



**UFPB**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO  
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO**

**RAIMUNDO SIDNEI DOS SANTOS CAMPOS**

**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**

**JOÃO PESSOA/PB**

**2019**

**RAIMUNDO SIDNEI DOS SANTOS CAMPOS**

**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 apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em Educação da Universidade Federal da Paraíba –  
UFPB, com vista à obtenção do título de Doutor em  
Educação.

**Área de concentração:** Educação Popular

**Orientador:** Prof. Dr. Luiz Gonzaga Gonçalves

**JOÃO PESSOA/PB**

**2019**

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

C198p Campos, Raimundo Sidnei Dos Santos.

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 / Raimundo Sidnei Dos Santos Campos. - João Pessoa, 2019.  
225 f.

Orientação: Luiz Gonzaga Gonçalves.  
Tese (Doutorado) - UFPB/CE/PPGE.

1. Prática Educativa. 2. Educação Popular em Saúde. 3. Agente de Combate às Endemias. 4. Saberes locais. 5. Amazônia. I. Gonçalves, Luiz Gonzaga. II. Título.

UFPB/BC

**RAIMUNDO SIDNEI DOS SANTOS CAMPOS**

**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**

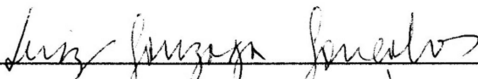
Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em Educação da Universidade Federal da Paraíba  
– UFPB, com vista à obtenção do título de  
Doutor em Educação.

**Área de concentração:** Educação Popular

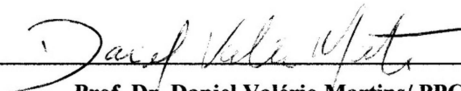
**Orientador:** Prof. Dr. Luiz Gonzaga Gonçalves

**Aprovada em:** 25/02/2019

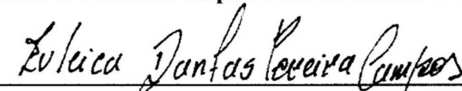
**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
**Prof. Dr. Luiz Gonzaga Gonçalves- Orientador/PPGE/UFPB**

\_\_\_\_\_  
**Prof. Dr. Eymard Mourão Vasconcelos/PPGE/UFPB**

  
\_\_\_\_\_  
**Prof. Dr. Daniel Valério Martins/ PPGE/UFPB**

\_\_\_\_\_  
**Prof.ª. Dr.ª. Patrícia Serpa de Souza Batista/PPGENF/UFPB**

  
\_\_\_\_\_  
**Prof.ª. Dr.ª. Zuleica Dantas Pereira Campos/PPGCR/UNICAP**

Aos meus filhos e filhas Victória, Sofia, Victor e Matheus,  
Aos meus pais Mário Jorge e Maria de Lourdes  
Ao Dr. Alverne e a dona Izabel Lopes,  
Aos meus irmãos e irmãs: Rosana,  
Mário César, Silvia Mara, Kátia, Carla, Andréia e Kárita Simone,  
Aos meus avós (in memoriam) Manoel Campos, Djanira e Francisca  
das Chagas,  
Aos Agentes de Combate às Endemias do Estado do Amazonas,  
Aos trabalhadores e gestores que integraram e integram a Fundação de  
Vigilância em Saúde do Amazonas-FVS/AM.  
Aos educadores e educadoras populares de Parintins.  
Aos Agentes de Combate às Endemias da ilha de Parintins que  
participaram dessa pesquisa com seus saberes, vivências e lutas diárias  
nos contextos de águas, terras e florestas da Amazônia.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, pelo dom da vida e pela proteção em todos os momentos da minha trajetória acadêmica e profissional.

Ao Professor Dr. Luiz Gonzaga Gonçalves minha gratidão pelas valiosas orientações e dedicação profissional em todos os momentos desta jornada.

Ao Professor Dr. Eymard Mourão Vasconcelos pela acolhida de meu projeto neste PPGE, pelas distintas contribuições e inspiração na construção do trabalho.

Aos professores e professoras que compuseram a banca de qualificação pelas sugestões, observações, críticas e ponderações que muito me ajudaram na construção deste trabalho.

Aos servidores e gestores da Secretaria de Saúde de Parintins, em especial a Coordenadoria de Vigilância em Saúde pelo apoio e colaboração em todos os momentos da pesquisa.

Agradeço a Elaine, a Railda, a Luene e a Fátima Guedes pelas conversas sobre as vivências como educadoras no Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde.

Meu agradecimento aos/as Agentes de Combate às Endemias que me permitiram entrevistá-los e acompanhá-los em suas jornadas diárias de trabalho pelas ruas, quarteirões e bairros de Parintins. Aos moradores que me receberam em suas casas para as visitas e conversas.

Aos Agentes de Saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena- DSEI de Parintins pelas conversas e dicas que nos ajudaram a pensar a pesquisa.

Aos professores Virgílio, Camilo, Audirene, Dalvo e Jonildo pelas conversas animadas e trocas de experiência que me ajudaram na estruturação de caminhos. Ao amigo Virgílio que me acolheu em sua casa, obrigado pelo carinho, apoio e toda atenção dispensada. A Audirene pela amizade e contribuições que me ajudaram a pensar a tese.

Ao professor e amigo Adelson Sousa pelas leituras, sugestões e encorajamento.

Ao amigo Nailton pelas conversas e contribuições que me permitiram ricas reflexões.

A Universidade do Estado do Amazonas-UEA e a Fundação de Vigilância em Saúde-FVS que autorizaram minha liberação para o curso de doutorado.

Aos diretores e servidores da FVS que se dispuseram a conversar comigo sobre vivências e experiências de trabalho que me ajudaram a definir caminhos para esta pesquisa.

Em nome dos professores Erenildo, Eduardo Jorge, Severino, Aline e Eulina meu agradecimento ao Programa de Pós-Graduação em Educação da UFPB pelo incentivo.

A todos os homens e mulheres que conversavam comigo nas viagens de barco, agradeço pelo compartilhamento de suas ricas vivências e experiências de vida nessa imensidão de águas e florestas.

## RESUMO

A presente pesquisa trata sobre práticas educativas realizadas por Agentes de Combate às Endemias-ACEs no cotidiano das ações de Vigilância em Saúde da ilha de Parintins, no Amazonas. Tem como objetivo compreender os sentidos das práticas educativas do ACE nas atividades de controle e prevenção de endemias, mediante os desafios e possibilidades de ações de educação popular na vigilância em saúde, identificando a posição dos agentes diante dos saberes, das práticas em serviço, das diretrizes ministeriais e dos protocolos de trabalho presentes nas iniciativas apresentadas no contexto amazônico. A investigação, de cunho qualitativo, está fundamentada na teoria e prática da Educação Popular. A técnica de coleta de dados se valeu de observações e entrevistas. Para uma compreensão dos sentidos atribuídos às práticas educativas se recorreu ao método do Paradigma Indiciário, de Carlo Ginzburg (1989). Assim, a análise privilegiou indícios empíricos e documentais, capturados pelas particularidades e relações com o problema investigado. A pesquisa de campo foi realizada no município de Parintins no estado do Amazonas. Os sujeitos da pesquisa são ACEs, servidores pertencentes ao quadro de pessoal da Coordenadoria de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde. As práticas educativas dos agentes foram analisadas a partir de indícios que indicavam vivências e saberes do agente e à luz de diretrizes e protocolos de trabalho estabelecidos para o controle, prevenção e vigilância em saúde. Afirmamos que: aproximar-se da compreensão dos sujeitos da prática educativa popular cria possibilidades de diálogo de saberes e troca de experiências, fazendo emergir com mais nitidez as contribuições pensantes e as ações dos ACEs como sujeitos de saberes e convicções nas relações com indivíduos, grupos e comunidade, contribuindo para construção e fortalecimento de práticas que podem possibilitar vivências de vigilância popular em contexto amazônico. Os resultados apontaram que a prática educativa popular acontece com mais força e concretude nas visitas domiciliares que integram as rotinas de trabalho dos agentes na comunidade. As práticas têm um papel importante no conjunto das ações de vigilância em saúde nas comunidades, sendo reveladora de elementos da educação popular em saúde, sobretudo pela possibilidade de poder despertar relações dialógicas e troca de experiências entre os agentes do sistema de saúde e os usuários dos serviços. Os resultados indicaram também que a prática educativa do ACE pode ser mediadora de saberes que emergem no contexto local, o que sugere, no campo de controle das endemias e da vigilância em saúde, elementos importantes para pensar na reorientação das rotinas de trabalho nos espaços domiciliares e comunitários, tendo em vista a necessidade de compreensão dos saberes locais, da identidade sociocultural dos sujeitos aos quais se dirigem as ações, conhecimento da complexidade das demandas e das particularidades do contexto amazônico. A tese pretende oferecer contribuições para pensar e problematizar a prática educativa do ACE, mediante os desafios das atribuições de sua área de atuação e das possibilidades deste fazer na perspectiva da educação popular em saúde.

**PALAVRAS CHAVES:** Prática Educativa. Educação Popular em Saúde. Agente de Combate às Endemias. Saberes locais. Amazônia.

## ABSTRACT

The research is about educational practices performed by Endemic Diseases Combat Agents (Agentes de Combate às Endemias - ACEs) in the daily activities of Health Surveillance in Parintins' Island, Amazonas. As a goal comprehend of the meanings in the educational practices of ACE in the control activities and endemic prevention, Through the challenges and possibilities of popular education actions in health surveillance, Identifying the agents' positions in the light of the knowledge, service practices, ministerial guidelines and working protocols from initiatives presented in Amazon context. The research, of a qualitative nature, is based on the theory and practice of Popular Education. The technique of data collection was based on observations and interviews. For a better understanding of the meanings attributed to educational practices, It was resorted from the Indiciary Paradigm method, by Carlo Gunzburg (1989). Therefore, the analysis favored empirical and documentary evidence, captured by the particularities and relations with the investigated problem. The field research was carried out in the conty of Parintins in the State of Amazonas. The subjects of the research are ACEs, labours belonging to the staff of the Health Surveillance Coordination of the Municipal Health Department. The educational practices of the agents were analyzed based on evidence indicating the agent's experiences and knowledge and the light of guidelines and working protocols established for health control, prevention and surveillance. We affirm that: approaching the understanding of the subjects of the popular educational practice creates opportunities for dialogue and exchange of experiences, bringing out more clearly the contribution thoughts and actions of ACEs as subjects of knowledge and convictions in the relations of individuals, groups and community, contributing to the construction and strengthening of practices that may enable the experience of popular surveillance in the Amazonian context. The results pointed out that the popular educational practice happens with more force and concreteness in the home visits that integrate the work routines of the agents in the community. Practices play an important role in all actions of health surveillance, especially for the possibility of arousing dialogic relations and exchange of experiences between the agents of the health system and the users of the services. The results also indicated that the educational practice of ACEs can be a mediator of knowledge that emerge in the local context, which suggests, in the field of control of endemics and health surveillance, important elements to think about the reorientation of work routines in domiciliary spaces in order to understand the local knowledge, the sociocultural identity of the individuals to whom the actions are directed, and the complexity of the demands and particularities of the Amazonian context. The thesis aims to offer contributions to think about and problematize the educational practice of the ACE, through the challenges of the attributions of its field of action and the possibilities of doing this in the perspective of popular education in health.

**KEY WORDS:** Educational Practice, Endemic Diseases Combat Agents, local knowledge, Amazon, Popular Education.

## RESUMÉN

La presente investigación trata sobre prácticas educativas realizadas por Agentes de Combate a las Endemias-ACE en el cotidiano de las acciones de Vigilancia en Salud de la isla de Parintins, en el Amazonas. Tiene como objetivo comprender los sentidos de las prácticas educativas del ACE en las actividades de control y prevención de endemias, mediante los desafíos y posibilidades de acciones de educación popular en la vigilancia en salud, identificando la posición de los agentes ante los saberes, las prácticas en servicio, las directrices ministeriales y los protocolos de trabajo presentes en las iniciativas del contexto amazónico. La investigación, de cuño cualitativo, está fundamentada en la teoría y la práctica de la Educación Popular. La técnica de recolección de datos se valió de observaciones y entrevistas. Para una comprensión de los sentidos atribuidos a las prácticas educativas se recurrió al método del Paradigma Indiciario, de Carlo Ginzburg (1989). Así pues, el análisis privilegió indicios empíricos y documentales, capturados por las particularidades y las relaciones con el problema investigado. La investigación de campo fue realizada en el municipio de Parintins en el estado de Amazonas. Los sujetos de la investigación fueron los ACE, servidores pertenecientes al cuadro de personal de la Coordinadora de Vigilancia en Salud de la Secretaría Municipal de Salud. Las prácticas educativas de los agentes se analizaron a partir de indicios que indicaban vivencias y saber del agente y a la luz de directrices y protocolos de trabajo establecidos para el control, prevención y vigilancia en salud. Afirmamos que: aproximarse a la comprensión de los sujetos de la práctica educativa popular crea posibilidades de diálogo de saberes e intercambio de experiencias, haciendo emerger con más nitidez las contribuciones pensantes y las acciones de los ACE como sujetos de saberes y convicciones en las relaciones con individuos, grupos y comunidad, contribuyendo la construcción y el fortalecimiento de prácticas que pueden posibilitar vivencias de vigilancia popular en contexto amazónico. Los resultados apuntaron que la práctica educativa popular ocurre con más fuerza y concreción en las visitas domiciliarias que integran las rutinas de trabajo de los agentes en la comunidad. Las prácticas desempeñan un papel importante en conjunto con las acciones de vigilancia en salud en las comunidades, siendo reveladora de elementos de la educación popular en salud, sobre todo por la posibilidad de poder despertar relaciones dialógicas y intercambio de experiencias entre los agentes del sistema de salud y los usuarios de los servicios. Los resultados también indicaron que la práctica educativa del ACE puede ser mediadora de saberes que emergen en el contexto local, lo que sugiere, en el campo de control de las endemias y de la vigilancia en salud, elementos importantes para pensar en la reorientación de las rutinas de trabajo en los espacios domiciliarios y comunitarios, teniendo en cuenta la necesidad de comprender los saberes locales, identidad sociocultural de los sujetos a los que se dirigen las acciones, conocimiento de la complejidad de las demandas y de las particularidades del contexto amazónico. La tesis pretende ofrecer contribuciones para pensar y problematizar la práctica educativa del ACE, mediante los desafíos de las atribuciones de su área de actuación y de las posibilidades de éste en la perspectiva de la educación popular en salud.

**PALABRAS CLAVES:** Práctica Educativa. Educación Popular en Salud. Combate a las Endemias. Saberes locales. Amazonas.

## **LISTA DE SIGLAS**

ACE- Agente de Combate às Endemias  
ACS- Agente Comunitário de Saúde  
AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
AIS- Agente Indígena de Saúde  
AISAM- Agente Indígena de Saúde Ambiental  
AM- Amazonas  
AVS- Agente de Vigilância em Saúde  
CE- Centro de Educação  
CEM - Campanha de Erradicação da Malária  
CEREST- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador  
CEV- Campanha de Erradicação da Varíola  
CIB- Comissão Intergestores Bipartite  
CVS - Centro de Vigilância Sanitária  
DDA- Doenças Diarreicas Agudas  
DDT- Diclorodifeniltricloroetano  
DNSP- Departamento Nacional de Saúde Pública  
DSEI - Distrito Sanitário Especial Indígena  
ENS- Escola Normal Superior  
EPS- Educação Popular em Saúde  
ESF- Estratégia Saúde da Família  
ETSUS- Escola Técnica do SUS  
FCECON- Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas  
FUNASA- Fundação Nacional de Saúde  
FVS- Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas  
GM- Gabinete do Ministro  
GPS- Global Positioning System  
HEMOAM- Fundação Hospitalar de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas  
HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana  
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDH- Índice de Desenvolvimento Humano  
MAC- Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar  
MS – Ministério da Saúde

NEP - Núcleo de Educação Permanente

NES- Núcleo de Educação em Saúde e Mobilização Social

NOB- Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde

OMS- Organização Mundial da Saúde

PA- Pará

PNCD- Programa Nacional de Controle da Dengue

PNEPS- Política Nacional de Educação Popular em Saúde

PNI - Programa Nacional de Imunizações

PPGE- Programa de Pós Graduação em Educação

SAAE- Sistema de Abastecimento de Água e Esgoto

SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SI- Sistema de Informação

SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUS- Sistema Único de Saúde

SUSAM- Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas

SVS- Secretaria de Vigilância na Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEIA- Teia de Educação Socioambiental e Interação em Agrofloresta

TFD- Tratamento Fora de Domicílio

UEA- Universidade do Estado do Amazonas

UFAM- Universidade Federal do Amazonas

UFPB- Universidade Federal da Paraíba

UTI- Unidade de Terapia Intensiva

VIGIAGUA- Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano

VIGIAR- Vigilância em Saúde de Populações Expostas à Poluição Atmosférica

VIGIPEQ- Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Contaminantes Químicos

VIGISOLO- Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Áreas Contaminadas

VISA- Vigilância Sanitária

VS- Vigilância em Saúde

## SUMÁRIO

|                                                                                                                                                                  |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1 INTRODUÇÃO AO TRABALHO DE PESQUISA E APRESENTAÇÃO DO PERCURSO DO PESQUISADOR .....                                                                             | 13  |
| 1.1 O percurso do pesquisador .....                                                                                                                              | 16  |
| 2 PERCURSO METODOLÓGICO E CONTEXTO GERAL DA PESQUISA .....                                                                                                       | 33  |
| 2.1 Construção do objeto de estudo .....                                                                                                                         | 33  |
| 2.2 Procedimentos Metodológicos .....                                                                                                                            | 54  |
| 2.3 O lócus e os sujeitos da pesquisa .....                                                                                                                      | 60  |
| 2.4 Os instrumentos investigativos e procedimentos de análise .....                                                                                              | 69  |
| 3 O AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS: ATRIBUIÇÕES INSTITUIDAS NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE .....                                                                          | 73  |
| 3.1 Aproximações históricas e aspectos legais para entendimento das endemias no Brasil .....                                                                     | 74  |
| 3.2 Atribuições legais do Agente de Combate às Endemias e campo de atuação .....                                                                                 | 82  |
| 4 O CONTROLE DE ENDEMIAS E A AÇÃO EDUCATIVA DO ACE NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO CENÁRIO DE PARINTINS .....                                                          | 101 |
| 4.1 Aspectos do Sistema de Saúde Local: a rede de serviços do município .....                                                                                    | 101 |
| 4.2 Vigilância em Saúde e o Controle de Endemias em Parintins .....                                                                                              | 103 |
| 4.3 A atuação do ACE na ilha de Parintins: a realidade local e as diretrizes do sistema de saúde em contexto amazônico .....                                     | 115 |
| 4.4 Diretrizes técnicas e atribuições educativas do ACE no controle e prevenção de endemias no cenário da ilha: sinais e indícios de uma prática educativa ..... | 1   |
| 5 VIVÊNCIAS DO ACE EM RELAÇÃO AOS SABERES LOCAIS QUE EMERGEM CONTEXTO DA ILHA .....                                                                              | 138 |
| 5.1 O saber local nas práticas do ACE: ações da vigilância em saúde nos espaços das águas e das florestas .....                                                  | 138 |
| 5.2 O ACE diante dos saberes da ilha: caminhos e possibilidades dos protocolos se instalarem localmente .....                                                    | 143 |
| 6 A PRÁTICA EDUCATIVA DO ACE NA ILHA DE PARINTINS: OS PROTOCOLOS INSTITUCIONAIS E AS PRÁTICAS DE MEDIAÇÃO DIALÓGICA .....                                        | 161 |
| 6.1 A prática educativa na concepção do Agente de Combate às Endemias da ilha de Parintins .....                                                                 | 162 |
| 6.2 A tradução de protocolos como possibilidade da prática de educação popular no controle das endemias .....                                                    | 175 |

|                                                                                                                                                     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 6.3 A reorientação do agir do ACE nas rotinas de trabalho como uma das possibilidades da construção de práticas educativas populares em saúde ..... | 185 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....                                                                                                                        | 199 |
| REFERÊNCIAS .....                                                                                                                                   | 204 |
| APÊNDICE .....                                                                                                                                      | 220 |

## 1. INTRODUÇÃO AO TRABALHO DA PESQUISA E APRESENTAÇÃO DO PERCURSO DO PESQUISADOR

Na presente tese, fundamentada na teoria e prática da educação popular, analisamos pela via do paradigma indiciário os caminhos da prática educativa nas ações de controle de endemias e de vigilância em saúde. O esforço aqui é o de delimitarmos o problema das possibilidades de diálogo de saberes e troca de experiências, fazendo emergir com mais nitidez as contribuições pensantes e as ações do Agente de Combate às Endemias-ACE como sujeito de saberes e convicções. A prática educativa do agente nas ações de campo possibilita vivências significativas nas relações com os moradores e fortalece rotinas de trabalho da vigilância em saúde na comunidade.

Analisar práticas educativas em saúde a partir da perspectiva indiciária nos colocou diante de um duplo desafio exploratório. Primeiro, identificar orientações e intencionalidades da prática educativa a partir de normativas instituídas nas ações do controle de endemias e da vigilância em saúde. E em segundo lugar, compreendê-la no cotidiano de trabalho ACE, olhando para aspectos e detalhes que podem emergir no contexto sociocultural de realização da pesquisa. Assim, realizamos o estudo partindo de indícios da prática educativa.

O ACE é profissional da vigilância em saúde que, dentre outras atribuições previstas por lei, atua no controle e na prevenção de doenças endêmicas. Atualmente no Amazonas, a dengue e a malária são as doenças endêmicas mais frequentes, para as quais tem sido voltada a atenção dos órgãos gestores da vigilância em saúde. Os programas da dengue e da malária seguem diretrizes do Ministério da Saúde- MS e compreendem componentes como: Assistência, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Controle Vetorial, Comunicação, Educação em Saúde e Mobilização Social.

Para efeito desta tese, importa destacarmos que os ACEs desenvolvem ações de controle e prevenção de endemias, que correspondem em sentido amplo, às ações de vigilância em saúde. Neste contexto, uma estratégia importante é a execução de ações educativas em saúde. No âmbito da pesquisa realizada, as atribuições dos ACEs estão concentradas, sobretudo no programa de prevenção e controle de Dengue. Assim, as ações demandadas se voltam principalmente para o vetor *Aedes Aegypti*, que também pode transmitir doenças como Febre Amarela, Febre *Chikungunya* e vírus *Zika*.

Assim, considerando o foco de atuação dos agentes na realidade do município investigado, atentaremos, sobretudo para a compreensão das práticas educativas em saúde realizadas, considerando as diretrizes estabelecidas para ações de prevenção e controle do

vetor transmissor, procurando detalhes desse processo em contexto amazônico. A questão a ser respondida pela pesquisa é: como se dá a compreensão pelo agente da prática educativa a partir do Agente de Combate às endemias nas ações de vigilância em saúde?

Delimitamos como objetivo geral dessa pesquisa: compreender a ação educativa e pensante do ACE nas relações da vigilância em saúde com a sociedade no contexto amazônico, evidenciando seu agir mediante os desafios e possibilidades para se criar uma prática educativa popular em saúde.

Do objetivo geral, desdobram-se os seguintes objetivos específicos: Compreender o papel da ação educativa do ACE na vigilância em saúde, procurando problematizar suas feições e seu alcance para a sociedade em contexto amazônico; Entender o modo como o agente compreende seu agir educativo em âmbito local perante as diretrizes estabelecidas e os protocolos de trabalho; Analisar as alegações apresentadas na ação educativa vivenciada pelo agente de combate às endemias, mediante os recursos presentes em seus saberes acumulados, suas práticas, diante dos protocolos de ação e rotinas de trabalho; Analisar os desafios e possibilidades da Educação Popular em Saúde no contexto de amazônico de águas e florestas.

Para maior compreensão do problema da tese é importante destacarmos que a Vigilância em Saúde (VS) é aqui entendida como um campo amplo de atividades de saúde, que dentre outras, está inserida o controle e a prevenção das endemias. No Brasil, historicamente a Vigilância em Saúde tem se constituído como uma área bastante abrangente e complexa, com forte atuação no controle e na prevenção de doenças. Este campo tem assumido diferentes modelos e perspectivas ao longo da história. Concebida como área da saúde, sobretudo, historicamente tem operado no enfrentamento dos problemas de saúde. Por essa razão, tem se utilizado de várias estratégias para mitigar riscos à saúde das populações, sobretudo, em termos epidemiológicos, sanitários e ambientais. Este campo da saúde tem operado por meio de diversas práticas. Segundo Paim (2006) a considerada vigilância da saúde é identificada por aspectos diversos como “Esforço para integrar a atuação do setor saúde nas várias dimensões do processo saúde-doença, especialmente do ponto de vista da sua determinação social.” (PAIM, 2006, p.20)

Para Arreaza e Moraes (2010), a vigilância em saúde, enquanto uma proposta tem enfrentado desafios na operacionalização de práticas que levem em consideração as dimensões do processo saúde-doença. Entretanto, esse esforço, não deve ficar apenas concentrado na formulação de modelos conceituais ou limitado à produção de informação e de capacitação técnica.

