tempos de Covid-19, as informações trazidas por esses profissionais foram úteis para se mapear os locais com incidência de pessoas positivadas com o vírus, muitos indicavam os moradores para o teste rápido nas clínicas, e os médicos já de posse dessa informação, a de que esse morador estava circunscrito em uma possível área de incidência de circulação do vírus, já dava início ao protocolo com fármacos e orientações conduzindo esse morador a realizar o teste para detectar a Covid-19.

Na análise que fizemos a saúde e a educação andam juntamente com a promoção da saúde, a história já nos demonstrou que a saúde se faz a partir da construção de uma educação dentro dos territórios, não é novo, mas sempre eficiente lembrar que o diálogo, quando o

assunto a ser levado aos territórios é saúde se faz um diferencial para sucesso das ações educativas.

Apresentamos no decorrer da pesquisa que para o sucesso dessas ações é necessária a coexistência da gestão de saúde e da gestão de educação em sintonia. A parceria entre as instituições escolares e as UBS para construção de ações educativas dentro das escolas de abrangência das Clínicas da Família, quanto mais programada e organizada, mais eficientes serão as estratégias, pois as equipes de ACE, ACS, enfermeiros e outros poderão estudar as melhores abordagens de acordo com cada público que se deseja alcançar.

Muitas inquietações nos provocaram a pesquisar sobre o ACE no contexto da Educação em Saúde, e como possíveis profissionais que podem dentro das suas atribuições desenvolverem ações nos espaços escolares. Acreditamos no potencial desses profissionais e tentamos mostrar ao longo do trabalho essa potencialidade, uma vez que dentro dos territórios já são realizadas ações educativas de saúde todas as vezes que esses profissionais fazem suas visitas.

Para nós é possível que estes profissionais contribuam de forma efetiva e transformadora para o processo educativo em saúde em sua comunidade, principalmente porque com a territorialização desse profissional, os laços entre a comunidade e o ACE se tornaram mais estreito, os moradores já veem esse profissional como um ator a mais dentro do cenário das Clínicas da Família, inseridos na ESF, embora muitas vezes os confundam com o ACS, pela proximidade de suas atribuições.

Dentro da estrutura das UBS o ACE já atua como multiplicadores de informações tornando possível nas estratégias do Programa Saúde na Escola (PSE) uma atuação educativa nos ambientes escolares, faltando apenas assumir um protagonismo efetivo que contribuam para essas ações.

O PSE já conta com o profissional ACE, mas a sua notoriedade é negada pela gestão municipal. A equipe do “Saúde-Carioca” que desenvolve um trabalho junto com as secretarias de saúde e educação nos moldes do PSE nem mesmo é apoiada pela gestão municipal, o próprio ACE custeia seu figurino para suas atividades educativas, gravam seus vídeos em celulares e editam de forma artesanal seus materiais audiovisuais. Não encontramos sequer um artigo acadêmico falando desse trabalho realizado na prefeitura do município do Rio de Janeiro. É o momento de darmos notoriedade à esse profissional.

Durante o estudo identificamos poucas pesquisas que envolvessem esse profissional como protagonista e os relacionassem pedagogicamente com as ações de Educação em Saúde

dentro dos ambientes escolares no município do Rio de Janeiro, ou que os relacionassem ao PSE (Nacional e Carioca). Não encontramos em nossas buscas, materiais científicos que apresentassem esse profissional e o relacionasse ao PSE dialogando com sua prática e nem como seria possível potencializá-la, uma vez que essa categoria pudesse ser identificada como agente de promoção de educação em saúde no seu território. Isso nos leva a acreditar na importância desse trabalho para que outros possam se inspirar na pesquisa desse profissional da saúde, e assim lhes dê visibilidade.

Acreditamos ter alcançado o que nos propomos, estamos cientes que ainda há um longo caminho para que se mude o conceito que há a respeito do ACE na estrutura governamental, mas esse foi o início. É preciso que esse profissional seja melhor aproveitado dentro do SUS, que ele tenha valorização e entenda sua essencialidade para saúde dos municípios. Faz-se necessário sua efetiva interação à ESF, a fim de proporcionar dados que corroborem para ações dentro dos territórios, ações de saúde e ações educativas de saúde, para que o SUS se fortaleça na base de sua entrada.

REFERÊNCIA

AGROSINO, M.; Etnologia e observação participante. Org. FLICK, U.; Coleção Pesquisa participativa, RS.; Ed. Artmed, 2009.

ALVES GG, AERTS D.; As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciência Saúde Coletiva* 2011; 6(1):319-325.

ANTUNES, A. EPSJV conclui formação de agentes de vigilância em saúde no município do Rio de Janeiro. 2012. Disponível em: <www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=NoticiaInterna&Num=242>.