O campo da Vigilância em Saúde no Brasil está sujeito a muitas interpretações. Teixeira (2002) ao analisar políticas e práticas de vigilância no contexto da saúde no âmbito do SUS no início do século XXI esclarece que sob a denominação de “vigilância da saúde” foram sendo construídas e fortalecidas no país uma diversidade de propostas e experiências abrangentes que contemplam este campo de atuação que deve envolver sistemas e profissionais da saúde e considerar, dentre outros aspectos, sobretudo, as especificidades dos territórios e as condições concretas de vida da população.

Waldman (1998) argumenta que o conceito de vigilância em saúde pública sofreu modificações na história, tendo sido inicialmente vinculado ao conceito de isolamento e quarentena, passando a ser compreendida no sentido da observação sistemática de contatos de doentes, para mais tarde ter atingido uma compreensão mais ampla, entendida como acompanhamento sistemático e metódico de eventos adversos à saúde na comunidade, na perspectiva dos propósitos do aprimoramento das medidas de controle. O autor observa que a vigilância é menos abrangente do que a epidemiologia, com o acompanhamento de eventos adversos à saúde, ao tempo que a epidemiologia é uma prática de saúde pública que se preocupa com o processo saúde-doença em populações e seus determinantes.

A vigilância em saúde, pelos seus campos de abrangência, provoca muitos debates e controvérsias. Estudiosos destacam que historicamente a vigilância em saúde tem assumido diversas práticas e enfoques, nem sempre bem sucedidos, devido a um conjunto de fatores, onde “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.” (MONKEN & BATISTELLA, 2006, p.471).

De modo a encerrar esta introdução, destacamos elementos constitutivos para a compreensão do campo temático onde se situa o objeto de estudo evidenciando também os objetivos. Ressaltamos que o conteúdo está dividido em sete partes.

Na primeira parte destacamos uma introdução sucinta do trabalho de pesquisa e dos procedimentos da exposição aqui apresentada, com o esclarecimento inicial acerca do percurso metodológico da tese. Faremos também uma consideração sobre a trajetória pessoal, acadêmica e profissional do autor e, incluindo os destaques acerca dos pertencimentos, dos vínculos do pesquisador com a região da pesquisa e das motivações da pesquisa de doutorado.

Na segunda parte do trabalho, faremos um detalhamento do percurso metodológico e do contexto geral da pesquisa. Trataremos do objeto da pesquisa e sua fundamentação. Delinearemos o método e as etapas do processo de investigação.

Na terceira parte, abordaremos aspectos históricos, legais e educacionais para entendimento das atribuições e atuação do ACE nas ações de saúde no campo da vigilância em saúde no Brasil, sobretudo considerando aspectos relevantes para compreensão da atuação deste profissional diante das demandas e desafios presentes no contexto amazônico local. Assim, evidenciaremos como se fundamentam as orientações e protocolos de trabalho.

Na quarta parte do trabalho apresentaremos resultados da pesquisa realizada no município de Parintins no Amazonas, lócus da investigação. Demonstraremos elementos para caracterizar as ações de saúde voltadas para o controle das endemias e a vigilância em saúde, sobretudo a ação educativa desenvolvida pelo agente diante das demandas de trabalho local.

Na quinta parte, exporemos dados da pesquisa sobre as vivências do ACE que nos permitem entender o modo de agir do agente e suas práticas mediante aos desafios do contexto amazônico, destacando como o agente se relaciona com os saberes locais tendo em vista as diretrizes e protocolos de trabalho instituídos e como isso se reverbera nas práticas operacionais do controle de endemias e da vigilância em saúde revelados no âmbito local. Discutiremos a mediação feita pelos agentes, considerando a vigilância da saúde dos povos que tem sua vida construída em muitos aspectos pela dinâmica dos rios e das florestas.

Na sexta parte, discorreremos sobre a prática da educação em saúde realizada pelo ACE, a partir de orientações e protocolos vigentes e da compreensão acumulada pelos agentes em suas práticas cotidianas em contexto amazônico, seus desafios e possibilidades à luz da Educação Popular em Saúde.

No decorrer das partes da pesquisa, os dados serão aprofundados a partir de reflexões, análises e discussões acerca da temática, objeto da tese de doutorado. Serão apresentados os resultados da investigação realizada à luz da relevância dos indícios que ajudarão no desenvolvimento da tese. Pretendemos ampliar e aprofundar as discussões sobre a temática de estudo com base no argumento central da tese.

Na sétima parte, apresentaremos as considerações finais.

## **1.1 O percurso do pesquisador**

Nesta apresentação faremos primeiramente uma breve consideração sobre a trajetória pessoal, acadêmica e profissional do autor e, em seguida, destacaremos as motivações da presente pesquisa de doutorado.

Iniciamos este estudo de tese sentindo a necessidade de percorrermos brevemente algumas passagens da trajetória de vida do autor, que consideramos importantes para entender

alguns movimentos de construção da pesquisa. Articular nossa compreensão de mundo diante das exigências e rigores da produção do conhecimento científico é, a nosso ver, um aprendizado que não se restringe apenas ao tempo dedicado ao fazer ciência, mas sim também, expressa um aprendizado decorrente da complexidade do ser e de sua identidade sociocultural ao longo da vida. Em síntese, se refere aos saberes que emergem da dinâmica da própria vida e da relação que estabelecemos com o mundo que nos cerca.

No decorrer de nossa história pessoal, como gente que veio do interior<sup>1</sup> morar na cidade, passamos por muitos desafios na vida, tanto em virtude de nossas raízes caboclas e interioranas, quanto pela nossa condição econômica e social. Pela situação em que nos encontrávamos, tivemos, muitas vezes, que lidar com o preconceito e a discriminação, inclusive, pelo nosso modo de ser e de viver como pessoas vindas do interior em busca de sonhos e melhores condições de vida na cidade. O nosso sonho foi sempre estudar e trabalhar. E acima de tudo, com base nos estudos ter um emprego digno e justo.

Assumimo-nos como uma pessoa inquieta e curiosa, que vem do mato e da beira do rio, que nasceu nas margens do rio Amazonas, na imensa região amazônica, digo mundo amazônico. Nosso lugar de nascimento foi na comunidade Vila Paissandu do Lago Grande do Curuaí<sup>2</sup>, região de rios, localizada no município de Santarém no oeste do Estado do Pará-PA. Ainda criança, fomos levados pelos nossos pais para morarmos na vila de Mararu, na região de planalto de Santarém, lugar onde moravam nossos avós maternos.

Somos filho de caboclos, tendo avós descendentes da imigração nordestina na Amazônia. Somos gente que se fez pelo sangue misturado dos indígenas, brancos e negros. Por essa razão, é importante não deixar de lembrar e de reafirmar do que sabemos sobre quem somos e das nossas origens que temos na memória, que revelam aspectos importantes da nossa história e de nossa identidade sociocultural.

Somos caboclos, que trazem consigo mais do que sonhos, somos feitos de nossa cultura, por vezes caricaturada ou invisibilizada. Temos sonhos de vivermos num mundo melhor, com justiça social e respeito entre os diferentes seres humanos e seus modos de vida.

---

<sup>1</sup> O termo “interior” é aqui empregado para se referir a um lugar geograficamente distante da área urbana do município, também conhecido como zona rural. Em geral, na região onde nascemos quem é morador do interior da cidade é aquele que vive nas áreas ribeirinhas, nas margens dos rios ou aqueles que moram no planalto, chamado de colônia. Fraxe (2004) em estudo trata da vida cotidiana de pessoas que moram no beiradão dos rios amazônicos afirma que aquele que nasce na beira do rio, lugar onde se brota a vida, costuma ser chamado de caboclo ribeirinho ou apenas caboclo.

<sup>2</sup> A Vila de Paissandu está localizada na região do Lago Grande do Curuaí no município de Santarém-Pará.

Nossa vida busca reconhecimento de nossa diversidade cultural, que também se expressa pela maneira de ser, de viver, de pensar e agir do caboclo amazônico<sup>3</sup>.

Muito cedo fomos obrigados a sair de onde morávamos para estudar e trabalhar na cidade. A escolinha rural, já tinha feito o seu papel e tínhamos que alçar novos vãos em busca de formação escolar noutros lugares. Sabíamos dos desafios que tínhamos pela frente, mas, a vontade de seguir era maior. Víamos na escola e no estudo uma oportunidade de buscar melhores condições de vida para nossa família. Naquele momento essa foi nossa motivação principal para não pararmos de estudar.

Na infância vivida na vila de Mararu em Santarém-PA, temos a lembrança que nossa madrinha de batismo era conhecida como parteira<sup>4</sup> e minha avó materna como consertadora de desmintiduras<sup>5</sup>, inclusive temos no nosso corpo marcas positivas do seu ofício. Lembramo-nos que no interior nos beneficiávamos dos remédios caseiros preparados com as ervas, pois, para nós, hospital era coisa de cidade, nem sempre era possível ter acesso aos cuidados médicos disponíveis. Mas na medida do possível, vivíamos bem e com saúde. Íamos à unidade de saúde, é claro, toda ajuda era sempre bem vinda. Nas condições sociais que vivíamos naquela época (anos 1980), ser atendido numa unidade de saúde da cidade era algo privilegiado.

Recordamo-nos que ainda criança, juntamente com meus sete irmãos e irmãs fomos levados ao benzedor da vila para rezar em nós com aquele raminho de arruda, às vezes era só um raminho de qualquer planta. Bem, várias eram as razões que nos levavam até ele como, por exemplo: febre, dor de cabeça, dor de barriga, tontura, mau-olhado, etc.

Lembramo-nos que nos anos 80, morávamos no Mararu, próximo de um lugar com seringueiras, dentro do mato e meu tio Zeca, trabalhava na saúde, era guarda da SUCAM<sup>6</sup> e

<sup>3</sup> Para uma análise da construção histórica do termo Caboclo no contexto da formação da sociedade amazônica, ver Lima, D.M, 1999.

<sup>4</sup> O Ministério da Saúde define como parteira tradicional aquela que presta assistência ao parto domiciliar baseada em saberes e práticas tradicionais e é reconhecida pela comunidade como parteira. O MS adota esta denominação por considerar que este termo valoriza os saberes e práticas tradicionais e caracteriza a sua formação e o conhecimento que ela detém. As parteiras indígenas e quilombolas estão incluídas entre as parteiras tradicionais, respeitando-se as suas especificidades étnicas e culturais. BRASIL (2010)

<sup>5</sup> Araújo (2008) define Pegador(a) de Ossos ou Consertador(a) de Desmintiduras como aquele terapeuta popular que se dedica ao tratamento de contusões e deslocamentos de ossos, o qual realiza procedimentos ortopédicos e de lesões musculares, a partir de uma determinação divina. Para a autora, na cultura cabocla, a carne está propensa a se romper (rasgar) devido a esforço excessivo do corpo. Caso isso ocorra é preciso que se costure a carne rompida em um procedimento que inclui orações e o uso agulha e linha representando a carne rompida. São práticas de saúde conhecidas dos caboclos da região do baixo e médio Amazonas. Trindade (2012) destaca que esses terapeutas populares são vistos e reconhecidos na sociedade pela atividade que mais atuam, porém é comum, por exemplo, a parteira benzer, costurar rasgaduras, consertar desmintiduras, dentre outras atividades ocupacionais.

<sup>6</sup> SUCAM é o órgão que resultou da fusão do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu), da Campanha de Erradicação da Malária (CEM) e da Campanha de Erradicação da Varíola (CEV). Anos depois a

trabalhava com controle vetorial. Era conhecido como caça mosquito. Ainda nos recordamos dele todo fardado e com uma bomba de veneno que carregava nas costas. Quando ele e seus colegas chegavam, a molecada se afastava por que o veneno se espalhava para todo lado, borrifavam DDT<sup>7</sup> nas paredes, nós tirávamos as coisas de dentro de casa por que o cheiro era forte demais. Faziam também aquele fumacê<sup>8</sup> ao redor da casa para afugentar os carapanãs<sup>9</sup>.

Tio Zeca sempre de prancheta nas mãos fazendo suas anotações. Ele sempre fazia um registro num papel que colava na porta de entrada lá das casas que visitava. Diziam que ele ganhava bem, mas viajava muito e que seu trabalho corria muitos riscos, como pegar uma picada de animal peçonhento ou mesmo contrair a temida malária ou mesmo febre amarela, medo de muita gente que morava naqueles lugares. Ele trabalhou 17 anos como agente da SUCAM.

Também nos recordamos que vivíamos com os recursos que tínhamos, como gente humilde e sem posses, tudo dependia da pesca, da caça, da agricultura e também do trabalho árduo na casa dos outros mais bem de vida. Desde criança sempre ajudamos nosso pai e nossa mãe. Acompanhávamos meus avós agricultores rurais nas plantações de arroz, milho, feijão e mandioca. Ajudava também na casa de farinha, lá era bem legal por que além de trabalhar com os mais velhos, a gente sempre ouvia muitas histórias. Também, eu e meu irmão acompanhávamos nosso pai nas pescarias no lago do Urumanduba<sup>10</sup>. Naquela época nos lagos e igarapés daquele lugar tinha bastante fartura de peixe. Ainda lembramos, que lá pelos anos 1980 que no lago do Maicá<sup>11</sup> ficávamos horas e horas observando aquele lugar. Era um lugar de muita calma e bonito de ver e de conviver com a natureza, tinham garças, marrecas e tantos outros pássaros por ali.

---

SUCAM passa a integrar a FUNASA. Ao ser criada a FUNASA juntou a SUCAM e a Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP). Ver Medida Provisória nº 151, de 15.03.90

<sup>7</sup> Pesticida Diclorodifeniltricloroetano (DDT), usado pela extinta Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) para conter o mosquito da malária e outras endemias na região amazônica nas décadas de 70 a 90.

<sup>8</sup> Fumacê é o nome mais popularizado que se refere à ação de nebulização para controle de mosquitos adultos através da aplicação de inseticida no ar.

<sup>9</sup> Carapanã ou muriçoca são nomes atribuídos ao mosquito transmissor de doenças como malária, sendo bastante conhecido na região amazônica, sobretudo em áreas rurais. Segundo o Guia prático de tratamento da malária no Brasil publicado pelo Ministério da Saúde “a transmissão natural da malária ocorre por meio da picada de fêmeas infectadas de mosquitos do gênero Anopheles, sendo mais importante a espécie Anopheles darlingi, cujos criadouros preferenciais são coleções de água limpa, quente, sombreada e de baixo fluxo, muito frequentes na Amazônia brasileira”. (BRASIL, p. 9, 2010)

<sup>10</sup> A comunidade Urumanduba está localizada na grande área do Maicá, em Santarém no oeste do Pará.

<sup>11</sup> Lago do Maicá está localizado ao leste do município de Santarém.

Minha família sempre participava dos trabalhos comunitários. Lembramo-nos do puxirum<sup>12</sup> que era feito nas obras da igreja e do barracão comunitário. Em tempos difíceis até gostávamos, pois como a pobreza era grande, eles ofereciam almoço e merenda e levávamos para casa para compartilhar com meus irmãos. Para ajudar também vendíamos chopinho<sup>13</sup> na escola nos intervalos das aulas. Era um modo de ajudar na renda da família.

Lembramos que ainda criança, juntamente com meus irmãos mais velhos ajudávamos nossa mãe na confecção de artesanato. Pegávamos no mato as palhas de tucumã e colocávamos para secar e depois fazíamos fio-a-fio os tecidos com palha de tucumã que muitas vezes eram tingidos para ganhar um colorido para confecção de bolsas, cestos e chapéus, que eram vendidos nas lojas de artesanato de Santarém principalmente para os turistas que visitavam nossa cidade. Minha mãe sempre foi criativa e era a nossa mestra-artesã e passava para nós os ensinamentos, mostrando como fazer, ela aprendeu tudo observando as artesãs com quem conviveu. Durante muito tempo vivemos do que conseguíamos vender para as lojas de artesanato de Santarém<sup>14</sup>. Não podíamos nos acomodar era preciso sempre diversificar e nos reinventarmos para sobrevivermos e não passar fome. Por isso, minha mãe sempre fazia de tudo para não abandonarmos a escola. Mamãe só estudou o ensino primário, mas nos alfabetizou.

A nossa vida sempre foi uma luta constante por dias melhores. Nesse sentido, procuramos não parar os estudos e com esforço e desprendimento pessoal, concluímos o ensino fundamental. Optamos em cursar o ensino médio na área de educação profissional em contabilidade, considerando o fato de que precisávamos contribuir na renda familiar.

O tempo passou e com muita luta concluímos o ensino médio e no ano de 1992 fomos aprovados no vestibular no curso de Pedagogia para o campus de Santarém da Universidade Federal do Pará-UFPA, atual Universidade Federal do Oeste do Pará-UFOPA<sup>15</sup>. Foi um momento de grande alegria para nossa família. Ingressar na universidade pública foi uma conquista significativa na nossa vida. Concluímos o curso de Pedagogia no ano de 1997. No

---

<sup>12</sup> Puxirum é um termo empregado aqui para se referir ao trabalho coletivo onde os comunitários ajudavam uns aos outros. Silva (2013) explica que no contexto amazônico é comum encontrar a forma de ajuda mútua, a qual é denominada regionalmente como ajuri ou puxirum, tem o formato de um mutirão. Filho (2010) considera como trabalhos coletivos onde todas as famílias se ajudam, contudo, esses sistemas ficaram raros ou desapareceram.

<sup>13</sup> Chopinho era como chamávamos ao suco preparado artesanalmente e congelado em pequenos sacos plásticos. São conhecidos também em algumas regiões como flau, dim-dim ou sacolé.

<sup>14</sup> Naquela época em Santarém havia duas lojas eram bastante conhecidas, a saber: Loja Muiraquitã e Uirapuru, que comercializavam nosso artesanato para vender aos turistas que visitavam a cidade.

<sup>15</sup> A UFOPA surgiu da incorporação do Campus de Santarém da UFPA e da Unidade Descentralizada Tapajós da Universidade Federal Rural da Amazônia (UFRA), as quais mantinham atividades na região Oeste paraense. (Site da UFOPA. Disponível: <http://www.ufopa.edu.br/ufopa/institucional/sobre-a-ufopa/historico-e-localizacao/>, Acesso: 10 jul. 2018)

período desse curso, tivemos a oportunidade de atuar como professor em escolas de ensino fundamental e médio.

A universidade nos possibilitou novas vivências e experiências. Aprendemos muitas coisas que sequer sabíamos que existiam. Aproximamo-nos do mundo da ciência e de teorias que explicavam o homem e o mundo numa lógica diferente da que conhecíamos. Algumas formas de ver o mundo, até menosprezavam ou depreciavam nossa forma de viver e de ser. Começamos a enxergar o mundo de outras maneiras e por outras lentes, mas também nos apoiando nos saberes adquiridos em nossa cultura local e fruto de nossa experiência.

Para fins de nossa investigação é importante ressaltar que lembramos, que quando estudamos pedagogia, a temática da saúde apareceu com mais força nas disciplinas Biologia da Educação e de Educação Física, e em algumas discussões decorrentes das aulas de Antropologia Cultural e Psicologia da Educação. Naquela época (início dos anos 90) o pedagogo era preparado para atuar de maneira mais incisiva no ambiente escolar. Mas as discussões consistentes sobre outros ambientes educativos de atuação do pedagogo ainda eram insuficientes. Em outras palavras não fomos preparados para atuar em áreas como na saúde, o desafio foi aprender fazendo.

Interessa-nos dizer que, aos poucos nos encantamos com o curso de pedagogia e com a vida universitária. A vida acadêmica nos exigia reflexão e atitude. Na universidade passamos por ricas experiências de vida. Estudar educação numa universidade pública da Amazônia foi algo precioso e divisor de águas na nossa vida. A graduação foi uma experiência significativa e revolucionária.

Na vida universitária, participamos das lutas do movimento estudantil, sobretudo, na defesa da educação pública e no movimento pela criação de uma universidade federal em Santarém. Reunidos na forma de diretórios acadêmicos e fóruns estudantis, debatíamos sobre os problemas universitários e sociais como falta de saneamento básico, transporte coletivo, segurança pública e pensávamos em alternativas políticas de superação. No campo estudantil defendíamos o direito a meia passagem nos coletivos de transporte, a meia entrada em casas de shows, teatro e cinema. Orgulhamo-nos de termos ajudado na criação de cursos preparatórios ao vestibular voltados para os setores populares.

No decorrer dessa caminhada tivemos a oportunidade de trabalharmos como professor do ensino médio no Sistema de Organização Modular de Ensino (SOME) da SEDUC-PA. Trabalho que consistia numa atividade docente itinerante pelas cidades e comunidades do interior da Amazônia. Tempos depois atuamos como professor substituto da UFPA.

Dessas vivências como docente em comunidades ribeirinhas, na região do Tapajós e de estradas na região da Transamazônia surgiram inquietações que nos levaram a estudar a educação do campo na Amazônia, de onde tivemos um contato com a educação popular por conta de articulações das temáticas, sobretudo no pensamento freireano.

Como desdobramento dessas experiências evidenciadas, nos dedicamos aos estudos de pós-graduação, procurando conciliar com as atividades profissionais. Dessa maneira, em 2007 conseguimos concluir o curso de Mestrado em Educação pela Universidade Federal do Amazonas, com dissertação intitulada: “Educação do Campo: Olhares, Dilemas e Perspectivas dos Trabalhadores Rurais da FETAGRI no Estado do Amazonas”, onde identificamos que a Educação do Campo na Amazônia tem suas especificidades e está articulada aos processos educativos do campo, da floresta e das águas, estando profundamente relacionada com as identidades, a cultura dos povos tradicionais e imigrantes, as especificidades do território amazônico e aos modos de organização da vida social dos diversos sujeitos que vivem no campo, na floresta e em regiões ribeirinhas.

Em 2008, com a aprovação no concurso para professor da Universidade do Estado do Amazonas, iniciamos nossas atividades docentes na Escola Normal Superior- ENS atuando na área de didática, estágio, pesquisa e prática pedagógica e mais recentemente educação em saúde. No mesmo ano assumimos o cargo de pedagogo na Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas- FVS<sup>16</sup>, onde fomos designados para o Núcleo de Educação em Saúde e Mobilização Social- NES<sup>17</sup>, inclusive assumindo a coordenação deste setor a partir do ano de 2010 até 2014.

O ingresso como pedagogo na FVS significou um momento importante na nossa vida, tendo sido resultado de estudo e intensa dedicação. Naquele momento, nossa intenção profissional se movia pela imensa vontade de atuar no campo da saúde. Pertencer ao quadro de pessoal dessa instituição representava possibilidades de novas vivências e experiências. Despertava interesse compreender o papel da educação no âmbito da saúde.

O interesse profissional pela saúde se justificava também por termos convivido durante anos numa família adotiva, onde se falava de saúde o tempo todo por conta da

---

<sup>16</sup> A Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas está vinculada à Secretaria de Estado da Saúde (SUSAM). Foi instituída como Fundação em 2004. Em 2005, iniciou sua estruturação e suas atividades, com os recursos humanos e materiais remanescentes do extinto Departamento de Vigilância Sanitária, composto pelas Gerências de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental e do Laboratório Central, que a partir de então passaram a integrá-la na condição de departamentos.

<sup>17</sup> O Núcleo Estadual de Educação em Saúde e Mobilização Social- NES é o setor da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas-FVS/AM responsável pela articulação de ações de educação em saúde e mobilização social voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças.

vivência profissional de membros da família, sobretudo com atuação no campo da medicina. Esse convívio despertava curiosidades sobre o campo da saúde. Neste âmbito familiar, nos perguntávamos, qual seria a contribuição da educação para a área da saúde? A cabeça ficava a mil e nos bate-papos em casa e com amigos mais próximos que exerciam atividades profissionais na saúde, sempre nos questionávamos sobre essas questões. Algo que recordamos e que nos deixou contente foi saber que Dr. Alverne, a quem consideramos pai adotivo, quando exerceu o cargo de Secretário de Saúde de Santarém-PA, considerava importante trabalhar em conjunto com a comunidade. Ilustra bem essa posição, o fato de defender que o representante do segmento comunitário pudesse ser eleito como presidente do Conselho Municipal de Saúde. A nosso ver, experiências nesse sentido são significativas na construção de um sistema de saúde democrático e participativo.

Dr. Alverne é um médico que soma experiências na área da assistência e gestão da saúde pública na Amazônia. Pertenceu ao quadro do Serviço Especial de Saúde Pública-SESP. Em nossas conversas, sempre dialogava sobre os inúmeros desafios do trabalho da saúde na região. Contava muitas histórias e falava da precariedade do sistema público de saúde na região e da importância dos profissionais dessa área estarem comprometidos com as necessidades de saúde da população. Por vezes, nos falava do controle das endemias como malária, dengue, febre amarela, dentre outras. Segundo ele, doenças que precisavam ser vigiadas e evitadas, mas que nem sempre se tinha em mãos os recursos humanos e financeiros disponíveis para ações básicas de saúde. E por vezes, relatava com temor e tristeza a falta de apoio governamental para fazer o que estava instituído pelas políticas de saúde. No geral, dizia ele, quem mais sofria era a população pobre e principalmente os que viviam afastados dos centros urbanos. Segundo ele, a presença do estado na região dependia de ações de parceria, como lideranças comunitárias e indígenas, e inclusive com as forças armadas.

Essas poucas palavras, com certeza não expressam a realidade da saúde na Amazônia, mas servem para demonstrar que problemas dessa natureza, ainda hoje, por diferentes razões, persistem e desafiam os órgãos gestores e os profissionais da área.

Dentre outras atividades, nossa atuação profissional na FVS estava relacionada ao campo das ações e organização dos serviços de educação em saúde e mobilização social. O desenvolvimento das atividades envolvia diretamente os Agentes de Combate às Endemias-ACEs da capital e do interior do Amazonas. A partir de ações formativas demandadas ao Núcleo de Educação em Saúde e Mobilização Social fomos também nos aproximando dos Agentes Comunitários de Saúde- ACS e dos Agentes Indígenas de Saúde- AIS, sobretudo nas oficinas de capacitação. Mas algo neste contexto nos inquietava e nos despertava reflexões.

Nossas vivências nos faziam pensar na importância das ações educativas no âmbito da organização dos serviços, sobretudo das demandas de trabalho das vigilâncias que integram a Vigilância em Saúde.

Ressaltamos que os Agentes de Combate às Endemias são profissionais com diversas atribuições técnicas no campo da vigilância em saúde. Desenvolvem atividades de controle e de prevenção de endemias como: tratamento focal, eliminação de criadouros. São orientados a atuar juntos aos ACS na promoção da saúde e vigilância nos diferentes territórios. Realizam ações educativas e de mobilização social nas comunidades.

O trabalho com ações de educação em saúde nos espaços institucionais, comunidades e em atividades de mobilização social, requeria a contribuição do pedagogo, principalmente no processo de orientação para criação dos núcleos de educação em saúde<sup>18</sup> em âmbito municipal. Essa atividade implicava também no processo de formação em educação em saúde para os profissionais que seriam responsáveis pelas ações no âmbito municipal. Nossas atividades profissionais consistiam, dentre outras atribuições, participar do planejamento e acompanhamento das ações educativas no âmbito da FVS/AM.

É importante destacarmos que, as ações de educação em saúde e mobilização social nos aproximaram da realidade vivida pelos ACEs no âmbito municipal. Por serem profissionais que estão próximos das comunidades em suas ações cotidianas, estavam diariamente trabalhando com a população, com os moradores e grupos específicos nos bairros. Observávamos que juntamente com os ACS e os AIS, os ACEs estavam envolvidos em atividades que interagiam com as comunidades. Em síntese, dentre outras, as atividades envolviam a educação em saúde. Isso foi nos dando alguma pista de como esses profissionais construíam suas práticas nas comunidades. Estas vivências foram aguçando necessidades de aprendizagem e nos inquietavam a conhecer mais a respeito.

É importante acrescentarmos que, o interesse pela saúde, vai se alargando na convivência com as pessoas e seus saberes nos diferentes contextos. Essa vivência talvez nos ofereça boas pistas para pensarmos nos processos educativos na saúde na potência de suas especificidades e na grandeza das diversidades existentes, mas, sobretudo a partir de um olhar sobre elementos que podem emergir em terras amazônicas, por conta da nossa identidade sociocultural e de nossas necessidades. As possibilidades de pensar nessa perspectiva nos aproximaram da teoria e prática da Educação Popular.

---

<sup>18</sup> Os NES foram criados no âmbito da SUSAM como setores ligados à área de vigilância em saúde, tendo como atribuições a articulação de ações de educação em saúde na área de controle e prevenção de endemias.

Algumas experiências vividas como pedagogo na condição de um trabalhador da saúde nos desafiavam pensar na educação e seu papel no campo da vigilância em saúde. A vontade de investigar a educação em saúde à luz da Educação Popular nos desafiava no campo acadêmico e profissional. Foi na FVS que as indagações e a vontade de investigar foram cada vez mais nos mobilizando e nos inquietando a compreender a prática de educação em saúde. Assim, ao discorremos sobre nossas intenções de pesquisa, apoiados na nossa experiência de vida e pelas necessidades de pesquisa que emergiram do nosso mundo profissional e acadêmico começamos a pensar sobre a temática dessa investigação. Algumas questões que nos desafiavam a pensar a prática educativa neste contexto podem ser assim formuladas: Qual a compreensão do agente sobre o sentido da prática educativa nas ações de vigilância em saúde? Como acontece essa prática educativa do agente em âmbito local? Que práticas educativas dos agentes locais revelam educação popular em saúde?

Bem, a ideia não é nos alongarmos. Nossa intenção foi apenas destacar trajetória pessoal que pode nos ajudar a entender certos aspectos de nossas escolhas acadêmica e profissional. Nossas inquietações estiveram ligadas ao pensar da educação no contexto amazônico, tendo inspiração, sobretudo nos aportes da Educação Popular. Em particular, aos temas desenvolvidos durante o mestrado e no doutorado, apontam nossa preocupação neste sentido. Os artigos de nossa autoria publicados na época refletem bem estas questões. Fato este também ressaltado nos enfoques educativos e de abordagem de temas dos eventos e atividades profissionais que estivemos ligados como coordenadores e colaboradores. No contexto geral, essas atividades, em sua maioria, contavam com a participação de agentes de saúde, que por sua vez relatavam suas práticas vivenciadas.

Desse modo, relataremos algumas lembranças que temos guardado na memória com significados importantes em nossa vida e que em algum momento pelo aprendizado pessoal, familiar, comunitário e sociocultural nos serviram de base na orientação de nossas escolhas acadêmica e profissional, sobretudo nossa relação com a temática da educação popular em saúde, a partir de nossas vivências, práticas e experiências. É no diálogo com diferentes formas de conhecimento e de experiência, sem negar a importância da ciência e sem desprezar os saberes locais decorrentes da capacidade de compreensão humana que entendemos que é importante construir nossa identidade profissional.

Assim sendo, a necessidade de estudar a prática educativa do ACE nasceu das vivências, inquietações e curiosidades que permearam nossa atuação profissional na FVS/AM, sobretudo como pedagogo no Núcleo de Educação em Saúde e Mobilização Social-NES. Esta inserção despertou a necessidade de compreensão de como se dão as práticas

educativas no âmbito da Vigilância em Saúde no que se relaciona as ações com a população. E, por conseguinte, esse imperativo de nossa prática profissional nos aproximou da Educação Popular, especialmente da Educação Popular em Saúde.

Nossa atuação nos permitiu, dentre outras vivências, participar de ações educativas no cotidiano de trabalho das vigilâncias que compõe a vigilância em saúde, sobretudo, voltadas à prevenção e controle de doenças endêmicas. As ações nos colocavam em contato com os ACEs e as rotinas de trabalho nas comunidades, com segmentos específicos e com a população em geral nas ações de mobilização social voltadas para, sobretudo, o controle da dengue e da malária.

Essas vivências nos fizeram perceber que na área da saúde se esperava da ação educativa que a mesma fosse capaz de despertar na população os comportamentos sociais desejáveis ao controle e a prevenção de doenças. Em muitas situações observávamos que se subestimava ou se superestimava o papel da educação nos processos de trabalho, sem necessariamente olhar criticamente para as relações conflitantes existentes entre os interesses dos gestores da saúde e da sociedade. A questão que por vezes se colocava em discussão era a de que a ação educativa deveria ser capaz de intervir eficazmente nos graves problemas da saúde pública. Deveria ser capaz de impactar positivamente os indicadores de saúde, no sentido de reduzir a incidência de doenças nas comunidades. Deveria ser capaz de influenciar as pessoas a se prevenirem de doenças, a se imunizarem, a incentivar o tratamento precoce, dentre outras pretensões esperadas.

Neste âmbito, a ação educativa é parte integrante do processo de trabalho da vigilância em saúde. Deve corresponder às cobranças institucionais e ao cumprimento de metas de trabalho. A ação educativa não é independente. Está subordinada à organização dos serviços necessários ao controle, prevenção e vigilância. É uma atividade meio para se alcançar as finalidades desta área da saúde.

Nossa atuação profissional nos fez perceber que a ação educativa permitida neste campo de atuação deve acontecer em conformidade com os propósitos institucionais da vigilância em saúde. Nos fez perceber também que a ação educativa popular desperta conflitos nas relações de poder e faz emergir contradições ocultas ou negligenciadas. Logo, percebemos que a vigilância em saúde permite ver na ação educativa uma maneira de adequar e disciplinar comportamentos favoráveis ao controle e a prevenção.

No decorrer de nossa caminhada, de maneira mais particular, na atuação em educação em saúde, muitas questões vivenciadas e observadas no cotidiano do trabalho apontaram para a necessidade de uma reflexão aprofundada sobre o lugar e a importância da

educação, sobretudo da pedagogia na Vigilância da Saúde. Deparamo-nos com diversas situações de trabalho e vivências comunitárias que nos despertaram inquietudes e curiosidades concernentes ao sentido da educação nesta área específica da saúde, sobretudo por conta das particularidades de vigilância nos espaços amazônicos.

Nossas vivências nas práticas de vigilância em saúde, nos desafios da mobilização social, na necessidade de envolvimento da comunidade nas ações e na formulação de ações educativas que despertassem a participação popular nos aproximaram da teoria e do movimento de educação popular em saúde. Ao beber nessas fontes vimos que tínhamos muito a prender. Nossa necessidade de pesquisa no âmbito da saúde nos motivou a pensar nas práticas educativas a partir da compreensão da Educação Popular.

É importante ressaltarmos que, a prática do controle das endemias opera com uma lógica diferente, sobretudo pelas cobranças verticais. É uma prática disciplinar, e por vezes, feita de maneira autoritária, policialesca e fiscalizatória, contrapondo-se aos princípios e ao jeito da educação popular. Assim, pensar educação popular nesta área da saúde é algo completamente desafiador, por conta da força da normatização e padronização imposta pela organização dos serviços.

Nossa atuação profissional nos desafiava a pensar e propor ações formativas em educação em saúde como parte integrante da formação dos agentes. Então, fomos nos apoiando em conhecimentos decorrentes de experiências educativas populares em saúde disponíveis e que tínhamos acesso. Assim, nossa curiosidade sobre o tema foi se ampliando, sobretudo, pela necessidade de pensarmos na formação e qualificação de agentes de saúde, principalmente os Agentes de Combate às Endemias-ACEs. Assim, tivemos oportunidade de trabalhar com equipes que integram as vigilâncias e que atuam na qualificação dos agentes. Neste sentido, colaboramos com o processo de formação no componente de educação em saúde, com aportes a Educação Popular. Contudo, essa não foi uma tarefa simples e sem contradições. Pensar a educação popular neste contexto tem uma complexidade que merece destaque. A educação popular problematiza o modelo de vigilância em saúde que normatiza comportamentos e que não se abrem para as práticas dialógicas.

É importante ressaltarmos que, a educação em saúde nos devolveu o encanto pela educação e vimos na educação popular, uma nova porta se abrir para esse fazer em terras amazônicas, pois nos aproximava de forma intensa com os sujeitos e seus modos de ser e de viver a sua saúde. Neste sentido, a FVS/AM nos aproximava de diferentes profissionais e moradores de comunidades urbanas e rurais, que nos possibilitaram aprendizados com diferentes culturas de trabalho e de vida.

Por um lado, a educação em saúde à luz da Educação Popular, de imediato nos encantou pela sua potência e beleza. Para nós, se revelou uma vivência significativa e, acima de tudo, nos permitiu possibilidades para pensar a realidade da saúde, em muitos aspectos. Por outro lado, nos colocava diante de tensões e conflitos que emergem das práticas da vigilância em saúde, nos desafiando a expor e problematizar suas fragilidades e contradições. Assim se criava um embate de ideias, nem sempre bem visto pelos gestores de plantão. A educação popular incomoda o poder.

Nossa atuação profissional nos possibilitou participar de coletivos que lidam com educação em saúde, buscando sentido e inspiração na educação popular em saúde. Isso resultou em novos aprendizados onde passamos a organizar e desenvolver processos educativos para a Vigilância em Saúde baseados nos fundamentos da Educação Popular, sobretudo, nos processos formativos<sup>19</sup> voltados ao desenvolvimento de práticas educativas populares em saúde, o que motivou a realização de oficinas de formação para os agentes de saúde<sup>20</sup>, para desenvolvimento de ações educativas com a população.

Somem-se a essas motivações as nossas vivências como professor da disciplina Educação em Saúde no Curso de Pedagogia da Escola Normal Superior –ENS- da Universidade do Estado do Amazonas, onde tivemos a oportunidade de refletir e debater com os estudantes sobre vários aspectos desse campo de estudo. Assim, observamos há insuficiência de estudos dessa temática no contexto específico de comunidades das florestas, do campo e ribeirinhas no Estado do Amazonas, o que apontou para a necessidade de investigação sobre esses processos educacionais em saúde que são vivenciados pelos ACEs com os sujeitos populares que vivem na Amazônia. É importante para nós, conhecermos como os ACEs em suas ações lidam com as formas de fazer saúde dos povos das florestas e das águas, havendo necessidade de compreender os processos educativos delineados pela vigilância em saúde nas rotinas de trabalho.

O entendimento da prática educativa do Agente de Combate às Endemias com atuação nas comunidades urbanas e rurais em contexto amazônico perpassa pela necessidade de compreensão dos saberes e das relações que emergem no âmbito local. A investigação sobre como se processa a ação educativa do agente diante das demandas do território

---

<sup>19</sup> Experiência vivenciada no NES/FVS-AM no período de 2013/2014. Formação realizada na forma de oficinas de capacitação para implantação das equipes locais de educação em saúde, constituídas por ACS, ACE, AIS, enfermeiros, médicos, assistente social, dentre outros profissionais da saúde. As oficinas foram fundamentadas na educação popular, sobretudo nas ideias de Paulo Freire e nas metodologias participativas. Foram realizadas dezenas de oficinas com inspiração na educação popular em saúde.

<sup>20</sup> As práticas de educação em saúde se referem principalmente as desenvolvidas pelos ACS, ACEs e AIS, que apesar de terem seu campo de atuação definido em lei, no cotidiano das comunidades amazônicas, em muitas situações vivenciam ações integradas ou que se complementam em vários aspectos.

amazônico, dos problemas socioambientais locais, da diversidade sociocultural, das adversidades do contexto de águas e florestas, do ciclo das enchentes e das vazantes dos rios se constitui em possibilidades de estudos em busca de maior esclarecimento das práticas educativas na vigilância em saúde em âmbito local. A compreensão de como, pela prática educativa do agente local, se faz a interlocução com os moradores no controle das endemias no contexto das águas, das florestas e terras amazônicas ainda não foi suficientemente estudada no campo da educação popular e necessita de maior esclarecimento, sobretudo para entender a maneira como o agente considera esses aspectos na sua prática educativa.

O fato de trabalharmos com estágio nos colocou em contato com a realidade das escolas em muitas dimensões, inclusive com as ações de educação em saúde, o que despertou curiosidade em conhecer os processos educativos em saúde que aconteciam nas atividades escolares. Esse interesse foi alimentado, sobretudo, por estarmos envolvidos com essas ações na FVS. Por essa razão, passamos nos interessar no estudo sobre as práticas educativas em saúde envolvendo escolares e as comunidades.

Dessas articulações de interesses e curiosidades, nasceu nossa aproximação com estudos e experiências de educação popular em saúde. Quanto mais conhecíamos sobre a temática, mas íamos nos encantando e falando desse enfoque para colegas de trabalho. Então, percebemos que poderíamos aos poucos, beber nas fontes da educação popular, sobretudo freireana e da educação popular em saúde, para vivenciarmos outras possibilidades de práticas educativas em ações de vigilância em saúde na FVS e com os estudantes das escolas onde realizávamos os estágios supervisionados. Assim, nos aproximávamos das políticas e programas instituídos pelo Ministério da Saúde- MS e trocávamos experiências com os estudantes com atuação nas escolas e comunidades.

Outra experiência motivadora dessa investigação decorre da nossa pesquisa<sup>21</sup> do mestrado, que abordou a temática da educação do campo no contexto dos desafios amazônicos, tendo nas comunidades das florestas e das águas (ribeirinhas) uma expressão peculiar e onde se percebeu também que a compreensão dos processos educativos de homens e mulheres amazônidas tem relação com seus saberes populares-tradicionais, com suas formas de viver e com suas identidades socioculturais.

---

<sup>21</sup> A pesquisa teve como objetivo estudar a realidade da educação do campo a partir dos olhares e vivências dos movimentos sindicais de trabalhadores e trabalhadoras rurais do campo. A pesquisa apontou a necessidade de políticas públicas de educação que incorporem os saberes, a cultura e a educação dos povos amazônicos, como forma de valorização da diversidade cultural e de seus processos identitários.

Na pesquisa concluímos que pensar práticas de educação em contexto amazônico implica conhecer seus sujeitos, seus saberes e sua dinâmica de vida, marcada pelas especificidades do modo de vida local e pelos desafios da vida de homens e mulheres que tiram das florestas e dos rios mais do que alimentos para o corpo, mas, lições de vida que passam de geração para geração, por meio de processos educativos que incorporam muitos saberes, principalmente a sabedoria popular.

Pelas motivações apresentadas, sentimos necessidade de estudar práticas educativas desenvolvidas pelos ACEs na Vigilância em Saúde, a partir da compreensão da teoria e prática da educação popular. Nesta perspectiva, procuraremos entender como funciona as práticas desses agentes com atuação no cotidiano de trabalho, como se diz, na ponta do serviço, ou seja, nas rotinas de trabalho com os sujeitos populares.

O estudo desse objeto adquire relevância, tendo em vista que a vigilância em saúde, enquanto sistema de saúde trabalha com ações e serviços voltados para a população, apoiada em diretrizes técnicas estabelecidas, inclusive em educação em saúde. Por outro lado, o amplo conhecimento das diretrizes, ainda que fundamentais e necessários, não são suficientes para abarcar os saberes pelos quais os agentes transitam na vida sociocultural, tendo em vista a complexidade de costumes e dos modos de vida que permeiam o cotidiano de trabalho. Entendemos que neste sentido, o estudo das práticas educativas realizadas por ACEs poderá ajudar nessa compreensão.

Nossas vivências na vigilância em saúde estiveram relacionadas com o pensar e o fazer educativo e a mobilização social de moradores, comunidades e população em geral. Aos poucos nos aproximamos da educação popular e fomos interagindo com os agentes sobre a necessidade de fortalecermos as ações educativas nas comunidades e nos projetos e/ou programas instituídos. Através da FVS começamos um trabalho de teimosia, de avanços e recuos, mas percebíamos que os agentes se reconheciam naquelas vivências e aquilo contagiava, mas, deveria ser mais bem fundamentados nas práticas e metodologias.

Assim, começamos a repensar coletivamente as bases educativas de processos de trabalho das práticas de educação em saúde nas ações e nos projetos, como: Programa de Prevenção de Endemias na Escola-PPEE<sup>22</sup>, projeto do Concurso Escolar sobre a dengue, dentre outros. Passamos a repensar a reorientação educacional desses projetos a partir de outros referenciais, dentre os quais os da Educação Popular.

---

<sup>22</sup> O PPEE foi uma iniciativa do NES/FVS que nasceu da necessidade do desenvolvimento de ações de educação em saúde nas escolas do município de Manaus e se estendeu aos municípios do interior. Teve como objetivo sensibilizar a comunidade escolar sobre a prevenção das doenças endêmicas existentes no Amazonas. com vistas a despertar uma nova conduta individual e coletiva. (Projeto PPEE, FVS-AM, 2006.)

Daí decorreu a necessidade de ampliarmos os debates sobre educação em saúde e sobre educação popular. Neste sentido, a realização de duas edições do Seminário<sup>23</sup> de Educação em Saúde do Amazonas, que aconteceram nos anos de 2009 e 2011, buscou promover reflexões sobre práticas educativas populares no contexto da vigilância em saúde. Foi um momento de entusiasmo pela educação popular em saúde e suas possibilidades em terras amazônicas. Entretanto, sabíamos que não bastava a realização de eventos, tínhamos que fazer um trabalho de formiguinha para sensibilização de outros profissionais e coletivos com abertura para debatermos caminhos e possibilidade de novas práticas, onde a educação sob a orientação da educação popular assumisse um papel relevante e propositivo no cotidiano das ações de vigilância. Com a realização do 2º Seminário<sup>24</sup> foram pensadas estratégias para animar a construção de ações educativas populares. Percebemos a necessidade de repensar os processos de formação dos ACEs à luz dos referenciais da Educação Popular. Algumas propostas foram colocadas em prática, a partir de então, como, as oficinas de capacitação em educação em saúde e mobilização social que passaram a serem orientadas pelos princípios pedagógicos da educação popular.

Vivenciando essas experiências, aos poucos íamos encontrando, na teoria e prática da educação popular, elementos e inspiração para construção de outros caminhos e possibilidades para pensarmos práticas e processos educativos. Assim, percebíamos que a educação popular acrescentava uma orientação importante ao fazer educativo da vigilância em saúde em nossa realidade amazonense. E como estávamos à frente de um setor de educação em saúde, começamos de maneira articulada com outros setores, a provocar estudos e debates sobre a inserção da educação popular nas ações da FVS.

As tentativas concretas de construção de práticas educativas populares no âmbito das ações da FVS/AM não se constituíram numa tarefa simples. Pelo contrário, se fez de maneira descontínua, contraditória e inconclusa, motivada por muitas questões, desde nossa pouca

---

<sup>23</sup>O 1º Seminário em 2009 teve como objetivos: Identificar as ações de educação em saúde desenvolvidas no estado a partir do levantamento e sistematização das experiências desenvolvidas no Amazonas, com vistas a facilitar um intercâmbio de saberes e experiências na área de Educação em Saúde; Fortalecer ações educativas de promoção da saúde por meio da constituição de uma rede de instituições que atuam na área de educação em saúde; Organizar uma publicação (nos formatos impresso e digital) das experiências de educação em saúde desenvolvidas por diferentes instituições do estado do Amazonas. (Informações extraídas do Projeto do Seminário, FVS, AMAZONAS, 2009)

<sup>24</sup> O 2º Seminário /Capacitação para Educadores em Saúde para o Fortalecimento dos NES foi realizado no Município de Manaus pela FVS/SUSAM, em parceria com a Escola de Formação Profissional Enfermeira Francisca Saavedra/ETSUS-AM/CETAM no período de 25 a 26 de novembro de 2011. O público alvo foram os coordenadores dos serviços de educação em saúde municipais, gestores municipais de saúde, gerentes de endemias, agentes de endemias e agentes comunitários de saúde. O evento contou com apoio do Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. (Relatório de Execução do 2º Seminário de Educação em Saúde do Amazonas/ Oficinas de Capacitação em Educação em Saúde, 2011)

vivência em educação popular, quanto falta de experiência e habilidade política enquanto grupo para lidar com o impacto dessas práticas na vigilância em saúde. Por conseguinte, aos poucos as equipes e núcleos foram se desarticulando nos municípios, restando poucas experiências, devido inclusive, a falta de apoio local.

O contato de maneira intensa com a educação popular aconteceu ao longo dos processos de criação de núcleos e nas vivências nas comunidades, sobretudo nas questões de prevenção de doenças e de promoção da saúde<sup>25</sup>, que aconteciam institucionalmente através da FVS e suas experiências intersetoriais, sobretudo no âmbito municipal e estadual, com as secretarias de educação e de meio ambiente.