ARAUJO, A.C.S et AL. **Educação Ambiental com Elemento de Apoio da Sociedade Civil Organizada Em pro do Meio Ambiente**. PR . Ed Atena. 2019. Em: Educação Ambiental e Território.

BARCELLOS, C.; SABROZA,P.C.; PEITER, P.; ROJAS, L.I.; (2002) Organização espacial, saúde e qualidade de vida: Análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de Saúde. *Informe Epidemiológico SUS*, 11(3)p. 129-138.

BARCELLOS, C.; ROJAS, L.I; 2004 o território e a vigilância da saúde. ESPJV: Programa de formação de agentes locais de vigilância em Saúde – Proformar – Unidade de Aprendizagem Módulo I e III. Rio de Janeiro

BATISTELLA, Carlos E. C. Qualificação e identidade profissional dos trabalhadores técnicos da vigilância em saúde: entre ruínas, fronteiras e projetos. In: MOROSINI, Márcia V. G. et al. (org.). *Trabalhadores técnicos da saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013, p. 361-390.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70 Ltda, 1977.

BOMFIM, A. M.; PICCOLO, F. D. **Educação Ambiental Crítica: a questão ambiental entre os conceitos de cultura e trabalho**. Rio Grande, vol. 27, p. 184-195, jul.-dez. de 2011. *Revista Eletrônica do Mestrado em educação Ambiental PPGEA/FURG-RS*.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS; 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio e Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação popular em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 224p

___ Ministério da Saúde (MS). Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

____.Ministério da Saúde. Plano Nacional de Combate à Dengue. Brasília: Ministério da Saúde; 2002

____.Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: primeiro e segundo ciclos do ensino fundamental. Tema Transversal Saúde. Brasília: MEC/SEF, 1998.

____.Ministério da Saúde. Diretriz Geral SNCC/2015. Sistema de Coordenação e Controle para intensificar as ações de mobilização e combate ao mosquito. Brasília: Ministério da Saúde; 2015

____.Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Brasília: Casa Civil, 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6286.htm

____.Ministério da Saúde. Portaria n. 2.121, de 18 de Dezembro de 2015. Altera o Anexo I da Portaria no. 2.488 /GM/MS, de 21 de Outubro de 2011, para reforçar as ações voltadas ao controle e redução dos riscos em saúde pelas Equipes de Atenção Básica. Diário Oficial da União 2015; 21 dez

____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.108 p. : – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 13)

____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Levantamento Rápido de Índices para Aedes Aegypti (LIRAA) para vigilância entomológica do Aedes aegypti no Brasil: metodologia para avaliação dos índices de Breteau e Predial e tipo de recipientes/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84 p.

____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7) Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf

____.Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Educação Popular em Saúde. – Brasília: Diário Oficial da União. 2013b. Acesso em: 20/01/2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html

____.Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Ações de controle de Endemias: malária: manual para agentes comunitários de saúde e agentes de controle de endemias. Brasília; Ministério da Saúde, 2002.

____ Fundação Nacional de Saúde. 100 anos de saúde pública: a visão da FUNASA. Ministério da Saúde. Brasília: FUNASA, 2004, 232p. Disponível: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/livro_100-anos.pdf

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em Saúde no SUS: Fortalecendo a capacidade de resposta aos novos e velhos desafios. Brasília, 2006.

____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.007, de 4 de maio de 2010, disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1007_04_05_2010.html>.

____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1378, de 09 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

____.LDB. Lei 9394/96. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Disponível em < www.planalto.gov.br >.

____. Presidência da República. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro Portaria Nº2.436, de 21 de setembro de 2017.

____.Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 dez. 2007

____. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 - Institui o Programa Saúde na Escola (PSE), e dá outras providências Disponível: <http://portal.mec.gov.br/programasaude-da-escola/legislacao>

____. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 11.350/2006. 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, 2006. Disponível em: Acesso em: 10 NOV. 2020.

CAMPOS, R. S. S.; A prática educativa do agente de combate às endemias no cotidiano da vigilância em saúde da ilha de parintins no amazonas: desafios e possibilidades da educação popular em saúde, tese de doutorado, UFPB, JP. 2019

CARVALHO, R.B; CALIXTO, P.;PINHEIRO, M.M.K.; Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. In. Revista Informação & Sociedade; v. 24 p.13-18; JP 2014

CERQUEIRA M.T; A construção da rede Latino Americana de escolas promotoras de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

____. Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas. In: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina: un análisis sectorial. Ginebra: Editorial de La Universidad de Puerto Rico, 1997. p.7-48.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). Promoção da saúde. Conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 39-53

DARIDO, Suraya Cristina. (Org.). Educação Física e temas transversais na escola. Campinas: Papirus Editora, 2012.