Nossa prática profissional como pedagogo foi marcada pela constante reflexão e debate sobre a ação educativa em saúde. Observávamos que a vigilância em saúde se concretizava por uma diversidade de práticas e acreditávamos que a prática de educação deveria ser mais bem compreendida na configuração das rotinas de trabalho do setor. Isso despertou motivação para pensarmos em processos de formação de ACEs baseados na teoria e prática da educação popular, sobretudo de inspiração freireana. Nessa perspectiva, começamos a trabalhar com oficinas de capacitação para implantação de núcleos de educação em saúde e mobilização social nos 62 municípios do Amazonas.

Em síntese, essas vivências na Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas e o acompanhamento de ações educativas em saúde realizadas pelos ACES no contexto dos municípios do interior nos ajudaram a constituir nosso interesse pela temática proposta e pelo objeto delimitado nesta investigação, que veremos mais detalhadamente, a seguir.

---

<sup>25</sup> Segundo a Carta de Ottawa de 1986 a Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (BRASIL, 2012, p.19)

## **2. PERCURSO METODOLÓGICO E CONTEXTO GERAL DA PESQUISA**

Esta tese procurou seguir um caminho metodológico a partir do paradigma indiciário. A pesquisa foi sendo vivenciada a partir da investigação de indícios que emergiram no decorrer do trabalho de campo e que nos permitiram explorar o objeto de pesquisa, definir e fundamentar com mais precisão a tese.

Nesta parte trataremos do percurso metodológico da tese. Fundamentaremos o objeto de estudo e, em seguida, descreveremos o método, o tipo de pesquisa e outros elementos do processo de investigação.

### **2.1 Construção do objeto de estudo**

O tema dessa pesquisa é a prática de educação que emerge no âmbito da organização dos serviços e ações de Vigilância em Saúde no SUS. Para tratar dessa temática de estudo elegemos como objeto de investigação a Prática Educativa do ACE. Entendemos que esse recorte poderá nos ajudar a compreender as práticas educativas do ACE nas ações promovidas pelo setor de vigilância em saúde no contexto do município, bem como, poderá oferecer elementos para que possamos refletir sobre desafios e possibilidades da construção e fortalecimento de práticas educativas populares no contexto dos serviços do SUS, sobretudo em espaços amazônicos.

Entendemos que as práticas educativas em saúde podem se expressar nas rotinas de trabalho dos agentes como decorrentes de diretrizes e protocolos vigentes na organização dos serviços da Vigilância em Saúde em suas diferentes ações. Mas também, são práticas que revelam vivências locais e carregam consigo olhares, experiências e aprendizados socioculturais. São práticas que decorrem de diferentes saberes instituídos no sistema dos serviços de saúde, mas também, emergem de saberes que circulam na comunidade e acabam permeando o cotidiano do trabalho em saúde.

No caminhar desta tese, percebemos que o ACE é sujeito da prática educativa por que pensa e faz educação em saúde, inclusive com seus saberes que adquiriu no decorrer da vida e pelos recursos acionados pela sua inteligência e capacidade intuitiva. Nossa preocupação principal é a compreensão dessa prática no contexto das ações de controle e prevenção de doenças endêmicas no âmbito municipal. É importante entendermos como essa

prática se configura nas rotinas de trabalho, sendo nosso propósito, investigá-la na tessitura do dia-a-dia do trabalho do agente nos espaços da comunidade.

Logo, a apreensão do objeto se insere num campo de relações e práticas, onde se faz presente o agir da vigilância em saúde com as diferentes estratégias de atuação na comunidade. A prática de educação em saúde é prevista como sendo um componente fundamental desse modo de agir, que, envolve saberes diversos e se dá em meio as diferentes relações do cotidiano da saúde. A nosso ver, saúde e educação são campos constituídos de especificidades e complexidades. São campos conectados por teorias, saberes e práticas que decorrem do acúmulo de conhecimentos técnico-científicos e de experiências que podem emergir da compreensão de diferentes sujeitos inseridos em suas realidades socioculturais. Entendemos nesta tese, que o campo de atuação da vigilância em saúde potencializa um agir educativo em muitas perspectivas.

Pelo recorte que optamos fazer, estudaremos a compreensão da prática educativa do ACE à luz do enfoque da Educação Popular, pelas diretrizes estabelecidas e pelos sinais dessa prática no cotidiano das ações de vigilância em saúde em âmbito local, sobretudo, no controle e prevenção de doenças endêmicas. A prática educativa enquanto uma atividade preconizada nas diretrizes de vigilância, para ser construída no dia-a-dia das ações na comunidade, requer dos agentes, além da posse de conhecimentos e domínio dos protocolos de trabalhos, sobretudo, uma elevada capacidade de compreensão da realidade local, de seus sujeitos, de seus saberes e modos de vida.

O estudo do objeto da investigação poderá trazer elementos que nos ajudem a pensar em propostas de educação na área de Vigilância em Saúde fundamentada na teoria e prática da educação popular. Por outro lado, também pode contribuir para a discussão sobre particularidades e desafios de processos educativos populares no âmbito do controle de endemias em contexto amazônico.

Os processos educativos podem assumir diferentes matizes de pensamento e práticas no âmbito dos serviços da vigilância em saúde. Aqui nos interessa a compreensão da educação popular. A fundamentação teórica do pesquisador se orienta na perspectiva da educação popular. Voltaremos nossa atenção as diretrizes e normativas que trazem pistas documentais importantes para entendimento do objeto de estudo. Nesta perspectiva, corrobora a Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013 que instituiu a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS) que no artigo 2º reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações

voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS. (BRASIL 2013)

A lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 declara que o desenvolvimento de ações educativas é uma das atribuições do ACE no exercício de suas atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde. Corrobora nessa perspectiva, a lei nº 13.708, de 14 de agosto de 2018 orienta que: as ações educativas desenvolvidas pelo ACE e ACS devem partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde.

Cabe entendermos como acontece essa prática nos processos de trabalho, considerando o que está posto em termos de recomendações e normativas instituídas e a partir dos domínios de conhecimentos e experiências acionados pelos agentes enquanto sujeitos de saberes. Nesse sentido, recorreremos ao paradigma indiciário para buscar indícios reveladores dessa prática educativa no contexto de ações de vigilância, controle e prevenção de endemias no município amazônico. Este é o recorte que nos interessa.

A ação educativa na Vigilância em Saúde pode ser compreendida, a partir de diferentes atores, práticas e contextos. Aqui, procuramos entendê-la com base nas práticas educativas realizadas pelo ACE no cotidiano dos serviços. Cabe ressaltarmos que as práticas revelam um caráter parcial dos processos educativos da Vigilância em Saúde. Nossa compreensão parte da premissa de que as práticas dos agentes que atuam nas bases junto à população, ou seja, na ponta do serviço poderão ser reveladoras de aspectos significativos desses processos educativos nas ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas.

O conhecimento da prática de educação dos agentes envolvidos com os sujeitos e os contextos nas escalas operativas dos serviços implica na compreensão das normativas estabelecidas e também dos saberes que emergem nas relações do cotidiano. A prática educativa está relacionada com as vivências e as experiências construídas no campo das relações, das tensões e das contradições do cotidiano do trabalho em saúde. Seu desvelamento implica pensá-la a partir das orientações instituídas e das manifestações práticas na realidade.

Assim, delimitamos o problema de investigação no sentido de compreender como o agente de combate às endemias se situa diante das normativas estabelecidas e dos saberes e percepções dos sujeitos locais tendo em vista os caminhos e desafios do cotidiano de trabalho para que se possa desenvolver a prática educativa popular nas ações de vigilância em saúde.

De modo geral, optamos em pensar a educação e, sobretudo, a prática educativa na área de Vigilância em Saúde a partir do estudo da prática educativa do ACE, olhando para a configuração e especificidades dessas práticas nas ações do cotidiano de trabalho. O

conhecimento desse objeto nos impõe a necessidade de entendermos a Vigilância em Saúde e o papel da ação educativa nesta área. Nesta perspectiva, é importante ressaltar a compreensão trazida pela atual Portaria<sup>26</sup> do GM/MS nº 1.378, de 9 de julho de 2013 que em seu artigo 2º afirma que a Vigilância em Saúde “constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.”(BRASIL, 2013)

Segundo esta Portaria, as ações de Vigilância em Saúde envolvem diferentes práticas e processos de trabalho no âmbito dos serviços de saúde. Declara ainda em seu Art. 11. que trata das competências das Secretarias Municipais de Saúde referente ao componente municipal dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e de Vigilância Sanitária, que no âmbito de seus limites territoriais, cabe ao município de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, dentre outras ações e serviços, sobretudo no que está prescrito no inciso VIII, destacado a seguir: “desenvolvimento de estratégias e implementação de ações de educação, comunicação e mobilização social”.(BRASIL,2013).

A história da vigilância em saúde tem sido materializada por um padrão hegemônico fundado na eficácia técnica, mas, “Na Saúde Coletiva, entendida como área de conhecimento onde se desenvolvem as ideias produzidas na Reforma Sanitária, a vigilância em saúde deve se fazer com a participação da população [...]” (SEVALHO, 2016, p.612)

A Portaria<sup>27</sup> do GM/MS nº 1.378, de 9 de julho de 2013 no seu artigo 2º define Vigilância em Saúde como “um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.” Em seu artigo 4º diz que: “As ações de Vigilância em Saúde abrangem toda a população brasileira e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para: I - a vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública; II - a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às

---

<sup>26</sup> Portaria GM/MS nº 1378, de 09 de julho de 2013 regulamentou as responsabilidades e definiu 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.

<sup>27</sup> Portaria GM/MS nº 1378, de 09 de julho de 2013 regulamentou as responsabilidades e definiu 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.

emergências de saúde pública; III - a vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis; IV - a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências; V - a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde; VI - a vigilância da saúde do trabalhador; VII - vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde; e VIII - outras ações de vigilância que, de maneira rotineira e sistemática, podem ser desenvolvidas em serviços de saúde públicos e privados nos vários níveis de atenção, laboratórios, ambientes de estudo e trabalho e na própria comunidade.” (BRASIL,2013).

É importante destacarmos, que anterior a esta, a Portaria<sup>28</sup> nº 3.252 de 22 de dezembro de 2009 já declarava no seu artigo 1º que “A Vigilância em Saúde tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.” (BRASIL, 2009). O artigo 2º da mesma portaria destacava que “A Vigilância em Saúde constitui-se de ações de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde”, compreendendo a vigilância epidemiológica, a promoção da saúde, a vigilância da situação de saúde, a vigilância em saúde ambiental, a vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária.

Entendemos que a portaria atual de nº 1.378/2013 atribuiu um caráter mais abrangente ao campo da vigilância, na medida em que admitiu que a mesma poderá ser realizada pelos profissionais da saúde na própria comunidade e envolvendo os sujeitos populares nas ações. A nosso ver, criou possibilidades de abertura, sobretudo para incorporação de estratégias mais próximas dos diferentes sujeitos populares e da sociedade como um todo. Vemos também que há um entendimento expresso no corpo da lei na perspectiva de uma compreensão de vigilância em saúde ampliada, que incorporou as vigilâncias epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador e práticas de promoção da saúde em diferentes contextos e nas condições de vida das populações e do ambiente em que se vive.

Do ponto de vista legal, a compreensão da Vigilância em Saúde tem sido constantemente revisitada pelas diretrizes nacionais. Embora se constate tentativas de pensar a

---

<sup>28</sup> A Portaria nº 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009 foi revogada pela Portaria nº 1.378/ GM/MS, de 9 de julho de 2013, que está em vigor.

vigilância em saúde para além do enfoque da vigilância epidemiológica<sup>29</sup>, ainda é muito forte a tendência de pensar vigilância como controle e prevenção de doenças, imputando para a população essa responsabilidade sanitária. Precisamos avançar cada vez mais na perspectiva da vigilância em saúde e nas ações capazes de promover “uma nova abordagem, mais ampla do que a tradicional prática de vigilância epidemiológica, tal como foi efetivamente constituída no país, desde a década de 70.” (ibid., p.7).

No sistema de saúde, se tem uma vigilância que se espalha pela rede de atenção, nem sempre visível e incorporada na rotina dos profissionais e serviços de saúde. A nosso ver, pela robustez da força legal, a vigilância em saúde tem sido operada por uma força de trabalho insuficiente para cumprimento de suas responsabilidades legais. Além disso, no cotidiano dos serviços de saúde, não podemos esquecer de que nem todos os profissionais do SUS se sentem realmente responsáveis pelas ações de vigilância em saúde, muitos destes negligenciando seu papel no dia-a-dia.

No seu conjunto, a Vigilância em Saúde, pela sua amplitude e complexidade requer uma compreensão crítica. Entendemos que boa parte dessas responsabilidades recai sobre os ombros dos agentes que atuam diretamente com a população, como os Agentes de Combate às Endemias, os Agentes Comunitários de Saúde, os Agentes Indígenas de Saúde, dentre outros que atuam no cotidiano da comunidade no enfrentamento das principais doenças e agravos à saúde<sup>30</sup>, num intenso processo de trabalho que, face às condições de vida dessa população, a vigilância já acontece de maneira tardia e sua promoção não se reflete na realidade, ficando muitas vezes apenas no papel.

A partir dessa perspectiva de compreensão, talvez se tenha na vigilância epidemiológica e na vigilância sanitária, as duas tradicionais grandes áreas que nos remetem ao entendimento da vigilância em saúde, num primeiro momento. Ainda que não se restrinja somente a essas áreas, haja vista que, há uma evolução conceitual, de compreensão e de propostas. Apesar da sua abrangência, num primeiro momento, a vigilância em saúde está de uma maneira ou outra relacionada à ideia ou ato de vigiar. Nessa perspectiva, se pensa sob o enfoque epidemiológico numa vigilância das doenças e, por conseguinte, na adoção de

---

<sup>29</sup> Vigilância Epidemiológica é um “conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”. (BRASIL, 2008, p. 7)

<sup>30</sup> A Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016 do Ministério da Saúde define Agravado como qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada.

medidas de controle. Consoante a essa compreensão, a vigilância sanitária, estabelece normas para coibir às práticas que podem causar riscos e danos à saúde da população.

Pelo prisma da Portaria nº 1.378/ GM/MS, de 9 de julho de 2013 em pleno vigor, a abrangência da vigilância necessita de uma elevada capacidade de mobilização e articulação com outros pontos da rede de serviços de saúde e com a população em suas bases populares nas comunidades. Nesta linha da abrangência, a possibilidade de incorporação da vigilância em saúde pela via da participação popular é um desafio no SUS, sob o risco de evitar a fragmentação e descontextualização das ações, tendo em vista que, age na esfera da vida das pessoas, individual e coletivamente consideradas.

Ao se buscar o envolvimento dos setores populares se anuncia a necessidade de comprometimento contínuo com os cuidados com a saúde coletiva e isso deverá implicar no trabalho conjunto com os profissionais da saúde em várias instâncias. O modelo de vigilância em saúde anunciado pelas diretrizes nacionais se assenta numa compreensão ampliada, que preconiza, dentre outras, formas de vigilância comunitária e, requer formas participativas dialogadas com a população organizada.

A vigilância em saúde definida por lei considera importante a construção de processos participativos e dialogais nos níveis decisórios de gestão e na ponta dos serviços. Contudo a realidade concreta desmente e contradiz essas intenções, pois, a adoção de ações intervencionistas decorrentes de um modelo burocrático e vertical costuma desprezar ou ignorar essa dimensão participativa.

Valla (2000, p.254) observa que:

Em grande parte, os governos brasileiros, tanto o federal como os estaduais e municipais, agem de forma autoritária, tomam decisões unilaterais sobre a qualidade e quantidade dos serviços básicos. Quando, no entanto, percebem que sua ação é ineficaz e não dá conta de um determinado problema – como o dengue ou a cólera, por exemplo –, conclamam a população a participar do combate e da erradicação do mal, por meio do mutirão.

A contradição está presente no agir da vigilância em saúde em relação ao envolvimento da população nas ações. O agir normativo e vertical dificulta o desenvolvimento de práticas participativas e dialogais. Assim, se reproduz um modelo de vigilância insuficiente do ponto de vista dos princípios do SUS, sobretudo pelos processos de trabalho departamentalizados, fragmentados e distantes das necessidades sociedade.

Numa sociedade aprendente por natureza há que se repensar os significados atribuídos à prática educativa em vários campos da ação humana, pois vivemos num mundo

em intensas aprendizagens nos mais diferentes espaços. A saúde é um campo vasto de práticas educativas, que ocorrem em muitos pontos da rede de serviços do sistema de saúde, por diferentes motivações e envolvendo muitos profissionais e a população.

A dinâmica do SUS potencializa a prática educativa em muitas frentes de trabalho. Não apenas nas práticas formativas que resultam da educação na saúde<sup>31</sup> e Educação Permanente em Saúde, entendida aqui, como “Ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho [...]” (BRASIL, 2009, p.22). A educação também se faz presente, com atuação incisiva e necessária no conjunto de outras práticas, como nas ações decorrentes das Políticas de Promoção da Saúde e da Educação Popular em Saúde, como já afirmamos.

Vivemos num mundo com epidemias, adoecimento e mortalidade, em fim, cercado por todos os lados de agravos à saúde, muitos causados pelos modelos inadequados da relação dos homens entre si e com a natureza, que criaram formas predatórias de sobrevivência, tendo como consequência desigualdades sociais e estilos de vida, de produção e consumo insustentáveis, com constância de doenças transmissíveis e aumento dos fatores de risco. Segundo Duarte e Barreto (2012, p.530) “Permanecem, no horizonte da Saúde Pública, desafios históricos como a persistência de doenças associadas à miséria e exclusão social, a exemplo da tuberculose e a hanseníase; a alta incidência da malária na região da Amazônia Legal [...]”.

As políticas preconizam que a Vigilância em Saúde deve operar no enfrentamento dos problemas de saúde e atua diretamente nos determinantes do processo saúde-doença, riscos à saúde e promoção da saúde, podemos pensar que na prática se exige um olhar diferenciado no tratamento das ações. Isso implicará no reconhecimento de que será necessária uma abordagem coletiva dos problemas de saúde. Por conseguinte, pressupõe o envolvimento dos indivíduos e da comunidade nas ações. A nosso ver, o alcance desse modelo requer ações educativas, exercício da cidadania e promoção da saúde, na tentativa de despertar novas atitudes e comprometimento com a vida sustentável.

Neste sentido, optamos em pensar a vigilância em saúde a partir de seu viés educativo. Entendemos que, a vigilância em saúde potencializa um campo de ação e atuação que se constitui num componente importante na construção de novos caminhos e sentidos.

---

<sup>31</sup> Refere-se à produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular. (BRASIL, 2009, p.22)

Na Vigilância em Saúde, a área de atuação da educação está presente na dinâmica do conjunto das vigilâncias. Em síntese, na Vigilância Epidemiológica, a prática educativa pode operar no conjunto de ações relacionadas na prevenção dos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva. No âmbito da Vigilância Ambiental, destacamos o controle e a prevenção de endemias que tem forte atuação nas ações voltadas para a diminuição das vulnerabilidades e riscos à saúde da população, grupos e de indivíduos. No manual de 2001 sobre Controle de Endemias, fundamentado nas normatizações da Portaria de nº 1.399 de 15 de dezembro de 1999 que trata do processo de descentralização das ações de saúde no âmbito do SUS o Ministério da Saúde declara que “O controle das endemias consiste numa estratégia para reduzir e até eliminar doenças endêmicas no Brasil” (BRASIL, 2001, p.5). Declara ainda que “Por definição endemia, é uma enfermidade, geralmente infecciosa que reina constantemente em certo país ou região por influência de causa local. Enquanto epidemia é uma enfermidade acidental, transitória, que ataca ao mesmo tempo um grande número de pessoas em um mesmo país ou região”. (BRASIL, 2001, p.6)

As experiências de controle de endemias propostas pelo Ministério da Saúde repousam em geral numa perspectiva de compreensão focada nas estratégias de redução e tentativas de eliminação de doenças por intermédio de diferentes mecanismos de controle e ações preventivas realizadas por diversos profissionais da saúde e também de outras áreas do saber humano. O controle e a prevenção deve demandar atenção por parte dos órgãos da vigilância em saúde, sobretudo por conta das condições ambientais locais que favorecem a instalação e proliferação de doenças na região. Essa questão precisa ser mais bem compreendida no âmbito desenvolvimento das ações educativas.

A despeito da educação popular em saúde estar prevista nas políticas e diretrizes do MS e de estar em execução através de suas ações estratégicas, ressaltamos que no contexto local, seu cumprimento legal quase nunca se traduz numa realidade concreta, o que pode ser explicado, por diferentes razões. A compreensão de que a educação pode ser construída no conjunto das relações e das práticas que emanam do mundo social e cultural é fundamental para o conhecimento dos diferentes contextos, sujeitos e diversidades que permeiam a realidade local.

Assim sendo, para construção desta tese, escolhemos o campo do controle das endemias e nos propusemos a pensar a prática da educação desenvolvida pelos Agentes de Endemias, tendo como referencial analítico a Educação Popular. Entendemos que a teoria e prática da educação popular poderão trazer elementos significativos para pensarmos as

práticas de educação em saúde no âmbito específico do controle de endemias e de maneira mais abrangente, na vigilância em saúde no contexto local.

O ACE em seu fazer cotidiano percorre ruas e quarteirões dos bairros, visitando casa à casa realiza ações protocolares demandadas para controle, prevenção e vigilância em saúde. Desafiado na construção dessas ações, tem no trabalho corpo-a-corpo com o morador algumas possibilidades para o agir educativo. Afirmamos que esse agir trata de uma prática concreta tecida no contexto das ações, fruto da mediação de saberes.

A prática educativa é uma importante estratégia de intervenção para o ACE promover o controle de endemias e a vigilância em saúde nas relações cotidianas com a população. O trabalho do ACE que se concretiza no agir, a partir das limitações e possibilidades, tensões e contradições, pode forjar uma prática educativa popular em saúde, a partir da mediação dos saberes que emergem da cultural local.

Ao longo da história, a prática educativa nos serviços de saúde têm assumido diferentes enfoques e perspectivas. Desde a educação sanitária até os dias atuais, podendo apresentar diferentes feições, com intencionalidade educativa se constituindo de processos que acontecem entre pessoas com suas culturas e inseridos nas realidades diversas. (RENOVATO & BAGNATO, 2010).

Para Vasconcelos (2001) diferentes concepções e práticas marcaram a história da Educação em Saúde no Brasil, sendo que até a década de setenta foi basicamente uma iniciativa que se voltava somente para a imposição de normas e comportamentos em virtude dos interesses das elites políticas e econômicas do país. Inicialmente, a educação em saúde brasileira, ainda arraigada nos moldes do sanitarismo, apresentava-se de maneira breve e marginal, sem muito aprofundamento, pois, para as autoridades, a população em geral era considerada ignorante e sem consciência sanitária, sendo responsabilizada pelas suas doenças. Por conseguinte, a prática de educação em saúde, sem uma base dialógica, na qual o conhecimento popular era totalmente desprezado foi dominante por décadas no Brasil e ainda hoje está presente em muitas condutas profissionais e governamentais.

A Vigilância em Saúde se sustenta em processos educativos que colaboram na produção de sentidos da organização das ações e serviços no âmbito do trabalho e nas relações com a população. Muitas práticas de vigilância em saúde estão focadas na doença e nem sempre, nas maneiras de evitá-las ou promover à saúde, reproduzindo assim, uma compreensão e agir que já não são suficientes para responder às necessidades e aos desafios de saúde nos tempos atuais. A prática de educação que dialogue nesta perspectiva poderá contribuir com uma nova mentalidade.

O campo educativo é amplo e abrange diferentes interesses da sociedade. Toda ação educativa é carregada de intenção, o que pressupõe uma determinada direção. Neste sentido, “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.” (LIBÂNEO, 2001, p.7)

A educação, entendida como uma expressão da vida humana se constitui como um espaço de práticas sociais e de processos de trabalho que podem potencializar vivências comprometidas com o pensar e agir em saúde. Compreendemos que a educação ou a prática educativa é um processo que envolve ação e reflexão e que ocorre em diferentes contextos, sob muitas influências e percepções. Nesta perspectiva, compartilhamos com o entendimento de Freire (1975) de que, neste sentido, a prática educativa deve ser compreendida como práxis educativa. A prática educativa implica numa inserção crítica na realidade. A prática deve partir da realidade, “não pode ser a do depósito de conteúdos, mas a da problematização dos homens em suas relações com o mundo.” (FREIRE, 1975, p.77). Ao pensar a educação numa perspectiva problematizadora, crítica e transformadora que se dá no diálogo e na troca de saberes, Freire apresenta elementos fundamentais para constituir as bases da chamada Educação Popular, entendida como uma proposta que se contrapõe a “Educação Bancária” (FREIRE, 1975).

As ideias fundantes do pensamento freireano influenciaram a trajetória de ações educativas nos serviços de saúde no Brasil fortalecendo o movimento e a construção da conhecida Educação Popular em Saúde. Vasconcelos (2001) esclarece que as campanhas sanitárias da Primeira República no Brasil e a expansão da medicina preventiva para algumas regiões do país, a partir da década de 1940, no Serviço Especial de Saúde Pública, apresentavam estratégias de educação em saúde autoritárias, tecnicistas e biologicistas, considerando as camadas populares como atrasadas e incapazes de ter iniciativas próprias e, por essa razão, tais estratégias expressavam os interesses das classes dominantes da época, tendo como finalidade mantê-las sob regras de higiene e comportamentos “adequados” , muitas vezes descontextualizados da realidade comunitária, para controle de doenças.

Críticas apontadas por Vasconcellos (2001; 2006) nos ajudam a entender as limitações da educação em saúde no modelo conhecido como educação sanitária, haja vista que, se trata de uma perspectiva de compreensão que tinha como preocupação principal o convencimento do indivíduo a adotar novos hábitos e regras de higiene, sendo responsabilizado pelas suas doenças, como se tudo dependesse de uma consciência sanitária e

não tivesse relação também com as questões de ordem econômica e social, que por sua vez produzem desigualdades que se refletem nas condições de saúde da população.

Assim sendo, entendemos que este modelo de educação não levava em consideração os determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos em saúde, tomando os sujeitos (usuários) como objeto das práticas educativas e desprovidos de saberes sobre a sua própria saúde, ignorando que o saber/fazer em saúde é também permeado por crenças e valores e muitas outras formas de saber. Essa concepção de educação em saúde se fez dominante no Brasil e foi orientada por um viés tecnicista e elitista, permeado por conteúdo fortemente político privilegiando conhecimentos técnicos e científicos, subjugando as outras formas de saber, como conhecimentos tradicionais-populares presentes no modo de saúde das populações locais.

Vasconcelos (2006; 2015) entendendo que práticas de educação em saúde fundamentadas no repasse de conhecimentos deixam de lado questões importantes, sugere uma proposta de educação popular em saúde, baseada na valorização do diálogo, na participação ativa do usuário e na troca de conhecimentos nos serviços de saúde, levando em consideração a determinação social da doença.

Mas a construção dessa prática não dependerá somente da vontade de profissionais e grupos envolvidos. Dependerá, sobretudo, da superação do autoritarismo presente na organização política e técnica da vigilância em saúde.

A educação popular, partindo da compreensão de que os conhecimentos não são fixos, prontos e acabados, mas estão relacionados com os movimentos e dinâmica da vida e do mundo, pode criar e recriar novas práticas educativas em saúde, valorizando a pluralidade de saberes, o cotidiano, os interesses e valores da vida de seus praticantes na busca da construção de uma educação em saúde dialógica e emancipatória, capaz de promover novos sentidos na saúde.

Nessa linha de argumentação, a educação popular também tem se nutrido de uma postura respeitosa e dialógica em relação à sabedoria popular, sendo esta, aliás, uma de suas características fundamentais. Por essa razão, problemáticas ligadas à cultura popular, à espiritualidade em saúde, à medicina popular e alternativa, às práticas terapêuticas, à linguagem espontânea do povo, têm sido consideradas como de suma importância nos processos educativos populares em saúde, superando o discurso monológico e promovendo o diálogo de saberes.

Neste contexto, Santos (2007) propõe uma substituição das “ausências” por “ecologias”, dentre as quais, a “ecologia dos saberes”. Segundo o autor, não se trata de

descredibilizar as ciências nem de um fundamentalismo essencialista, anticientífico. Santos (2007) propõe um diálogo entre o saber científico com o saber laico (populações indígenas, populares, urbanas marginais, camponês, etc.). Nesse entendimento, as monoculturas dizem, por princípio, que a ciência é a única e não há outros saberes. Por essa compreensão, se pode pensar a educação em saúde por outras lógicas de produção e de promoção da saúde humana, considerando as diversidades culturais, os múltiplos contextos e os diferentes sujeitos, criando outras possibilidades de pensar e fazer saúde, considerando suas especificidades. Daí reside a importância de compreender a educação em saúde na perspectiva popular e emancipatória, capaz de incorporar concretamente os diferentes saberes em suas práticas educativas para produzir saúde no contexto já caracterizado.

Ampliando essa compreensão, Brandão (2002) argumenta que somos a extensão da natureza e imprimimos nossas marcas através de nossas ações, pois, não somos intrusos no mundo ou uma fração da natureza rebelde a ela. Somos a própria múltipla e infinita experiência do mundo natural realizada como uma forma especial de Vida: a vida humana. Neste sentido, a educação constitui um processo de partilha de conhecimentos regidos pela comunicação viabilizando as relações dos homens com o mundo. Não há educação sem diálogo. O diálogo caminha para a igualdade, sem hierarquização de saberes e conhecimentos objetivando tornar os homens iguais.

Nesta perspectiva dialógica entendemos que a prática da educação em saúde, desempenha papel central no processo de construção de novos modos de se construir as práticas de saúde, por permitir processos de mediação entre saberes, aproximando-as das necessidades da população e na construção de novas relações entre os sujeitos e coletivos envolvidos nos processos e no fazer saúde.

Em Freire (1997), a Educação Popular anuncia uma visão de educação centrada no ser humano enquanto um ser da práxis, da ação e da reflexão. O ser humano é o sujeito de sua própria educação, não é somente objeto dela. Como ser inacabado não deve render-se, mas interrogar e questionar a realidade a que pertence. Como seres inacabados, os homens são também sujeitos de conhecimento. Freire (1997, p. 10) esclarece que o conhecimento “[...] exige uma presença curiosa do sujeito em face do mundo. Requer sua ação transformadora sobre a realidade. Demanda uma busca constante, implica em invenção e reinvenção”.

Dessa maneira, a educação para Freire (1983) deve ser pensada a partir do contexto sóciohistórico, natural e cultural dos sujeitos. Educar é dar sentido à própria vivência, compreender o funcionamento da sociedade, dar sentido ao ato de educar, ter relevância e dar sentido ao mundo. Assim, a educação realiza-se como prática da liberdade. Educar, nesta

concepção, é considerar a diversidade de saberes, de aprender a ler o mundo de forma crítica e compreender que os seres humanos são sujeitos inacabados e que estão num processo contínuo de transformação.

A pedagogia de Freire tem raízes na cultura e se baseia numa dialética do conhecimento. Sua visão de educação pautou-se num processo dialógico e dialético com vistas à emancipação social. A ação educativa fundada na prática dialógica possibilita aos sujeitos a busca de projetos e sonhos constantes de ações e intervenções na realidade. Freire propicia, dentre outras aprendizagens, repensar nosso lugar como sujeitos e, a partir daí, refletir sobre a necessidade de uma radicalidade, no sentido da problematização, transformação e intervenção da práxis cotidiana.

O conhecimento em Freire é resultado de um processo dialético e dialógico com a realidade e sujeitos envolvidos. Nesta perspectiva, se compreende que saberes científicos e populares são maneiras diferentes de explicar o mundo. Todavia, muitos saberes são ignorados ou invisibilizados diante das formas de conhecer hegemônicas, cientificamente valorizadas e reproduzidas culturalmente.

Em termos de fundamentação, a Educação Popular encontra no pensamento freireano, uma matriz orientadora para a realidade do tempo presente, tendo em vista que na realidade educacional atual persiste um modelo de educação excludente e opressor, tendo a Educação Popular, elementos político-pedagógicos necessários para propiciar uma formação humana emancipatória.

A Educação Popular está vinculada à visão da educação como ato político que, em Freire, traz como elemento central e inspirador, a preocupação com a politicidade da educação, abordando o político na relação com o pedagógico. Nas práticas educativas, recriadas conforme o cotidiano ganha espaço os interesses e valores da vida de seus praticantes na busca da construção de um projeto de educação humanista e solidário.

A compreensão explicitada sobre a pedagogia da educação popular indica uma preocupação essencial com o processo de criação de ações transformadoras na sociedade e quase sempre engendradas na luta dos movimentos sociais populares, visando a emancipação na ação transformadora e compromisso de luta na direção da democracia. Freire destaca que o *ser mais* se realiza com base na autoconsciência da inconclusão como ser humano e da visão da história como possibilidade para *inéditos viáveis*.

Entendemos que a educação popular pode possibilitar ao sujeito recriar-se e recriar sua realidade, mobilizando novos dispositivos de luta intelectual e prática com vistas a tentativa de novas formas de convivência humana. Isso nos remete a compreensão de que os

processos pedagógicos de educação popular estão relacionados com os movimentos e dinâmica da vida e do mundo, o que pressupõe uma concepção de educação dialógica, dialética e histórica, capaz de reconhecer suas limitações e necessidades de recriação diante dos contextos concretos da realidade.

Contudo, a vigilância em saúde é um campo normativo e protocolar, onde o desenvolvimento da educação popular pode não ser bem visto e aceito, tendo em vista a tradição autoritária e vertical dessa área da saúde. Neste sentido, a ação educativa popular não está à margem das relações de poder, nem fora das macroestruturas da realidade.

Entendemos que os diferentes sujeitos constroem nas suas interações e práticas sociais do cotidiano um conjunto de saberes em saúde que pode se constituir como possibilidade de práticas educativas, pela possibilidade do reconhecimento e da articulação dos diferentes modos de saber e produzir saúde.

O exposto acima nos faz refletir que a educação como ato de produção e não meramente como transmissão do conhecimento, no sentido de que a educação popular se constitui como um campo aberto e dialógico. Observa-se que os processos formativos de Educação Popular continuam sendo criados e recriados à luz de novos referenciais teórico-metodológicos. Entretanto, alguns elementos são mantidos, outros são incorporados, o que evidencia ser a educação popular um campo de novas leituras da realidade, múltiplos sentidos e outras possibilidades. Para Hurtado (2006) a Educação Popular ampliou seus horizontes e hoje engloba outros sujeitos, espaços e relações, tanto em seus aspectos teóricos como na formulação de estratégias e propostas de intervenção.

Em suas reflexões baseadas numa Epistemologia do Sul, a partir dos espaços estruturais da sociedade capitalista, Santos (2007) indica a necessidade e a possibilidade de se compreender as relações entre saúde/doença que diferentes culturas possuem com a construção de um diálogo/tradução desejável entre os grupos locais. Neste contexto, Santos (2007, p. 28-29) chama de Sociologia das Ausências, ou seja, “uma sociologia insurgente para tentar mostrar que o que não existe é produzido ativamente como não existente, como uma alternativa não crível”, logo, deve ser descartado enquanto alternativa à realidade hegemônica do mundo. Como consequência disso, o autor esclarece que é possível observar a realidade através de uma Sociologia das Emergências, (Santos, 2004), que consiste em substituir o vazio do futuro segundo o tempo linear por um futuro de possibilidades plurais, concretas, simultaneamente utópicas e realistas, que se vão construindo no presente mediante atividades de cuidado. Permite também visualizar um futuro produtor de experiências possíveis mesmo que as que “não estão dadas porque não existem alternativas para isso, mas são possíveis e já

existem como emergência” (SANTOS, 2007, p. 38). Assim, Santos (2004) argumenta que a ciência moderna, ao produzir existências, também produziu ausências. Em síntese, podem considerar-se os diferentes saberes por reconhecer, nas formas de conhecimento, virtualidades capazes de enriquecer a relação com o mundo. O não aproveitamento dos diferentes saberes e experiências favorece o desperdício da experiência.

Para Santos (2007), o que importa é tornar credível um objeto empírico que, à luz da ciência hegemônica, seria considerado impossível, uma vez que a sua formulação representaria uma ruptura com ela. Considerando-se que não há uma única maneira de ganhar existência considerada válida, as ausências são traduzidas em diferentes lógicas e processos, através dos quais os critérios hegemônicos de racionalidade e de eficácia produzem a não-existência do que neles não cabe. Dessa forma, a monocultura racional caracteriza-se por cinco lógicas ou modos de produção de ausências: a lógica do saber e do rigor científico; a lógica do tempo linear; a lógica da classificação social; a lógica da escala dominante e a lógica produtivista. Entre essas lógicas, a do saber e do rigor científico é percebida como o mais poderoso modo de produção de não-existência, pois ela admite apenas a ciência hegemônica como critério de verdade, reduzindo à categoria de ignorante ou inculto tudo o que não é por ela legitimado.

Todavia, segundo a Sociologia das Ausências e Emergências, não há saberes nem ignorâncias completas, mas há incompletude. Segundo Santos (2004), dela decorre a possibilidade de diálogo e de disputa epistemológica entre os diferentes saberes. Essa abordagem propõe a substituição da monocultura do saber científico por uma ecologia de saberes, que tem como base a Sociologia das Ausências e Emergências, expressa pela investigação das alternativas que se tecem no horizonte das possibilidades concretas. Assim, esta Sociologia ocupa-se em identificar traços de possibilidades futuras nas diferentes formas de interação social, visando ampliar as possibilidades que residem de maneira latente nas experiências sociais concretas que forjam o conhecimento de um determinado grupo (SANTOS, 2005).

Dessa forma, entendemos que a articulação entre os saberes pode favorecer a ampliação epistemológica do fazer saúde, pela produção de novos conhecimentos. Aqui, se visualiza que pontos de convergência entre a educação popular e a Sociologia das Ausências e Emergências podem estar na possibilidade e na capacidade de conferir visibilidade e credibilidade aos saberes e práticas silenciados. É nessa perspectiva que caminha a educação popular, na busca da reabilitação/articulação entre os diferentes saberes, por meio do diálogo entre o fazer e a reflexão teórica, permitindo aos atores a discussão e a sua inserção nessa

problemática, corroborando a apropriação crítica da realidade (FREIRE, 1999). De forma análoga, o conceito de saúde, em uma concepção ampliada para além da ausência de doenças e em defesa da vida, coloca em evidência a necessidade de estabelecer um diálogo entre diferentes saberes, em respeito às necessidades culturais que permeiam o cuidado em saúde. Assim, o ser humano é, ao mesmo tempo, participante e protagonista da produção da saúde.

Considerando o contexto a ser estudado, Wagley (1988), ao analisar uma comunidade amazônica e o homem dos trópicos, conclui que a “base” para a formação do tipo cultural amazônico e seu modo de vida foi o índio amazônico. Afirma que a miscigenação biológica e cultural entre as populações indígenas, europeia e africana resultou em um “tipo cultural”, que foi designado na Amazônia como “caboclo”. O autor destaca também que o meio em que o ser humano vive e as formas como ele produz e reproduz sua subsistência determinam seu modo de vida. Afirma existir um modo de vida distintamente tropical, com características próprias, tanto no sistema produtivo quanto no seu cotidiano marcado pela presença do rio, das florestas e dos seus saberes. Wagley (1988) observa que nas comunidades existem relações humanas de indivíduo para indivíduo, e nelas, todos os dias, as pessoas estão sujeitas aos preceitos de sua cultura. É nas suas comunidades que os habitantes de uma região ganham a vida, educam os filhos, levam uma vida familiar, agrupam-se em associações, adoram seus deuses, tem suas superstições e seus tabus e são movidos pelos valores e incentivos de suas determinadas culturas. Corrobora, Benchimol (1999), quando bem situa o conhecer, o saber, o viver e o fazer na Amazônia como um processo predominantemente indígena e caboclo. A ciência, a vivência e a experiência indígenas estão manifestas no conhecimento dos rios, no aproveitamento das várzeas, no uso das florestas, nas práticas agrícolas [...]. Em suma, o autor salienta a etno e antropodiversidade que geraram uma pluralidade de línguas, culturas e valores no espaço amazônico.

A abordagem a ser desenvolvida nesta investigação, sem negar a intencionalidade política e pedagógica da educação popular a serviço do campo popular, contempla o espírito de abertura epistemológica da educação popular na contemporaneidade e dessa maneira, dialoga com correntes de pensamento e práticas alternativas comprometidas com as lutas pela democracia e emancipação, na medida em que apresentem uma postura crítica da modernidade/colonialidade. Neste sentido, Mejía (2013) fala sobre a importância de se construir uma Epistemologia do Sul na educação popular, mas com capacidade de diálogo com a teoria crítica produzida pelos aliados no Norte. Por sua vez, Carrillo (2012) corrobora nessa compreensão quando destaca que a educação popular latino-americana expressa um projeto intelectual capaz de construir um pensamento de oposição e, ao mesmo tempo,

recuperar as promessas de emancipação social da modernidade, que supere o que há de eurocentrismo e colonialismo e incorpore os aportes críticos que se estão produzindo nas lutas políticas e sociais atuais.

A necessidade de construir uma educação popular no horizonte epistemológico das “epistemologias do Sul” é também apontada por Mejía (2013), para quem o *Sul* deve ser visto como uma “aposta contextual, epistêmica e política”. O Sul, para este autor, na linha do pensamento de Boaventura de Sousa Santos, é uma forma de visibilizar múltiplas e diferentes cosmogonias, através das quais se tornam visíveis outras maneiras de compreender o mundo, para além do pensamento dualista ocidental e de suas cosmovisões totalizantes. Diz Mejía (2013, p. 378), neste sentido, que “estamos frente a maneiras de entender o mundo muito mais amplas do que as que temos construído desde a matriz epistêmica fundada no racional”. Neste processo de descolonização dos discursos e das práticas da educação popular, Mejía (2013) chama atenção para a importância da interculturalidade, como estratégia de diálogo com grupos historicamente excluídos pela modernidade/colonialidade, como os indígenas e os afrodescendentes. Para Mejía (2013), a interculturalidade na educação popular assume um sentido descolonizador porque abre novas perspectivas e outros caminhos de luta, como os direitos da natureza e sua relação com as cosmovisões de grupos ancestrais de nosso continente; questões essas que eram antes ignorados ou secundarizadas.

Diante dessa compreensão, se entende que os indícios teórico-práticos sinalizam que o campo/espço da educação popular, hoje, é plural, complexo e intercultural, visto que a educação popular tem procurado repensar a si mesma a partir de novos horizontes, inclusive das Epistemologias do Sul, o que traduz sua capacidade de crescente diálogo com uma amplitude de sujeitos e formas de produção de conhecimentos, recriando suas práticas e trabalhando na construção compartilhada de produção de conhecimentos, não apenas à identificação dos problemas, mas à definição de alternativas de mudança.

Ao situar o campo da educação popular em saúde, Vasconcelos (2006) entende que a educação popular é uma proposta pedagógica possível de fazer a mediação entre os saberes científicos e os saberes populares, implicando no reconhecimento de outro saber sobre o outro, tendo como premissa, a incompletude e limitação desses saberes. Para esse autor, a educação popular em saúde, como modelo dialógico, tem se constituído em importante referência para a mudança no formato das práticas educativas nos serviços de saúde, sobretudo, pela construção compartilhada de saberes.

Nesse entendimento, Valla (1992), tendo com base a educação popular propõe uma nova abordagem de participação popular, denominada defesa civil popular, para indicar um

movimento da população civil na direção da defesa da própria vida. Nesse sentido, Valla (1993) aponta na perspectiva de uma epidemiologia do cotidiano.

À luz de pistas fornecidas por Valla (1999), quando busca entender o relacionamento dos temas de educação popular e saúde comunitária, percebemos fortes indícios de que o protagonismo popular por meio de grupos organizados pode contribuir no enfrentamento dos problemas de saúde da comunidade por meio de ações efetivas de colaboração mútua. Nesta perspectiva, diante da crise na saúde e reconhecendo a potencialidade da participação popular nas lutas por melhores condições de vida, o autor aponta a necessidade de um novo olhar na direção da saúde comunitária e educação popular, a partir das organizações populares da sociedade civil.

Valla (2000) ao refletir sobre educação e participação popular enfoca a importância do saber popular na construção de novas estratégias. Neste sentido, destaca que “os saberes da população se elaboram sobre a experiência concreta, sobre vivências, distintas daquelas do profissional [...]”. A esse respeito, Sevalho (2016), entende que, pelo conjunto da obra, apresentou elementos importantes para se caminhar na direção de uma vigilância civil da saúde, baseada na construção compartilhada do conhecimento, na cultura local, na educação popular e realizada conjuntamente com a população. Nessa perspectiva de compreensão, tomando como base, dentre outros fundamentos, a ideia de uma “vigilância civil da saúde”, criada por Victor Valla, ao pensar o conceito de uma “monitoração civil” da saúde que envolveria os setores populares da sociedade, corrobora o entendimento de Sevalho (2016) sobre o desenvolvimento da vigilância civil da saúde, a qual incorporaria a participação popular à vigilância em saúde. O autor destaca que o educador Victor Vincent Valla na década de 1990 delineou uma experiência de construção compartilhada de conhecimento e de ouvidoria coletiva, com base na educação popular que pode ser compreendida como Vigilância Civil da Saúde.

Para Sevalho (2016, p. 612) “a vigilância civil pode representar a vertente da vigilância em saúde que corporifique a participação popular e contribua para a transformação social, complementando a tradicional vigilância epidemiológica.”. Ao discutir criticamente a relação da vigilância em saúde com a participação popular, o autor reconhece que a vigilância em saúde, hegemonicamente estabelecida, pode ser repensada e “deve se fazer com a participação da população” (SEVALHO, 2016, p. 612). Ainda o autor observa que “A vigilância civil da saúde tem embasamento teórico e prático vinculado aos campos da vigilância e da educação em saúde, alicerçado na educação popular de Paulo Freire” (SEVALHO, 2016, p.619).

A vigilância em saúde, de maneira ampla, age na esfera da vida das pessoas, individual e coletivamente consideradas, e, portanto, necessita de uma elevada capacidade de mobilização e articulação com outros pontos da rede de saúde e com a população em suas bases populares em suas diferentes formas de organização comunitária.

Assim, entendemos que a vigilância em saúde para atingir suas finalidades preconizadas nas legislações depende da organização dos serviços e dos profissionais da saúde. Mas também pressupõe a participação da sociedade pelos seus saberes e processos educativos, requerendo a mobilização de diferentes conhecimentos e experiências. Podendo ser realizada na própria comunidade, a vigilância em saúde assume dimensões populares e depende de diferentes sujeitos e de uma diversidade de coletivos.

Decorre das legislações, dentre as quais, a já citada Portaria nº 1.378/ GM/MS, de 2013, uma compreensão de vigilância em saúde que engloba dentre outras, a ideia de monitoramento, controle, observação, fiscalização, normatização, investigação, coleta de dados, informação, comunicação e educação. Esse entendimento permeia com maior ou menor intensidade as áreas abrangentes e campos específicos da vigilância, produzindo formas de compreensão distintas, complementares, conflitivas e em disputa.

Pela análise da evolução da vigilância em saúde percebemos um campo bem abrangente, mas que se atualiza e redimensiona. Desse modo, produz novos instrumentos de compreensão e cria novas estratégias de operacionalização. Mas, apesar disso tudo enfrenta problemas de gestão na organização dos serviços e no financiamento das ações.

É importante notarmos que a vigilância em saúde, por mais avanços científicos e tecnológicos já incorporados no seu sistema, ela lida com um campo das incertezas e imprevisibilidades. Entendemos que, o diálogo com outras maneiras de pensar o modelo vigente podem oferecer subsídios noutra direção, podendo agregar novos conhecimentos. Assim, nos parece que esta área pode ser pensada pelos seus fundamentos educativos.

Os estudos sobre o ACS e seu campo de atuação desvelam, conforme destaca Mendes-Gonçalves (1994), que o saber científico a serviço da medicina e áreas afins, ao ser confrontado com situações concretas, desdobra-se em saber operante, na medida em que aparecem necessidades não recobertas pela ciência: valores, condições de vida, relações afetivas. Isso provoca um desinstalar-se das equipes de saúde, porquanto o trabalho do agente traz circunstâncias sobre as quais ainda não se tem um saber sistematizado, nem ferramentas adequadas de trabalho.

No caso amazônico, vê-se que, os povos da floresta e das águas cultivam práticas de saúde decorrentes da maneira como cuidam do corpo e do espírito, da relação que

estabelecem uns com os outros, com seu lugar e com a natureza. Suas práticas de saúde são traduzidas como manifestações de sua cultura e das formas de compreensão da realidade. Considerando a maneira de cuidarem da saúde, é comum em muitos vilarejos e comunidades do interior a presença das parteiras tradicionais<sup>32</sup> para acompanhar as mulheres durante o parto, benzedeiras para sanar problemas de quebranto, espinhela caída ou, ainda, a procura por pajés para sanar males do corpo e do espírito. Muitas plantas e ervas amazônicas são utilizadas nas práticas de cura pelos saberes dos curandeiros.