DUBAR, Claude. A sociologia do trabalho frente à qualificação e à competência. Educação & Sociedade, Campinas, v. 19, n. 64, p. 87-103, abr. 1999.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (EPSJV). Curso Técnico de Vigilância em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2011a. (Mimeo.)

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (EPSJV). Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde. Plano de Curso. Termo de Referência para o Curso Técnico de Vigilância em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011b.

EVANGELISTA, J.G; FLISCH, T.M.P; VALENTE, P.A; PIMENTA, D. N.; Agentes de Combate às Endemias: Construção de Identidades Profissionais no Controle da Dengue. Ver. Trabalho Educação e Saude. MG. 2019

____. As Políticas de Educação Profissional em Saúde no Contexto da Dengue: a perspectiva dos agentes de combate às endemias. Belo Horizonte: 2017. 145 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2017.

FEIJÃO, A. R.; GALVÃO, M. T. G.; Ações de educação em saúde na atenção primária: Revelando Métodos, técnicas e Bases Teóricas. Revista Revrene, CE vol.8, n2 41-49, 2007.

FERNANDES, Valcler R. Agentes comunitários de saúde e agentes de endemias: elementos para a caracterização do trabalho e desafios para a valorização dos trabalhadores. 2015.

FIGUEIREDO, T. A. M et al ; A **promoção** da **saúde** no âmbito **escolar**: a iniciativa regional **escolas** promotoras de **saúde**. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. **Escola** promotora de **saúde**. Brasília: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2003

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro 18°. Ed. Paz e Terra, 1988.

____ D. et al.; Diagnóstico do grau de ambientalização curricular no ensino, pesquisa, extensão e gestão na Universidade Federal de São Carlos (Brasil). In: GELI, A. M.;

____ **Educação como Prática da Liberdade**, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1997.

GADAMER, Hans-Georg. *O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina*. Lisboa: Edições 70, 1997.

FLICK U. *Introdução à metodologia de pesquisa: Um guia para iniciantes*; Porto Alegre, Ed. Penso, 2013

____. *Introdução a Pesquisa qualitativa.*; Porto Alegre 3º Ed. Ed. Artmed. 2009

GADOTTI, M.; *A escola e o professor: Paulo Freire e a paixão de ensinar*, Publisher Brasil, 1º Ed; SP, 2007

GONDIM, G. M. M. (org.) *Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade*. v. 1 e 2. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017

GONDIM, G. M. M.; Monken, M.; *Pesquisa e extensão em geografia da saúde: entre a teoria e a prática*. Montes claros: org. marta priscilla. unimontes, 2017.

GONDIM, G. M. M.; Monken, M.; *Saúde, Educação, Cidadania e Participação: a experiência do proformar.*; rev. Trabalho educação e saúde p. 335 a 353.; EPSJV Rio 2003;

LIBÂNEO, J. C.; *Pedagogia e pedagogos: inquietações e buscas*. Educar. n. 17. ,p. 153-176. Editora da UFPR. Curitiba, 2001.

LOUREIRO, C. F. B. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11 n. 1, p. 53-71, jan./abr. 2013
54 Carlos Frederico B. Loureiro e Philippe Pomier Layrargues

____ **Educação Ambiental: dialogando com Paulo Freire**, Rio de Janeiro, Ed. Cortez. 2014.

LOWY, I. *Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. .

MARCONDES, R.S; *Educação Em Saúde na Escola*; Ver. Saúde pública. SP 1972 disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/1972.v6n1/89-96/pt> acessado em 10/03/2020 páginas 89-96

MENDES, R.T;BOCCALETTO, E.M.A; *Alimentação, Atividade Física e Qualidade de Vida dos Escolares do Município de Vinhedo, SP, 1ª edição - Campinas, SP Ed. IPES 2009*

MINAYO, M. C..S; *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade* 1993, Ed. Vozes Ltda 7ºed. Rio de Janeiro.

____ *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007

Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde. Escolas Promotoras de Saúde: experiências no Brasil. Brasília /DF, 2007.

MONKEN, M. Revista Saúde Movimento ; **Conceito, Território e o Processo de Territorialização de Informações: Desenvolvendo estratégias pedagógicas para a Educação Profissional em Vigilância em Saúde.** Capítulo VI

MONKEN, M; BARCELLOS, C. O Território na Promoção e Vigilância em Saúde. In: FONSECA, A. F; CORBO, A. D'A. (Org.). O Território e o processo saúde-doença. 1ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007. p. 177-224

MONKEN, M.; GONDIM, G. M. M.; Território: lugar onde a vida acontece; EPSJV 2016 Curso de aperfeiçoamento em educação popular em saúde, org. Vera Joana. RJ

MONKEN, M; BARCELLOS, C. Cad. Saúde Pública ;**Vigilância em Saúde e Território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas.**, RJ (2005) P.898 – 906

MONKEN, M; BATISTELLA, C. Vigilância em Saúde. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. EPSJV. FIOCRUZ, 2016. Disponível: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/vigsau.html>.