Na perspectiva desse estudo, entendemos que pensar a Vigilância em Saúde na ótica da educação é partir da premissa de que é preciso compreendê-la não somente através dos protocolos e diretrizes legais, mas, sobretudo, conhecer as práticas de saúde existentes no contexto de atuação dos agentes.

Nesta linha de raciocínio, os processos educativos em saúde estão imbricados e articulados com as práticas de atenção e vigilância da saúde. Práticas, usualmente, secundarizadas, hostilizadas ou mesmo invisibilizadas no sistema de saúde oficial e dominante. Contudo, são práticas que evidenciam que a saúde e sua vigilância está relacionada ao território, as vivências e aos sujeitos. A nosso ver, são formas de resistência de vida, que operam por outra lógica educativa, diferentemente daquela imposta pela colonização. São práticas que tem uma complexidade.

A problemática dessa pesquisa parte da premissa de que no campo da Vigilância em Saúde, a educação em saúde é um processo complexo, plural e multicultural e que está relacionado com a diversidade de saberes, práticas e experiências. Que se situa no campo de relações, tensões e contradições. Perpassa também pelo entendimento de que pensar/fazer educação em saúde na Vigilância em Saúde implica na compreensão do modelo instituído e suas verberações. Implica na compreensão dessa educação pelos agentes diretamente envolvidos com diferentes sujeitos, contextos e saberes. Antes de tudo, implica pensar a educação dentro do contexto de vigilância oficial e de suas articulações possíveis. Entender as conexões desses campos de conhecimentos e de práticas na realidade concreta parece ser os caminhos para construção da tese.

---

<sup>32</sup> O Ministério da Saúde adota a denominação de parteira tradicional por considerar que este termo valoriza os saberes e práticas tradicionais e caracteriza a sua formação e o conhecimento que ela detém. As parteiras indígenas e quilombolas estão incluídas entre as parteiras tradicionais, respeitando-se as suas especificidades étnicas e culturais. É uma figura bastante conhecida e que presta auxílio nos partos domiciliares, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste nas áreas rurais, ribeirinhas e de florestas. Em 2000 pelo Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais foi inserida nas estratégias do Ministério da Saúde para redução da morbimortalidade materna e neonatal e para a qualificação e humanização da assistência obstétrica e neonatal. (BRASIL, 2010)

## 2. 2 Procedimentos Metodológicos

Este estudo resultou de uma pesquisa construída na perspectiva qualitativa através de uma abordagem baseada no Paradigma Indiciário, método de investigação científica sistematizado pelo historiador italiano Carlo Ginzburg.

Para realização dessa pesquisa de doutorado em educação adotamos o Paradigma Indiciário proposto por Carlo Ginzburg. Na obra intitulada “Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história” (1989), sobretudo no texto “Sinais: Raízes de um Paradigma indiciário” (1989), Ginzburg sistematiza o modelo epistemológico que consiste num conjunto de processos que orientam a elaboração do conhecimento a partir da investigação minuciosa e análise refinada dos indícios, dos sinais e dos dados.

Neste tipo de investigação, o foco principal é buscar dados nos pormenores, ou naquilo que é considerado, até mesmo, sem importância, mas que fornece indícios, muitas vezes, imperceptíveis para a maioria, permitindo ao pesquisador interpretar as singularidades e originalidades do objeto estudado. Assim, optamos pelo Paradigma Indiciário para estudar e pesquisar a prática educativa no campo da vigilância em saúde, sobretudo para entender os processos educativos realizados pelos ACEs.

Segundo Ginzburg (1989) o Paradigma ou Método Indiciário está baseado na investigação de pistas, sinais ou indícios reveladores acerca dos fenômenos da realidade. Nesse método de investigação científica o que importa é sobressair elementos, que até então, podem ter sido ignorados devido a sua sutileza e aparente insignificância, diante das formas hegemônicas de produzir conhecimento e fazer ciência. Para o autor, a explicitação desses detalhes é fundamental ao campo da explicação científica. Neste sentido, reivindica para o paradigma indiciário outros critérios de rigor e cientificidade, compatíveis com situações de pesquisa em que a singularidade dos dados é decisiva.

Detalhes aparentemente sem importância podem se tornar reveladores de preciosas informações que ajudam à compreensão de uma trama complexa. Este paradigma começou a se afirmar nas ciências humanas a partir da semiótica médica, no final do século XIX, porém sua origem é muito antiga, tendo acompanhado a humanidade desde os tempos mais remotos, quando o ser humano “aprendeu a farejar, registrar, interpretar e classificar pistas infinitesimais como fios de barba. Aprendeu a fazer operações mentais complexas com rapidez fulminante, no interior de um denso bosque ou numa clareira cheia de ciladas” (GINZBURG, 1989, p.151)

O homem simples, dotado de saber popular, tem uma capacidade instintiva, apurada que o orienta nas ações cotidianas desafiadoras e lhe permite encontrar respostas para fenômenos e acontecimentos que nem mesmo a ciência conseguiu interpretar. Usado, inicialmente, para orientar as práticas de sobrevivência humana, o Paradigma Indiciário pode ser considerado um patrimônio da humanidade, um modelo que pode servir como guia que pode orientar para determinada direção. Assim entendemos que o paradigma indiciário nos permite vasculhar particularidades do objeto de estudo, considerando possíveis singularidades locais e relações cotidianas em contexto amazônico.

Fazer uma investigação científica baseada em indícios requer o olhar atento e cuidadoso aos detalhes, pois estes podem ser reveladores nos dizer de Ginzburg. Nesta perspectiva, uma investigação indiciária se apoia em recursos heurísticos. Para Ginzburg (1987), a investigação baseada em pistas e indícios tem raízes muito antigas, uma vez que:

Por milênios o homem foi caçador. Durante inúmeras perseguições, ele aprendeu a reconstruir as formas e movimentos das presas invisíveis pelas pegadas na lama, ramos quebrados, bolotas de esterco, tufo de pêlos, plumas emaranhadas, odores estagnados. Aprendeu a farejar, registrar, interpretar e classificar pistas infinitesimais como fios de barbas. Aprendeu a fazer operações com rapidez fulminante, no interior de um denso bosque ou numa clareira cheia de ciladas. (GINZBURG, 1987, p. 151).

Ao descrever todo o processo histórico para apresentar um modelo epistemológico que emergiu nas ciências humanas, no século XIX, Ginzburg (1989) demonstra que, assim como a medicina produz seus diagnósticos observando e investigando os sinais e sintomas de algo que não está diretamente ao alcance dos olhos, outros saberes produzem algo parecido, um conhecimento do que se vai lendo e interpretando, a partir dos sinais, as pistas e os indícios. Para o autor, a acumulação de observações singulares obtidas a partir de experiência empírica resulta em saberes indiciários, que produzem um conhecimento, através da observação dos detalhes muitas vezes negligenciados, isto é, além do que é visivelmente característico, dos elementos pouco notados, ou mesmo despercebidos pela observação, irrelevantes aos olhos do leigo.

Para apoiar a fundamentação teórico-metodológica do paradigma indiciário, Ginzburg (1987), dentre outros argumentos e procedimentos, recorre a fatos, achados e metodologias utilizadas por outros estudiosos. Formulou seu modo de fazer pesquisa partindo da compreensão de técnicas utilizadas por Morelli, Sherlock Holmes e Freud, cuja análise se fundamentava em pistas ou indícios. Assim, apresentou as raízes desse paradigma, extraindo do método de Giovanni Morelli (1816-1891), um crítico de arte, minúcias, a necessidade do

exame dos pormenores mais negligenciáveis. De Sherlock Holmes (Arthur Conan Doyle (1859-1930)), pela minúcia da sua investigação dos signos pictóricos, destaca a relação de indícios imperceptíveis para a maioria. Podemos dizer que o Paradigma Indiciário, de Ginzburg, se assemelha ao trabalho detetivesco. E fechando a trilogia, a psicanálise de Sigmund Freud (1856-1931) baseada nos sintomas ofereceu para Ginzburg outros elementos para fundamentar o processo de investigação. Assim, para montar o paradigma indiciário, Ginzburg se move por diferentes áreas do conhecimento humano. Sua argumentação busca fundamento desde a maneira de seguir pistas adotadas pelos caçadores do neolítico à ciência que se desenvolveu no século XIX. Ginzburg faz uma importante observação para explicitação do paradigma indiciário: “se a realidade é opaca, existem zonas privilegiadas – sinais, indícios – que permitem decifrá-la.” (GINZBURG, 1989, p.177).

Segundo Ginzburg, na construção do conhecimento se sobressai um rigor flexível, “Ninguém aprende o ofício de conhecedor ou de diagnosticador limitando-se a pôr em prática regras preexistentes. Nesse tipo de conhecimento, entram em jogo (diz-se normalmente) elementos imponderáveis: faro, golpe de vista, intuição.” (1989, p. 179). Ginzburg apresenta um método interpretativo da realidade, onde o pesquisador em seu processo de investigação deve estar curioso e atento aos detalhes e se apoiar no faro e intuição. Os detalhes são reveladores de dados, podendo estar encobertos. Caberá ao pesquisador levar em conta os “sinais” da realidade para tentar decifrá-la e conhecê-la.

Ginzburg (2006) em “O Queijo e os Vermes: o cotidiano e as ideias de um moleiro perseguido pela Inquisição” demonstra sua compreensão em relação a micro-história, trabalhando em escala reduzida e a singularidade em meio a um universo ampliado de possíveis implicações. Nesta obra, Ginzburg analisa a circularidade da cultura.

Valendo-se da minúcia documental para entender o pensamento e a prática de um moleiro chamado Menocchio no século XVI, Ginzburg desenvolveu uma investigação fundamentado numa hipótese semelhante ao proposto por Mikhail Bakhtin que expressa a ideia de “circularidade”.

entre a cultura das classes dominantes e a das classes subalternas existiu, na Europa pré-industrial, um relacionamento circular feito de influências recíprocas, que se movia de baixo para cima, bem como de cima para baixo (exatamente o oposto, portanto, do ‘conceito de absoluta autonomia e continuidade da cultura camponesa’ que me foi atribuído por certo crítico). (GINZBURG, 1986, p.10)

Entendemos que o método indiciário utilizado por Ginzburg como historiador pesquisador dar embasamento para realização dessa pesquisa qualitativa em educação. Assim,

a aplicabilidade do paradigma indiciário numa pesquisa em educação popular que tem como temática “a educação no controle de endemias nas ações de vigilância em saúde” e como objeto de estudo “a prática educativa do Agente de Combate às Endemias” nos parece apontar uma real possibilidade de fazer ciência e produzir conhecimento à luz desse método de investigação. Nosso desafio é seguir pistas das práticas educativas realizadas pelos agentes de endemias em suas ações cotidianas de trabalho no campo da vigilância em saúde num contexto específico, considerando suas singularidades e feições na vigilância das endemias em espaços de florestas e de águas. Nosso foco é voltado para elementos e aspectos que sejam reveladores da prática educativa construída no contexto sociocultural amazônico. O intuito foi perceber aspectos dessa prática. Trata-se de explorar a ação educativa operante no cotidiano de trabalho do ACE, profissional que se move pelas atribuições institucionais e pelo saber operante no dia-a-dia. Profissional que se faz na base do serviço. O paradigma indiciário nos parece apropriado para auxiliar nessa busca.

Ginzburg trabalha com a ideia da circularidade da cultura, que a nosso ver indica uma chave de leitura importante no nosso estudo. O entendimento sobre circularidade cultural pode nos ajudar na compreensão da Cultura dita erudita e de uma cultura dita popular. No caso da nossa pesquisa, investigaremos indícios da prática educativa do ACE visando identificar como este profissional lida com a interpretação da realidade decorrente de sua cultura e próprias experiências em face aos saberes decorrentes das instruções e de protocolos institucionais.

Fazer ciência na argumentação sustentada por Ginzburg nos desperta um olhar para detalhes e minúcias. O paradigma indiciário se mostra uma metodologia apropriada para explorarmos o campo temático desta investigação com um olhar sensível e atento a configuração das práticas educativas em contexto local. Consideramos que o paradigma indiciário é um referencial teórico-metodológico que nos aproxima da educação popular, como método heurístico que é. Entendemos que ao examinarmos as práticas educativas, essas por sua vez, nos fornecerão pistas importantes para essa compreensão.

Enquanto referencial teórico-metodológico, o paradigma indiciário nos apresenta a possibilidade de examinarmos detalhes significativos nas práticas educativas. Além do que, permite analisar as especificidades do objeto de estudo em decorrência do contexto sociocultural no qual está imerso. Ao examinarmos essas práticas isto pode nos possibilitar registrar a memória dessas práticas.

Pelas razões expostas, se entende que, o paradigma indiciário é adequado para realização dessa pesquisa, sobretudo, se considerarmos que uma prática educativa pode

revelar elementos da cultura popular e dos saberes da vida em contexto amazônico. Escolher o paradigma indiciário como opção metodológica para pesquisar a prática educativa popular de Agentes de Combate às Endemias é uma tentativa de poder captar elementos capazes de expressar vivências e desafios desse agente nos serviços de saúde pública no contexto sociocultural amazônico.

A abordagem desta pesquisa assume a forma qualitativa, tendo como finalidade a identificação, caracterização e problematização das práticas de educação em saúde na perspectiva da educação popular tendo como base as vivências dos ACEs no cotidiano das ações em contexto amazônico. Minayo (1994, 2000) diz que a pesquisa qualitativa responde a questões particulares, enfoca um nível de realidade que não pode ser quantificado e trabalha com um universo de múltiplos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. A autora defende que qualquer investigação social deveria contemplar uma característica básica de seu objeto, que é o aspecto qualitativo.

Flick (2009) afirma que durante muito tempo a pesquisa qualitativa foi definida por oposição à pesquisa quantitativa, mas na medida em que conquistou reconhecimento na produção de conhecimento em diversas disciplinas, foi possível delinear características que lhe são próprias. Essas características remetem ao fato de priorizarem o texto como material empírico; de basear-se na noção de construção social das realidades; de assumir o interesse pela perspectiva dos participantes tanto sobre suas práticas quanto no que diz respeito ao conhecimento cotidiano sobre as questões em estudo, e reconhecer a intencionalidade no conhecimento (todo conhecimento é conhecimento que visa algo- portanto não naturalizado).

Para Lüdke e André (1986), o que vai determinar a escolha da metodologia é a natureza do problema. A pesquisa qualitativa supõe o contato direto do pesquisador com a situação que está sendo investigada e enfatiza o processo. Neste sentido, explicam as autoras que, o fenômeno educacional situa-se num contexto sóciohistórico mais amplo, sofrendo, por isso, uma série de determinações. Assim, o pesquisador preocupa-se com o processo mais do que com o produto; a ele interessa menos encontrar evidências que comprovem hipóteses predefinidas e mais formar e consolidar abstrações a partir do exame dos dados. Isso significa que o pesquisador, interrogando os dados, constrói novos conhecimentos sobre o fato pesquisado, os quais irão se somar à teoria já acumulada e conhecida.

Chizzotti explica que as pesquisas qualitativas “[...] fundamentam-se em dados coligidos nas interações interpessoais, na co-participação das situações dos informantes[...]. O pesquisador participa, compreende e interpreta”(1995, p.52).

A pesquisa primará pelo trabalho com dados qualitativos, tendo a ver com a consideração de informações que forem tidas como relevantes, dadas pelos sujeitos da pesquisa sem a devida preocupação com a quantidade de informações coletadas e sem a ênfase a para abranger o maior número possível dos sujeitos pesquisados. O que vai interessar será a qualidade das informações. Segundo Minayo (1993), qualquer investigação social deve contemplar os aspectos qualitativos, na medida em que lida com pessoas, seus valores, suas histórias e experiências.

Optou-se pela forma da pesquisa qualitativa pela necessidade de observação e participação nas atividades locais onde os sujeitos desenvolvem suas práticas. Nessa perspectiva, a pesquisa qualitativa possibilita a argumentação e a interpretação com o emprego de métodos flexíveis e sensíveis ao contexto estudado, bem com um tratamento mais detalhado em sua complexidade. Desse modo, a pesquisa qualitativa se coloca como uma possibilidade adequada à pesquisa que será realizada bem como também, apresenta uma capacidade de diálogo fértil e coerente com o método indiciário.

Do ponto de vista dos seus objetivos, a pesquisa pretende procurar indícios para se ampliar ou aprofundar na compreensão do problema investigado, ao tempo que também, para a constituição do objeto de estudo, assumiu finalidades descritivas, na tentativa de obter um levantamento mais detalhado e minucioso para construção da investigação. Desse modo, para compreendermos o objeto de estudo em questão a partir da epistemologia do paradigma indiciário, entendemos que a realização de uma abordagem descritiva seria coerente para emergir pistas e indícios.

Logo, com o intento, sobretudo, de se obter um grau de detalhamento do problema da pesquisa e, por conseguinte, mais precisão nos objetivos a serem alcançados, a finalidade descritiva, com as devidas ressalvas, nos parece adequada considerando o método de investigação escolhido. Assim, a observação pretende ser minuciosa, com riqueza de detalhes, com vistas a oferecer dados significativos para uma reflexão crítica.

Na tentativa de compreensão do objeto, a finalidade da investigação é seguir as pistas coletadas. Nossa ideia é partir de um indício, um detalhe específico para responder questão central proposta visando o alcance dos objetivos. Isto requer uma minuciosa análise documental para captar detalhes significativos. Exige também um efetivo trabalho de campo, procurando os cruzamentos possíveis, articulando com o levantamento bibliográfico.

A etapa exploratória da investigação apontou a necessidade de realização de um trabalho de estudo local, mas sem perder de vista as relações e o contexto global. Assim, entendemos que a escala reduzida de observação, conforme proposto por Revel (1998) indica

possibilidades de captar o objeto em aspectos e detalhes mais significativos. Contudo, esclarece Jacques Revel (1998, p.20) que “é o princípio da variação [de escala] que conta, e não a escolha de uma escala em particular”. Nesta perspectiva, o autor esclarece que “[...] mais do que de escalas, reivindicadas como mais ou menos pertinentes, é do princípio da variação de escala que se esperam hoje benefícios heurísticos”. (REVEL, p.436, 2010)

### 2.3 O lócus e os sujeitos da pesquisa

A priori é importante destacarmos que a investigação se situa no contexto amazônico, lugar, ao mesmo tempo, marcado por muitas especificidades em vários aspectos, sobretudo, pela sua geografia, cultura e pensamento. Mas também, inserido no global, produzindo globalidades em vários sentidos, razões motivadoras para problematização do objeto desse estudo.

A Amazônia é grande e complexa em vários sentidos. Cada lugar nesta imensa região representa a possibilidade de conhecimento de uma parte do todo e de revelação de aspectos distintos. A cidade amazônica representa um lugar onde elementos da cultura, dos saberes tradicionais e da vida social dessa imensa região podem ser percebidos em sua diversidade e complexidade. Assim, a investigação se insere no município de Parintins, procurando entender concretamente o objeto pensado a partir de elementos dessa realidade amazônica. Ao definirmos Parintins como o lugar da pesquisa, concordamos que “o lugar está cheio de saberes e contém todo processo educativo [...]”. (SOUZA, 2013, p.20)

Nesta perspectiva, nos propomos a entender a prática educativa popular do ACE, considerando os desafios e possibilidades que emergem no cotidiano dos serviços de vigilância em saúde neste contexto, procurando pensar o objeto pesquisado na relação com os saberes dos povos das águas, das terras e das florestas do município de Parintins.

A partir da complexa e distinta realidade amazônica, optou-se pelo município de Parintins<sup>33</sup>, localizado na Região Norte do país, no interior do Estado do Amazonas, próximo a divisa com o estado do Pará, situado na região do Baixo Amazonas. A cidade de Parintins, ilha sede do município, está situada à margem direita do rio Amazonas, distante de Manaus - capital do estado do Amazonas - 369 km em linha reta e 420 km, via fluvial. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE a população do último censo em 2010

---

<sup>33</sup> O município é conhecido nacionalmente por sediar o Festival Folclórico de Parintins, tendo como ponto culminante do evento, uma disputa acirrada entre dois bois folclóricos, o Boi Garantido, de cor vermelho e branco, e o Boi Caprichoso, de cor azul e preto.

era de 102.033 e estimada em 2018 é de 113.168 habitantes, tendo sua maioria concentrada na zona urbana. Segundo censo de 2010, a população concentra-se 64,64% na área urbana e 35,36% na área rural. A área da unidade territorial é de 5.952,044 km<sup>2</sup>, tendo uma densidade demográfica em 2010 de 17,14 hab/km<sup>2</sup>. (IBGE, 2018)

Entre 2000 e 2010, a população de Parintins teve uma taxa média de crescimento anual de 1,25%. Nas últimas duas décadas, a taxa de urbanização cresceu -3,19% e de acordo com dados de 2010 o município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Médio que é de 0,658 (IDHM entre 0,6 e 0,699). (IBGE, 2018)

O setor primário (agricultura e pecuária) se destaca na economia da cidade, tendo o município o segundo maior rebanho do Estado do Amazonas. A agricultura é representada pelas culturas temporárias: abacaxi, juta, arroz, batata-doce, cana-de-açúcar, feijão, fumo, mandioca, macaxeira, maracujá, maracujá do mato, melancia, soja (orgânica), melão e milho; culturas permanentes: abacate, banana, cacau, café, caju, coco, laranja, limão, guaraná e tangerina. Parintins aparece como um dos principais entrepostos de pesca no Estado do Amazonas, tanto para o consumo local como exportação para outros municípios. (IBGE, 2018)

O município é constituído por muitas comunidades situadas as margens dos rios. Grande parte das comunidades ribeirinhas teve origem no ciclo da borracha<sup>34</sup>, no final do século XIX, quando cerca de meio milhão de pessoas, a maioria nordestinos fugindo da seca, mudaram-se para a região Norte, para trabalhar na extração do látex das seringueiras. A maioria preferiu a proximidade com os rios para levantar palafitas<sup>35</sup>. Mas o ciclo da borracha entrou em decadência, e muitos deixaram a região. Alguns povoados cresceram e se tornaram municípios. Outros, menores, não passaram de aldeias isoladas que resistem até hoje — sempre à beira dos rios. Nas cidades amazônicas, a maioria dos povoados e vilarejos está

---

<sup>34</sup> Historicamente, o ciclo da borracha está relacionado com a extração de látex e comercialização da borracha. Teve o seu centro na região amazônica, e proporcionou expansão da colonização, atração de riqueza, transformações culturais e sociais, e grande impulso ao crescimento de Manaus, Porto Velho e Belém, até hoje capitais e maiores centros de seus respectivos estados, Amazonas, Rondônia e Pará.

<sup>35</sup> São construções sobre estacas de madeira muito utilizadas nas margens dos rios da Amazônia. São próprias para uma região regida por épocas de seca e cheia dos rios amazônicos. As moradias tradicionais das populações ribeirinhas da Amazônia são as palafitas e as casas flutuantes. Essas construções são próprias para uma região regida por épocas de seca e cheia. As palafitas são casas muito simples feitas de madeira e erguidas à beira dos rios e igarapés sobre estacas. Já as casas flutuantes são construídas sobre toras de madeiras e adaptadas para boiar. As casas dos ribeirinhos têm coberturas de palha, de influência indígena ou de telhas metálicas. Na maioria delas não há energia elétrica e nem saneamento básico. Em geral, as pessoas dormem em redes. Na beira dos rios da Amazônia, além das casas dos ribeirinhos, também são encontradas palafitas e flutuantes onde funcionam postos de combustíveis, escolas e pequenos mercados que servem às populações locais. (Disponível: <http://www.amazoniaeterna.com.br/blog/2011/agosto/moradias>)

localizada às margens dos rios. Segundo Oliveira (2006, p.27) “A vida nas e das cidades amazônicas está ligada ao rio e à floresta [...]”.

Os povos amazônicos, mesmo diante das condições mais adversas em que vivem, foram capazes de criar estratégias de sobrevivência. Suas condições de vida, sobretudo os que vivem nas florestas e nas regiões ribeirinhas exigem capacidade inventiva e sabedoria. As condições de vida adversas podem expor a população a muitos riscos e situações de vulnerabilidades. Fato muito comum acontece na época das enchentes e vazantes dos rios. A partir de tais condições, as populações se tornam suscetíveis em vários campos. Na saúde, durante as enchentes (cheias dos rios) ou vazantes, estão expostos a muitas doenças.

Segundo o MS, Parintins juntamente com os municípios de Barreirinha, Boa Vista do Ramos, Maués, Nhamundá, Parintins, São Sebastião do Uatumã e Urucará, integra o território do Baixo Amazonas<sup>36</sup>, no estado do Amazonas, sendo um exemplo da dificuldade de se fazer saúde em um local em que as vidas são ritmadas pela época das enchentes ou vazantes. O Baixo Amazonas – AM possui, ao todo, 107.507,60 quilômetros quadrados, com 204.134 habitantes, sendo que 91.442 (44,80%) vivem na área rural com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) médio de 0,68. O território tem 7.303 agricultores familiares, 2.428 famílias assentadas, 2.002 famílias de pescadores e quatro terras indígenas. (BRASIL, 2018)

Parintins apresenta 19.3% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 87.4% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 10.2% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 18 de 62, 2 de 62 e 17 de 62, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 3672 de 5570, 1750 de 5570 e 2776 de 5570, respectivamente. (BRASIL, 2018)

Parintins possui nove distritos, segundo a Lei Municipal nº. 01/79 de 18 de abril de 1979, que são: Parintins, a sede do município, Vila Amazônia, Mocambo, Zé Açú, Cabury, Sabina (Mamurú), Marajó, Valéria e Tracajá.

No que se refere aos serviços de saúde, os municípios do Baixo Amazonas, como os das outras regiões do Amazonas, possuem muitas dificuldades quanto a serviços diferenciados de Atenção Básica<sup>37</sup> como algo essencial e encontram na Estratégia Saúde da Família-ESF e

<sup>36</sup> Souza (2013) explica que Baixo Amazonas está se referindo ao Estado, na parte correspondente ao município de Itacoatiara até ao município de Parintins, limite fronteiro do Amazonas com o Pará. Para Souza (2013) é importante informar que o Amazonas assim divide o rio: Alto Solimões, Médio Amazonas e Baixo Amazonas. Se fosse considerar a divisão do rio Amazonas, Parintins estaria localizada no Médio Amazonas e não no Baixo.

<sup>37</sup> A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe

na Vigilância em Saúde ações voltadas para a prevenção de agravos e na assistência a doenças. Os serviços de saúde de média ou alta complexidade são encaminhados para a capital Manaus. Segundo Soares (2011, p.24) “[...] A reorganização da Atenção Básica em Parintins se dá através da Estratégia Saúde da Família e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, sendo o último nas comunidades do interior de Parintins.”

Uma das características são as vias de acesso, que são predominantemente realizadas pelos rios. As grandes áreas geográficas e a dificuldade de acesso impõem limites à implantação e atuação das equipes saúde da família ou outras estratégias de saúde voltadas para atender as necessidades da população do lugar. Isso, obviamente leva o povo a inventar outras formas de cuidado em virtude das necessidades de saúde do território. A população ribeirinha enfrenta inúmeros problemas de saúde. Os desafios da saúde em terras e águas amazônicas são complexos mas, refletem também a insuficiência e/ou contradição das políticas públicas de saúde. Os povos amazônicos vivem de um jeito quando a água sobe e de outro quando a água desce, criam formas de vida que se adequam as condições ambientais. É um povo que teima e resiste, não se deixa vencer pelas adversidades, se reinventa.

É importante destacar também que as barreiras geográficas de deslocamento, a baixa densidade demográfica se impõe com desafios ao acesso aos serviços públicos de saúde e de outra natureza, ao tempo que, observando essas diferenças e peculiaridades regionais, se identificam potencialidades locais, estimulando o papel de multiplicadores em espaços de trabalho comunitário. O acesso à maioria das comunidades rurais é feito principalmente por rabetas<sup>38</sup> ou barcos movidos a motor, o que cria particularidades ao Sistema Público de Saúde e precisa ser considerado tendo em vista a cobertura dos programas de saúde, como ESF, Saúde Bucal, ACS e ACE. (BRASIL, 2008)

Neste contexto, essenciais em qualquer região do País, em Parintins os agentes de saúde desempenham, também, um papel de articulação junto às comunidades mais afastadas. Para dar assistência em comunidades afastadas se tem conhecimento do Barco da Saúde e Cidadania<sup>39</sup> e das “ambulanchas”<sup>40</sup>. Segundo dados do MS, entre os principais agravos da

---

multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. Ver Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.

<sup>38</sup> Rabeta é uma canoa adaptada com motor a gasolina. É um meio de transporte muito usado na região pelos ribeirinhos.

<sup>39</sup> Barco da Saúde e Cidadania são os barcos com os serviços de saúde, inclusive odontológicos, vacina e com aparato de campanhas diversas. Corresponde aos serviços da atenção básica de saúde.

<sup>40</sup> Ambulanchas são espécies de “voadeiras”. Lanchas equipadas com ambulâncias para percorrer os rios e dar assistência nas emergências para transportar os pacientes com mais agilidade. São utilizadas nas situações mais de emergência em saúde.

população, estão a diarreia e desnutrição em crianças, casos de malária<sup>41</sup>, leishmaniose, acidente ofídico, hipertensão e diabetes nos idosos. (BRASIL, 2008)

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 19.54 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.5 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 24 de 62 e 43 de 62, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 1285 de 5570 e 3330 de 5570, respectivamente. (IBGE, 2018)

Em muitas comunidades de Parintins, a população rural conta, sobretudo com os Agentes Comunitários de Saúde e Agente de Endemias para prestar informação ou assistência às comunidades que ficam distante do centro urbano ou da capital. Na prática, médicos e enfermeiros não tem interesse em morar no interior, talvez pela pouca estrutura das cidades. Segundo o Ministério da Saúde ainda persistem dificuldades como a falta de médicos para compor as Equipes mesmo com o Programa Mais Médicos. (BRASIL, 2008)

Por outro lado, quando há profissionais de saúde disponíveis na região, o difícil acesso impede que cheguem até a comunidade. Alguns povoados ficam tão entranhados na floresta que apenas canoas motorizadas passam pelos igarapés, ziguezagueando entre as árvores. Logo, em muitos lugares, como no caso de Parintins, sobretudo na zona rural, não tem médicos ou o número é insuficiente para atendimento da população.

Em geral, podemos dizer que a maioria dos municípios do Estado do Amazonas enfrentam dificuldades quanto ao acesso geográfico e talvez, possa ser essa uma das razões para fixação de profissionais da saúde nos municípios do interior, o que, por conseguinte, impactará na cobertura dos serviços.

É importante destacarmos que, em alguns casos tem o estágio rural dos alunos dos cursos de medicina ou de saúde coletiva e enfermagem também ajuda muito no enfrentamento dos problemas de saúde, decorrentes do complexo amazônico.

Outro aspecto importante a observar é o fato de que em comunidades e lugares distantes da sede do município, em algumas situações a população só pode contar com os serviços dos agentes comunitários de saúde e agentes de endemias que desempenham um papel importantíssimo na atenção básica e vigilância em saúde.

O sistema de Saúde de Parintins, a partir de 2005 tem vivenciado um processo de reestruturação necessário para a efetiva operacionalização das diretrizes do SUS no

---

<sup>41</sup> A malária é uma das doenças de maior importância epidemiológica na região amazônica, principalmente no Amazonas, sendo uma doença endêmica que tem muita atenção por parte da vigilância em saúde. Tem no Agente de Endemias concentrada grande parte de suas ações, inclusive de educação popular em saúde.

município. Assim, houve um amplo processo de reorganização que incluiu a Gestão, Assistência e Vigilância em Saúde. (SOARES, 2011, p.22)

Além da procura pelos serviços de saúde pública no município, a população de Parintins também recorre às formas alternativas de cuidado com a saúde, como as práticas de saúde realizadas pelos curadores, benzedeiras, parteiras, dentre outros.

Araújo (2008) ao estudar os saberes e as práticas populares/tradicionais em saúde no município de Parintins destaca a importância dos conhecimentos em saúde dos agentes populares de saúde<sup>42</sup> principalmente na prevenção e na cura de doenças.

É comum em nossa sociedade, as pessoas fazerem uso de algum tipo de remédio como chás, banhos, unguentos e etc. No entanto, há um grande número de pessoas do povo que transformam esse trabalho em missão no meio das comunidades contribuindo grandemente para a construção da saúde.(ARAÚJO, 2008, p.36)

Em Parintins, assim como noutros lugares do Amazonas ainda é comum as práticas populares de saúde sendo realizadas em virtude da sabedoria dos modos de vida local e também da necessidade por causa da ausência ou insuficiência de assistência à saúde pelos meios oficiais. Assim, a população local pode contar com os agentes populares de saúde como as parteiras, as erveiras<sup>43</sup>, as benzedeiras, dentre outros.

Cabe lembrarmos também do trabalho assistencial popular realizado pela Pastoral da Saúde<sup>44</sup> em muitas comunidades amazônicas, inclusive se valendo das plantas medicinais e das terapias alternativas de cura para muitas doenças que acometem a população amazônica.

A cidade de Parintins, construída nas margens do rio Amazonas convive com a dinâmica das enchentes e vazantes dos rios, o que influencia na maneira de viver dos habitantes em várias dimensões, produzindo impactos sociais, econômicos, ambientais.

A vazante e a enchente do rio Amazonas tem um peso significativo na carga de doenças e agravos à saúde das populações locais. No contexto local, é importante destacarmos que essa dinâmica é capaz de produzir um cenário de desastres naturais e de emergência em saúde pública, o que exige dos órgãos de saúde a adoção de ações preventivas e de controle da situação de saúde local, bem como esforços na mobilização do envolvimento da sociedade para dar respostas rápidas, coletivas e integradas a estas questões.

<sup>42</sup> Araújo (2008) denomina como Agentes Populares de Saúde: parteiras, erveiros, consertadores de desmuntaduras/pegadores de ossos, benzedores, costuradores de rasgaduras, sacacas.

<sup>43</sup> As erveiras/os são aquelas pessoas que preparam artesanalmente formas naturais com ervas (ARAÚJO, 2008). Segundo os saberes dos caboclos tem o dom divino, são mestres e mestras que conhecem a floresta. Geralmente são benzedeiras e parteiras que cuidam da população cabocla ribeirinha.

<sup>44</sup> A Pastoral da Saúde tem um trabalho muito focado nas práticas alternativas de saúde, o que tem ajudado no resgate dos saberes populares em saúde.

Em Parintins, o modo de vida apresenta íntimas relações com o rio e a floresta. Essa maneira de conviver com a realidade amazônica pode ser expressada nos saberes tradicionais da população local e nas vivências e experiências de homens e mulheres que se fizeram nesse lugar com sua cultura, crenças e afetos.

Os saberes construídos e repassados de geração a geração estão presentes em cada sujeito construtor de sua própria história dentro da Amazônia, seja no ambiente de várzea ou da terra firme, na beira do rio ou no meio da floresta. Os rios são os meios de acesso e de comunicação, levando ou trazendo novas informações para quem está sempre pronto a aprender e assim poder transformar em novo saber amazônico, além de ser o celeiro fornecedor de base alimentar: o peixe nosso de cada dia. A floresta latifoliada é a fornecedora de recursos extrativistas, tanto para a alimentação quanto como para a base econômica, e também fonte de aprendizagem e ensinamentos. Esta relação de água e floresta se traduz na *alma do amazônida* (grifo do autor) por compreender a dinâmica natural da região e seu intrincado sistema de funcionamento. (SOUZA, 2013, p.51)

Os saberes tradicionais se fazem presentes na vida social dos diferentes sujeitos como: ribeirinhos, pescadores, índios, quilombolas, assentados, imigrantes, dentre outros que vivem em comunidades urbanas ou rurais, sob diferentes matrizes étnicas e culturais, com diversos valores e modos de vida, em interação profunda com uma rica biodiversidade dos ecossistemas aquáticos e terrestres da Amazônia. Parintins é um lugar onde, os elementos da vida urbana e rural se entrelaçam e se complexificam.

A vida cotidiana amazônica marcada por múltiplas relações sociais tem nos saberes tradicionais uma fonte de conhecimento da realidade repassada de geração a geração. No campo das práticas de saúde, em Parintins, como vimos anteriormente, apesar dos serviços oficiais de saúde, a população local recorre também aos cuidados promovidos pelos agentes populares de cura, que são requisitados para cuidar da saúde do corpo e do espírito por meio de benzimentos, rezas, uso de plantas medicinais, dentre outros recursos. Estudos (ARAÚJO, 2008; TRINDADE 2011; CORDEIRO, 2017) sobre saberes e práticas de cura em Parintins e municípios do Baixo Amazonas destacam a importância desses agentes populares para as comunidades.

Dialogando com esse entendimento, em recente estudo etnográfico sobre práticas populares de cura do município de Parintins no Amazonas se evidenciou que além da rede visível disponibilizada pelo SUS, há uma rede invisibilizada de cura composta por centenas de agentes populares, que também é acessada para cuidados com a saúde humana, o que indicou a presença de formas complementares de saúde. Identificou-se uma relação de complementariedade entre as duas redes de cura que têm sido produzidas pelos agentes em práticas populares em saúde que partem da compreensão de que a cura para muitas doenças

pode ser alcançada pela concomitância de ações das duas redes. (CORDEIRO & MONTARDO, 2015)

Outro aspecto importante a destacarmos em Parintins é a presença de movimentos sociais populares inspirados na pedagogia da Educação Popular de base freireana que reúne educadores populares, parteiras, curadores e benzedeiras e tem uma história de luta pelo reconhecimento e revitalização dos saberes e práticas populares em saúde. No município são realizadas em experiências nesta direção: Articulação Parintins Cidadã<sup>45</sup>, movimento que valoriza o saber tradicional/popular e trabalha com práticas educativas populares, processos de cura, ervas medicinais, dentre outras práticas; e TEIA<sup>46</sup>, movimento popular agroecológico que surgiu da necessidade de revitalização dos quintais parintinense a partir de saberes e práticas tradicionais.

Consoante a esta constatação, entendemos que a possibilidade da coexistência de práticas populares de cuidados à saúde da população com as práticas biomédicas de saúde nos serviços da rede oficial do SUS podem indicar aspectos de uma lógica de atenção e vigilância em saúde diferenciada que se faz presente no município. O conhecimento do contexto sociocultural e do modo de vida das pessoas é fundamental na compreensão do processo saúde-doença e na orientação dos serviços e realização de atribuições dos profissionais da saúde na perspectiva dos princípios do SUS.

A cidade de Parintins, apesar de ações de infraestrutura urbana, ainda convive com problemas como a precariedade no esgotamento sanitário, lixo nos lagos e igarapés, queima de lixo doméstico em ruas e quintais, entulho nas ruas, esgoto a céu aberto e um lixão municipal, que impacta negativamente na qualidade de vida da população local. No período das cheias dos rios aumentam os riscos de doenças de veiculação hídrica e de controle vetorial.

Neste cenário, Parintins, no Amazonas, é uma cidade que integra esses índices de precarização e falta de esgotamento sanitário adequado. O serviço de coleta de esgoto na cidade é muito precário e o de tratamento inexistente. Muitos domicílios e comércios optam por descartar suas águas servidas em via pública, acumulando-as nas sarjetas gerando odores dos mais diversos. Essas águas servidas é que compõem o chamado esgoto a céu aberto na cidade. Não há estudos em Parintins que mensurem a quantidade de tais eflúvios domésticos lançados nas ruas nem seus

---

<sup>45</sup> A Articulação Parintins Cidadã, oficializada no dia Mundial da Saúde em 07 de abril de 2005, se constitui num espaço de caráter político-educativo, sem fins lucrativos, construído a partir da necessidade de articular movimentos populares de Parintins/AM. (ARAÚJO, sd)

<sup>46</sup> TEIA (Teia de Educação Socioambiental e Interação em Agrofloresta) é uma experiência parintinense que se baseia em ações de sensibilização social voltadas a ajudar no resgate da memória agroecológica dos antigos quintais, de bem viver. Trata-se de Método dialógico político militante de reinvenção/revitalização dos Quintais Urbanos de Parintins/AM. (ARAÚJO, sd)

impactos diretos na saúde e qualidade ambiental, decorrentes da proximidade entre residentes e esgoto. ( ARCHANJO, 2016, p.17)

A migração de pessoas da zona rural e de outros municípios tem motivado a ocupação urbana e a criação de novos bairros sem infraestrutura adequada, causando impactos socioambientais na ilha e a necessidade de ampliação da rede de serviços públicos. Segundo Archanjo (2016, p.26) “O crescimento demográfico dos últimos anos na cidade de Parintins foi seguido de expansão de ocupações humanas em todas as direções, margeando os cursos d’água e incrementando ameaça para a sustentabilidade [...]”.

No cenário descrito, pelos fatores decorrentes da relação entre saúde e ambiente que intervêm na qualidade de vida e pelas demandas de ações no campo da vigilância, cuidado com a saúde e controle de doenças que desafiam os profissionais da saúde, despertam movimentos populares e a participação da população no pensar e agir na perspectiva de estratégias de ações preventivas e de promoção da saúde dos habitantes do lugar, entendemos que pelas problemáticas apresentadas, pela importância de saberes e práticas populares em saúde, se evidenciam em Parintins características e elementos importantes para pensarmos a prática educativa de agentes de saúde no âmbito da prevenção e do controle de doenças em contexto amazônico.

Estudar práticas educativas em saúde na realidade amazônica de Parintins revela um campo de possibilidades para a compreensão do objeto de estudo, tendo em vista, as características locais, as condições de vida e de saúde da população, os saberes e as práticas profissionais que podem emergir do cotidiano do lugar. Assim, justificamos a escolha de Parintins, por entendermos que se trata de um lócus representativo da região amazônica, sobretudo do Amazonas, nos elementos descritos anteriormente e que nos ajudam na explicitação do objeto nas dimensões já teorizadas e problematizadas.

Os sujeitos da pesquisa escolhidos foram os Agentes de Combate às Endemias que integram a Equipe de Endemias da Coordenadoria de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Parintins, que estão em atividade no setor. São profissionais da vigilância em saúde que pelas suas atribuições institucionais desenvolvem ações de prevenção e controle de endemias. Na execução dessas ações desenvolvem rotinas de trabalho que inclui ações de educação em saúde com moradores, comunidades e a população.

Ressaltamos que, os sujeitos da pesquisa são profissionais que atuam no campo, na ponta do serviço, como se diz, que foram escolhidos, a princípio pela sua abrangência de atuação e proximidade e contato no dia-a-dia com o usuário da saúde na própria comunidade. Os ACEs, que nas rotinas de trabalho estão em interação com a comunidade, sobretudo, por

meio de visitas domiciliares que visam a sensibilização e articulação de ações de controle e prevenção e a promoção da saúde de indivíduos, grupos e comunidade.

Por essas razões, entendemos que os ACEs em virtude de uma atuação focada em rotinas de trabalho nas comunidades com realização de ações educativas de prevenção e controle de endemias podem possuir vivências significativas no campo das práticas educativas populares em saúde que podem nos permitir pensar a ação educativa no controle das endemias e os desafios da construção dessas práticas no contexto amazônico.

Participaram da pesquisa 18 ACEs, sendo 11 do sexo feminino (61,1%) e 7 do masculino (38,9%). A faixa etária predominante varia entre 30 a 40 anos. O grau de instrução da equipe varia entre o ensino médio a superior. A maior parte dos agentes tem em média 8 anos de tempo de serviço e são moradores da cidade desde que nasceram.

Os sujeitos da pesquisa como ACEs atuam numa área do perímetro urbano do município de Parintins que está dividida em 25 localidades, onde realizam atividades conhecidas como trabalho de campo operacional das endemias. Definimos como critério de inclusão dos sujeitos participantes da pesquisa os agentes que estavam ativamente desenvolvendo rotinas de trabalho nas atividades de campo do controle das endemias, desde o início da pesquisa até o término. Isso significa dizer que o quantitativo de agentes foi bem maior, mas excluímos os que no decorrer da pesquisa foram designados para atividades administrativas, afastados por licença, pediram exoneração ou foram removidos para outros setores da Vigilância em Saúde.

Todos os 18 agentes participantes da pesquisa foram entrevistados e acompanhados nas atividades de campo nas comunidades. Os agentes que se dispuseram a participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), mas optaram em não revelar suas identidades, preferindo manter anonimato. Apenas 2 agentes de campo não aceitaram participar da pesquisa.

## **2.4 Os instrumentos investigativos e procedimentos de análise**

Procuramos nos apoiar nos pressupostos do enfoque teórico-metodológico do Paradigma Indiciário no trato do objeto de investigação, na tentativa de melhor aprendê-lo na complexidade das relações e na dinâmica do contexto. Assim, a investigação caminhou no sentido de encontrarmos pistas da prática educativa desenvolvida pelos ACEs. Para isso, fizemos acompanhamento das rotinas de trabalho na comunidade e realizamos conversas informais com moradores na tentativa de aprender aspectos do objeto de estudo.

Baseado neste enfoque, procuramos identificar indícios reveladores das práticas educativas, utilizando técnicas como realização de observação e de entrevista, o que correspondeu ao trabalho de campo, ao qual aprofundamos por meio de levantamento bibliográfico e análise de documentos e legislações. Recorremos a estes procedimentos por entendermos que assumem dimensões complementares e não conflitantes.

O levantamento bibliográfico nos trouxe uma interlocução necessária para o debate acerca da produção de conhecimentos na temática pesquisada, possibilitando pistas importantes e fundamentação para o desenvolvimento do estudo. Foi desenvolvido a partir da análise de material já elaborado, constituído principalmente de livros, artigos científicos e periódicos. Considerando a temática investigada, foram consultados também trabalhos científicos como monografias, dissertações e teses de doutoramento, assumindo características de uma consulta documental na intenção de vasculhar amiúde as informações que nos ajudaram explicitar o objeto de estudo.

A esse respeito Gil enfatiza que “a pesquisa documental assemelha-se muito a pesquisa bibliográfica. A diferença essencial entre ambas está na natureza das fontes [...]” (1991,p.51). Afirmar ainda que “a rigor, as fontes bibliográficas nada mais são do que documentos impressos para determinado público. Além do mais, boa parte das fontes usualmente consultadas nas pesquisas documentais, tais como jornais, boletins e folhetos, pode ser tratada como fontes bibliográficas [...]” (1991, p.51-52). Desse modo, na tentativa de problematizar os saberes e as práticas educativas dos ACEs no contexto produzido pelos processos educativos populares nos fundamentamos na educação popular e educação popular em saúde, o que nos permitiu entender aspectos importantes do objeto de estudo.

Pelo levantamento documental analisamos práticas sistematizadas, relato de experiências e legislações que tratam da temática no âmbito do MS e Secretarias de Saúde, projetos, relatórios e, em geral, outros documentos que ofereceram subsídios para a explicitação da questão da pesquisa. O estudo documental visou captar pistas sobre os saberes e as práticas populares de saúde presentes nas experiências oficiais (institucionalizadas) e não oficiais (ações populares e comunitárias independentes). Nesta perspectiva, concentramos esforços na análise das propostas de educação em saúde nas estratégias da vigilância e controle de endemias e nas políticas de educação populares em saúde indicadas nas legislações do MS.

Desse modo, dentre outras, foram objetos de análise a política, a portaria e o plano operativo 2013-2015 da PNEPS-SUS e o conjunto da legislação do Ministério da Saúde sobre vigilância em saúde nos seus aspectos relacionados, que trata das atribuições dos agentes de

saúde comunitários e de endemias, especificamente nas suas ações educativas. A ideia foi a partir de uma leitura indiciária, buscar evidências, inter-relações e contradições com o contexto em que se insere a nossa investigação.

Os documentos principais, que constituímos para essa busca, ajudaram entender a Educação Popular, suas tendências e como se fundamenta na legislação vigente manifestada pelas recentes políticas e programas oficiais do MS. Desse modo, nossas principais fontes de pesquisa documental foram as leis vigentes sobre Vigilância em Saúde e Controle de Endemias, Educação em Saúde e Educação Popular em Saúde, especificamente, nos assuntos relacionados às práticas dos ACE e dos ACS.

Esse conjunto da legislação contemplou a análise de diretrizes oficiais da educação popular, sobretudo no campo da saúde, dentre as quais: a PNEPS-SUS instituída pela Portaria Nº 2.761, de 19 de novembro de 2013 e o Marco de Referência da Educação Popular para as Políticas Públicas (BRASIL, 2014).

Acrescida a essa legislação, foram também analisados demais documentos oficiais que contenham diretrizes e linhas de atuação da vigilância em saúde na atualidade, naquilo que tange ao seu componente de educação em saúde. A ênfase do estudo foi dada às diretrizes gerais da Vigilância em Saúde, nos aspectos que abordam questões relativas às práticas educativas. Outro documento relevante para a compreensão dessas questões é a Portaria nº 1.007/GM/MS, de 4 de maio de 2010, que define critérios para regulamentar a incorporação do ACE ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde.