PEREIRA, C. A. R; MELO, J. V.; FERNANDES, A. L. T.; A Educação Ambiental como estratégia da atenção Primária. Rev. Brás.med fam comunidade. Florianópolis. 2012.

POTVIN L, GENDRON S, BILODEAU A. Três posturas ontológicas concernentes à natureza dos programas de saúde: implicações para a avaliação. In: Bosi MLM, Mercado, FJ, organizadores. Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis (RJ) Vozes, 2006.p.65-86.

REIS, José R. F. “É o doutor que vem aí!”: guardas sanitários, relações de trabalho e formação de identidade (décadas de 1930 e 1940). Revista Brasileira de História, São Paulo, v. 36, n. 71, p. 57-79, 2016.

WALDMAN, E. A; Vigilância em Saúde Pública, volume 7 / Eliseu Alves Waldman ; colaboração de Tereza Etsuko da Costa Rosa. – São Paulo : Faculdade de São Paulo, 1998.

SALAZAR, L. Efectividad em Promoción de La Salud y Salud Pública. Reflexiones sobre La práctica em América Latina y propuestas de cambio. Santiago de Cali: Cedetes, Programa Editorial Universidad Del Valle, 2009.

SANTOS, M. Por uma outra globalização: do pensamento único A consciência universal. 17ed. São Paulo: Record, 2008.

SCHALL V. Alfabetizando o corpo: o pioneirismo de Hortênsia Hollanda na educação em saúde. Cadernos de Saúde Pública. 15 (Sup 2): 149-159. Rio de Janeiro, 1999.

SCHALL, V. T.; MOHR, A.; BARBIERI, M. R.; CARVALHO, C. P. & BENDAIT, M. M., 1992. Educação, saúde e meio ambiente. In: Conferência Internacional de Meio Ambiente,

Desenvolvimento e Saúde (CIMADES): Carta da Saúde, Agenda Sanitária e Relatórios Finais, pp. 25-29. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.

SILVA, C.S; **Promoção da Saúde na Escola: Modelos Teóricos e Desafios da Intersetorialidade no Município do Rio de Janeiro** – Tese de Doutorado, ENSP-FIOCRUZ, 2010, RJ Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/13983/1/ve_Carlos_Silva_ENSP_2010.pdf

_____, Saúde na Escola: Intersetorialidade e promoção da saúde, Ed. FioCruz, 2019, RJ.

SILVA, L. A. O papel da educação como gerador de saúde nos alunos do ensino fundamental. Curitiba: CRV, 2012.

SILVA, M. A. D. Exercício e qualidade de vida. In: GHORAYEB, N.; BARROS NETO, T. L. O exercício, preparação fisiológica, avaliação médica, aspectos especiais e preventivos. São Paulo: Atheneu, 1999. p. 261-266.

SORRENTINO, M.; TRAJBER, R.; MENSONÇA, P.; FERRARO JUNIOR, L. A. Educação Ambiental como política pública. Educação e Pesquisa. São Paulo, v.31, p.285-299. 2005

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A.L.; SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. In. Fundamentos da Vigilância Sanitária – Org. Suely Rozenfeld, Scielos Books, Ed. Fiocruz, 6ª edição RJ 2009. Disponível em https://play.google.com/books/reader?id=pFNtAwAAQBAJ&pg=GBS.PA155.w.3.0.31_271&hl=pt

_____. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. Cad. Saúde Pública [online]. 2002, vol.18, suppl., pp.S153-S162. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2002000700015&script=sci_abstract&tlng=pt

VASCONCELOS E.M.; Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: Vasconcelos EM, organizador. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede de Educação Popular nos Serviços de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2001.

VIEGAS, S. F. S. S.; CABRAL, E. R.; GOMES, S. C.; CARVALHO, A. C. **Agenda Ambiental na Administração Pública A3P: Estudo da Adesão e Ação em uma Universidade Pública**. Revista Amazônia, Organizações e Sustentabilidade, v. 4, n. 2, p. 7-28, 2015.

VIEIRA F.S.; BENEVIDES R. P S.; Os Impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para efetivação do direito à saúde no Brasil; Ipea – Nota técnica; Brasília 2016 disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7270/1/NT_n28_Disoc.pdf acessado em 10/12/2020.