Em linhas gerais, foram analisados documentos oficiais da vigilância em saúde que contém indícios sobre os processos educativos preconizados para a organização das ações e serviços de vigilância em saúde, sobretudo no seu componente educação em saúde.

Assim sendo, os estudos bibliográficos e os documentais analisados na perspectiva do paradigma indiciário à luz da experiência vivida pelo pesquisador com base na sua atuação no campo da educação e da saúde. Somam-se a esses procedimentos de investigação à realização da pesquisa de campo.

Os processos investigativos delineados pelo levantamento bibliográfico e documental foram acrescidos do trabalho de campo, desenvolvido, sobretudo pela observação atenta e minuciosa da realidade em contexto amazônico.

Neste sentido, visando investigar os objetivos propostos, desenvolvemos a observação participante no contexto das comunidades urbanas e rurais, que num primeiro momento, segundo nossa experiência, nos pareceu apresentar elementos para melhor

compreensão do objeto de estudo. Segundo Moreira (2002, p. 52), a observação participante é conceituada como sendo “uma estratégia de campo que combina ao mesmo tempo a participação ativa com os sujeitos, a observação intensiva em ambientes naturais, entrevistas abertas informais e análise documental”.

Desse modo foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os participantes obedecendo aos critérios de experiência em ações de educação popular na comunidade. A entrevista representa um instrumento básico para a coleta de dados, dentro da perspectiva de pesquisa apresentada. É de boa utilidade na pesquisa em educação. Ludke e André (1986, p.33-34) destacam: “[...] na entrevista a relação que se cria é de interação, havendo uma atmosfera de influência recíproca entre quem pergunta e quem responde. Especialmente nas entrevistas não totalmente estruturadas, onde não há a imposição de uma ordem rígida de questões”. Tendo como foco principal a temática a ser estudada, valendo-nos da abordagem qualitativa, foram realizadas conversas com sujeitos que acumularam conhecimentos e vivências acerca da problemática da pesquisa, sendo necessário para isso fazer o registro em filmagens, gravações e anotações que se constituíram em diários de campo. Assim sendo, a investigação, sobretudo, primou pelos indícios concretos e pelo trabalho com dados qualitativos. Assim sendo, no decorrer da investigação, trilhamos um caminho em levantamentos bibliográficos na tentativa de entender aspectos reveladores nos estudos já realizados, vasculhamos legislações na procura de pistas documentais, checamos as vozes dos agentes em entrevistas em busca de indícios e fizemos observações de campo caçando detalhes que nos ajudassem a entender o objeto de estudo à luz do paradigma indiciário.

### **3 O AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS: ATRIBUIÇÕES INSTITUÍDAS NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Este capítulo tem o objetivo de entender o lugar e a importância do ACE no contexto das ações e serviços de vigilância em saúde, considerando aspectos históricos, normatizações e campo de atuação. Nessa perspectiva que, sobretudo, no que se refere ao contexto amazônico local pretendemos trazer reflexões para entendermos as atribuições e demandas de trabalho do campo de atuação do ACE na atualidade. Assim, para abordarmos as diretrizes legais estabelecidas aos ACEs, a partir da criação do SUS, destacaremos, de maneira resumida, alguns aspectos históricos que antecedem esse período e que nos ajudam a entender como as atribuições atuais do ACE refletem questões da dinâmica da (re) organização dos serviços de saúde no país.

Atualmente, as atribuições do ACE são em boa parte, correspondentes às inúmeras competências já pautadas nas atividades de seus predecessores, o que nos oferece pistas importantes para compreensão de sua identidade profissional. Questões decorrentes da implantação do SUS e da configuração atual dos serviços de saúde lhe exigem novas competências e habilidades, de modo que essa denominação atual de “Agente de Combate às Endemias” é insuficiente para se referir as atribuições desses servidores com atuação, sobretudo nos municípios.

Faremos uma breve abordagem para conhecer aspectos da profissão e como se pensa a atuação do agente, a partir de sua trajetória. Porém, a ideia aqui não é apresentar uma linha do tempo e um compêndio de leis, mas refletir sobre alguns indícios históricos, legais que nos permitam analisar aspectos relevantes para compreensão do objeto pesquisado.

Destacaremos, alguns pontos de particular importância na perspectiva da pesquisa, sobretudo, no entendimento das atribuições dos ACEs, dos modos de atuação e práticas desenvolvidas. Essa discussão é necessária na compreensão da prática da educação na vigilância em saúde e nos parece que dão conta de aspectos parciais do problema da pesquisa, principalmente na apreensão da prática profissional do ACE nos tempos atuais.

#### **3.1 Aproximações históricas e aspectos legais para entendimento das endemias no Brasil**

Abordaremos aqui, de maneira resumida, um pouco da história da saúde pública no Brasil que nos ajuda a desvelar o papel do profissional que atua nas comunidades com a finalidade de fazer o controle e prevenção das endemias e desenvolver as ações de vigilância

em saúde junto à população. Entendemos que ao desenvolvermos um olhar nesta perspectiva poderemos acessar indícios importantes para a compreensão do papel do ACE, haja vista que, no passado, identificamos profissionais que eram responsáveis pelas atividades de trabalho que na atualidade lhes são conferidas por lei.

Ao vasculharmos estudos e legislações, percebemos que o entendimento do papel do ACE no contexto dos serviços de saúde na atualidade encontra pistas significativas no conhecimento da história da saúde no Brasil. Partimos da premissa de que seu papel foi ganhando sentido nas atividades desenvolvidas pelos seus predecessores e na lógica subjacente às práticas e rotinas de trabalho adotadas no enfrentamento dos graves problemas de saúde que afetavam à população e desafiavam as autoridades de saúde e os governantes da época.

Historicamente no Brasil, somente a partir do século XX se iniciam de fato as políticas de saúde voltadas para o enfrentamento dos problemas sanitários, muito embora, no período colonial com a vinda da Corte Portuguesa para o Brasil em 1808 houve mudanças na área da saúde. Dentre essas mudanças, “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).

Em virtude da vinda da família real que se estabeleceu no Rio de Janeiro percebemos uma preocupação com o controle sanitário da capital e o controle das medidas de higiene pública da capital, sobretudo por ser uma cidade portuária com grande circulação de pessoas e mercadorias, estando passível de doenças, o que motivou a existência da polícia sanitária e a inspeção em saúde. (BRASIL, 2007). Assim, “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).

Na prática, naquela época e a despeito das medidas de controle sanitário, os problemas de saúde pública não foram resolvidos, mas, com a criação da Junta de Higiene Pública que em 1851 se transformou na Junta Central de Higiene Pública “[...] 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).

Em decorrência dessas medidas, se observa uma preocupação do governo com ações de saúde fundamentalmente focadas no combate às causas das doenças daquele momento e que ameaçavam a população e traziam prejuízos econômicos, porém,

“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)

Logo, as primeiras décadas do século XX são conhecidas pela preocupação com “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)

“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)

Assim, no início do século XX, tendo em vista o desenvolvimento do país nos moldes do capitalismo e da modernização das cidades se desencadeou um conjunto de medidas visando o saneamento das cidades, onde observamos uma preocupação na ideia do combate de doenças visando livrar os grandes centros urbanos de surtos epidêmicos, sobretudo o Rio de Janeiro<sup>47</sup>. Neste contexto, se destaca a figura do sanitarista Oswaldo Cruz, o qual exerceu cargo de Diretor-Geral de Saúde Pública correspondente atualmente ao de Ministro da Saúde, tendo desenvolvido campanhas de saneamento por todo o país, principalmente da febre amarela através das brigadas sanitárias, organizadas nos moldes militares, dividindo a cidade do Rio de Janeiro em distritos sanitários chefiados por delegados de saúde. Conhecidos como mata-mosquitos, os guardas sanitários que integravam as famosas brigadas percorriam residências eliminando os focos do mosquito transmissor da febre amarela. (BRASIL, 2004)

A contribuição de Oswaldo Cruz é inegável, tendo desempenhado papel importante na estruturação e desenvolvimento da saúde pública no Brasil, inclusive no campo da

---

<sup>47</sup> O Rio de Janeiro do início do século XX era considerado um desafio ao desenvolvimento do país, tendo ficado conhecida como “Túmulos dos Estrangeiros”, por conta dos milhares de imigrantes que vieram para o Brasil e morreram por conta das doenças, sobretudo a febre amarela. (BRASIL, 2004)

pesquisa, na fabricação de vacinas e na medicina experimental (BRASIL, 2004). Estudos de Schweickardt e Lima (2007) esclarecem que nos anos de 1910 e 1913, sob sua liderança e de Carlos Chagas foram realizadas duas expedições científicas à Amazônia que, resultaram em conhecimentos significativos sobre as condições sanitárias do lugar e principalmente sobre o controle de doenças endêmicas na região. (SCHWEICKARDT e LIMA, 2007)

Oswaldo Cruz por conta de Métodos rigorosos adotados no controle de doenças acabou recebendo forte oposição de setores organizados da sociedade, o que se manifestou, por exemplo, no descontentamento da população na conhecida Revolta da Vacina. (BRASIL, 2004). Assim, no passado com base nas pesquisas técnico-científicas foram adotadas medidas sanitárias rigorosas e com grande repercussão social, (BRASIL, 2004)

Em outras palavras, em nome da modernização para o desenvolvimento do país estavam sendo realizadas ações estruturais no campo da saúde para responder as necessidades de expansão do capitalismo no contexto brasileiro, sem diálogo com os setores populares. Foi algo pontual, verticalizado administrativamente e imposto socialmente.

Argumentamos que nesta época, a questão do combate às doenças se apoiava na adoção de rigorosas medidas, o que remetia à ideia de ações campanheistas e militarizadas. Por conta disso, as ações acabavam incorporando um viés policialesco e fiscalizatório, traços marcantes e herdados na atualidade.

Na perspectiva evidenciada, os fatos em si, em determinados aspectos, ainda persistem na realidade atual nos oferecem pistas significativas para entendermos questões imbricadas na tese em construção. Observamos que, assim como no passado, são recorrentes nos tempo atuais, medidas de controle de doenças e vigilância em saúde, que em boa parte, ainda operam com metodologias nem sempre bem aceitas pela população, o que mostra a necessidade de repensarmos o trabalho desenvolvido e ao mesmo tempo, somos desafiados, a ouvir e dialogar com a população, o que a nosso ver, envolve um trabalho sensível de educação em saúde.

Na atualidade, vemos no Brasil uma crescente onda de epidemias como dengue, zika vírus e chinkugunya, e mais recentemente a febre amarela e o sarampo. Doenças que chamam a atenção para o trabalho que envolve os ACEs, a exemplo de outros momentos na história deste país. Todavia, é importante destacarmos que ainda hoje vemos pelo Brasil esse trabalho fortemente associado aos moldes do passado, embora utilizando outras tecnologias e mídias mais sofisticadas, ainda persistem ideias de combate aos vetores fortemente associadas aos moldes militares.

Em 1918, “Foram iniciadas as atividades do Serviço de Profilaxia Rural, subordinado à Inspetoria de Serviços de Profilaxia (Decreto nº 13.001, de 1.5.1918).” (BRASIL, 2004, p.21). Em 1920, com a reforma de Carlos Chagas que reorganizou os Serviços de Saúde Pública foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública- DNSP. (BRASIL, 2004).

A Reforma Carlos Chagas ampliou as atividades de cooperação com estados, por meio da Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural (Decreto nº 15.003, de 15.9.1921). (BRASIL, 2004). A esse respeito, Schweickardt(2011) destaca que no contexto amazônico, o Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural teve um papel importante em termos de ações coordenadas e continuadas em todo o interior do Estado do Amazonas que dentre outras ações, se estruturava numa rede de postos rurais e itinerantes, além de levar saúde às populações que viviam nas florestas e às margens dos rios, considerando as peculiaridades e complexidades da região, representou um ato de política de Estado para a Amazônia.

A partir dessa trajetória histórica da saúde pública brasileira, podemos entender que, em grande parte, as medidas de controle para doenças como malária, febre amarela e chagas reforçaram aspectos importantes para compreendermos o papel atribuído aos agentes de campo nesse processo, se constituindo um indício importante para entendermos o papel do ACE nos dias de hoje, reforçando o argumento de que a vigilância em saúde, além de um campo muito abrangente e complexo, traduz muitas contradições.

Além disso, os aspectos históricos apresentados até então, parecem fornecerem também pistas valiosas para entendimento do papel da educação nos processos de trabalho da vigilância em saúde, temática que pela opção metodológica dessa pesquisa permeará toda a construção da tese.

Pela revelação de aspectos estruturais da vigilância, se reproduzem uma compreensão educacional desse processo no que se refere a população pelas ações educativas. Vimos que a ideia de vigilância estava fortemente ligada a medidas de combate e fiscalização, revelando uma educação autoritária nas relações com a população. Há também predominância nos métodos científicos medicamentosos e curativos, com imposição de normas e comportamentos para a população, alijando relações mais dialógicas e populares. Depreendemos desse contexto e das políticas adotadas, que a educação se serve a isso: impor normas e comportamentos de saúde para a população com metodologias rigorosas e arbitrárias, criando um sentimento de culpabilização das pessoas pelas doenças, quando na verdade, o pano de fundo de tudo isso, é mais complexo e envolve questões econômicas, políticas, sociais e culturais.

Decorre daí, que os agentes de saúde dessa época são basicamente fiscais sanitários, agentes do discurso médico e da polícia sanitária, recrutados para caçar os agentes transmissores das doenças e proteger a população a qualquer custo. Famosos mata mosquitos como foram chamados na época. Seguindo as rigorosas orientações técnicas e científicas da época, a nosso ver foram recrutados para serem agentes combatentes de doenças. Assim, na época, a população e suas opiniões não eram consultadas, portanto seus saberes e conhecimento não foram visibilizados, pois eram negados como sujeitos e vistos como portadores de doenças e gente infectada. O papel dos agentes de saúde, pelos indícios históricos e legais coletados até agora parece se restringir ao cumprimento de regras e normas sanitárias, vindo de cima para baixo, sem escuta da população, sem ouvir o povo.

Constatamos que devido aos avanços científicos no campo da saúde para se controlar os riscos à saúde se estruturavam ações duras e inquestionáveis sob o discurso da racionalidade científica e social. Observamos também a tentativa de controle e domínio sobre o lugar das pessoas e de suas relações. Controle para se garantir modos de vida adequados para a expansão de uma lógica capitalista e de mercado sob o discurso e a prática do controle sanitário e das medidas de higiene.

Pelo que vemos, desde esta época, o papel do agente de saúde correspondente ao ACE de hoje está fundamentalmente associado ao entendimento de combate das endemias. Bezerra (2012, p.25) observa que “Existem algumas definições para a profissão, a mais comum é o agente de controle de endemias, mas também encontramos outras denominações como o agente de saúde ambiental, o agente de vigilância ambiental, e o agente de saúde ambiental e combate a endemias”.

Neste contexto, Silva (2003) esclarece que se convencionou no Brasil designar determinadas doenças, a maioria delas parasitárias ou transmitidas por vetor, como “endemias”, como por exemplo, a malária, febre amarela, esquistossomose, leishmanioses, filarioses, a peste, a doença de Chagas, dentre outras. Ainda hoje, esta conceituação de “endemias” é adotada pelo Ministério da Saúde. Para Silva (2003)

“Essas doenças, predominantemente rurais, constituíram a preocupação central da saúde pública brasileira por quase um século, até que diversos fatores, notadamente a urbanização, desfizeram as razões de sua existência enquanto corpo homogêneo de preocupação.” (SILVA, 2003, p.44)

Depreende-se daí, uma preocupação do governo brasileiro em desenvolver políticas e estratégias de controle dessas doenças, consideradas endêmicas, principalmente por conta de seus impactos econômicos e sociais, sobretudo quando dificultava projetos de grande

importância, sendo que “o impacto das endemias na primeira década do século XX se fazia sentir essencialmente nas cidades” (SILVA, 2003, p.45).

Até agora, os indícios mostram que a origem do ACE está associada às experiências trazidas de outros países, como EUA e Europa, ou seja, se baseiam em experiências vindas de fora e também estão muito marcadas pelos projetos de desenvolvimento econômico e político implantados no Brasil, desde a colônia. (SILVA, 2003)

O papel e as atribuições destes profissionais como técnicos foram com o passar dos anos sendo alteradas e incorporadas novas competências, mas ainda tem um viés fortemente marcado pelas experiências do passado. Estão muito associadas às campanhas sanitárias e ao mundo rural e a ocupação do território, associado ao projeto de dominação hegemônica decorrente do modo de produção do capitalismo.

Assim sendo, verificamos que o campo de atuação das endemias é marcado pela publicação de muitas normas que dão relevo para muitas ideias, conceitos e teorias sobre o controle das endemias. Também é uma história que revela que foram criados e extintos diversos órgãos de prevenção e controle de doenças no Brasil, o que mostra, de um lado, forte influência dos interesses econômicos e políticos nesse processo, aparecendo órgãos importantes como SESP, Fundação Nacional de Saúde, dentre outros. Por outro lado, mostra a capacidade profissional de adequação a novas realidades e sua importância nas ações de prevenção de doenças e de promoção de saúde.

Por outro lado, compreendemos também que a maioria dos programas e estratégias do governo brasileiro para controle das endemias<sup>48</sup>, historicamente dependeu da adesão e participação da sociedade, o que levou o governo a adotar a educação em saúde, como uma das estratégias utilizadas para envolver a população em campanhas e projetos. Ainda que num primeiro momento, a ênfase tenha sido dada para o sanitarismo, relegando a educação a um plano secundário.

Pelos indícios, sobretudo históricos, verificamos que se privilegiou uma lógica de trabalho fundada no “combate às endemias e epidemias” como febre amarela, peste, varíola, malária, doença de chagas, dengue, dentre outras. Por conseguinte, a história do ACE está ligada aos seus antecessores como o guarda de endemias, a polícia sanitária, o guarda da malária, conhecidos como mata mosquitos, ficando num primeiro momento, estes agentes

---

<sup>48</sup> Segundo Schmid (1956) Endemia “é a ocorrência de determinada doença que acomete sistematicamente populações em espaços característicos e determinados, no decorrer de um longo período, (temporalmente ilimitada), e que mantém uma incidência relativamente constante, permitindo variações cíclicas e sazonais.”

mais popularmente conhecidos em virtude do combate aos vetores das doenças. Neste sentido, a legislação da época mostra bem isso.

Assim, encontramos no Decreto-Lei nº 3.672, de 1º de outubro de 1941, o qual na época regulava todo o regime de combate à malária no país sob a coordenação do Serviço Nacional de Malária que o combate à malária se baseava fundamentalmente no controle, combate e destruição do vetor da doença, porém, na época, já apresentava a preocupação com a educação, mesmo que de maneira limitada. Neste sentido, o artigo segundo do referido decreto observa que:

Art. 2º - O combate à malária será realizado com a aplicação das seguintes medidas: a) trabalhos de hidráulica sanitária e outras obras de saneamento, visando dificultar ou impedir a procriação dos culicídeos transmissores; b) destruição sistemática dos anofelinos de responsabilidades epidemiológica local, em qualquer das suas fases evolutivas; c) proteção dos indivíduos e das habitações pelo emprego de processo mecânico químicos ou biológico; d) isolamento e tratamento dos doentes e gametóforos; visando a extinção ou pelo menos a redução da sua capacidade infectante; **e) educação sanitária das populações.**(grifo nosso)

No item e) educação sanitária das populações já se percebe uma preocupação com a educação, contudo o viés é o controle sanitário. Assim, no seu artigo 34 “Os serviços de combate à malária promoverão, cooperando com os serviços especiais de educação sanitária, a propaganda educativa de profilaxia da malária.” Essa questão da educação está associada a ideia da campanhas e a difusão de informações ganharia força mais tarde com a criação do Ministério da Saúde<sup>49</sup>.

Outro marco importante foi a Lei nº 2.743, de 6 de março de 1956 que criou o Departamento Nacional de Endemias Rurais no Ministério da Saúde.

Art. 2º Ao Departamento Nacional de Endemias Rurais cabe organizar e executar os serviços de investigação e promover o combate à malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela, esquistossomose, ancilostomose, filariose, hidatidose, bócio endêmico, boubá, tracoma e outras endemias existentes no país, cuja investigação e combate lhe forem especialmente atribuídas pelo Ministro de Estado da Saúde, de acordo com as conveniências de ordem técnica e administrativa.

Assim, se mantém a ideia de promover o combate às endemias em todo o território nacional. Dessa lei percebemos que a ideia de combater doença pelo extermínio do vetor é muito forte, ao combate a vetores, hospedeiros ou agentes etiológicos das endemias, assim como a ideia de campanhas também. É importante destacar que esse Departamento Nacional

<sup>49</sup> O Ministério da Saúde foi criado em 16 de novembro de 1953, pelo Decreto n. 34.593/ 53, que instituía o Regulamento do Ministério da Saúde, de acordo com a Lei n. 1920/53. Pelos referidos instrumentos normativos, o Ministério da Saúde possuía um Departamento Nacional de Saúde.

de Endemias Rurais (DNERu) incorporou os agentes dos Serviços Nacionais de Malária, Peste e Febre Amarela.

Tempos depois, a Lei nº 4.709, de 28 de junho de 1965 alterou a Lei nº 2.743, de 6 de março de 1956, e criou em todo território nacional a Campanha de Erradicação da Malária (CEM). Ou seja, pelos termos dessa lei, “quaisquer atividades de combate à malária visavam à sua erradicação”. Essa ideia de erradicação da doença é uma ideia que hoje caiu em desuso. Contudo, persiste ainda a ideia das campanhas, ainda que noutros formatos. Por conseguinte, entendemos também que todo esse pessoal ou a maioria que era de um setor ou órgão acabam sendo aproveitados pelos órgãos recém criados, sendo assim esse quadro era bastante alterado. Na prática iam incorporando atribuições já previstas em outras campanhas e programas.

Em 1970 pelo Decreto nº 66.623, de 22.5.1970 é criada a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), pela fusão do DNERu, Campanha de Erradicação da Malária (CEM) e Campanha de Erradicação da Varíola (CEV). (BRASIL, 2004, p.28)

O Decreto nº 66.623, de 22 de Maio de 1970 que Dispõe sobre a organização administrativa do Ministério da Saúde dentre outras providencias cria em seu artigo - SEÇÃO III Da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública – Art. 20. A Superintendência de Campanhas de Saúde Pública de atividades de erradicação e de controle de endemias, nas áreas em que haja transmissão atual ou potencial. Neste mesmo decreto SUBSEÇÃO I da Divisão Nacional de Educação Sanitária<sup>50</sup> que:

[...] tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para os programas de educação sanitária, coordenação e orientando sua aplicação no Ministério da Saúde; assessorar órgãos públicos e entidades privadas na organização e funcionamento de serviços e atividades de educação sanitária; estudar e pesquisar, bem como incentivar promover e colaborar no treinamento profissional. (Artigo 15, Decreto nº 66.623, de 22 de Maio de 1970)

Assim, o Decreto nº 74.891, de 13 de Novembro de 1974 dispõe sobre a Estrutura Básica do Ministério da Saúde e dá outras providências, inclusive pelo seu art. 14, à Superintendência de Campanhas de Saúde Pública- SUCAM, órgão com autonomia administrativa e financeira, o qual competia programar, organizar, coordenar, controlar,

---

<sup>50</sup> A Divisão Nacional de Educação Sanitária é resultante da transformação do Serviço Nacional de Educação Sanitária. (Decreto nº 66.623, de 22 de Maio de 1970).

avaliar e supervisionar a execução de atividades de erradicação e controle de endemias em todo o território nacional.

Neste contexto, começamos a melhor a entender as atribuições do ACE nos dias atuais. Estamos vendo que houve alterações nas formas de organização das endemias e isso, por conseguinte, alterou a profissão, pois a prioridade de atuação dos agentes de endemias se voltava para o controle das doenças transmitidas por vetores que resultaram de decisões políticas motivadas, sobretudo por questões econômicas.

É importante ressaltar que, suas atribuições estão muito bem amarradas no texto da lei e se remetem de fato ao combate dos vetores das doenças endêmicas. Cada lei que se cria reforça sistematicamente essa ideia a ser operada. Ou seja, percebemos que o campo de atuação do ACE vai se formando de maneira mais específica em torno das medidas de controle da doença e de maneira mais geral, no campo da vigilância em saúde, com menção às atribuições educativas.

Vemos também que ao longo desses anos, a vigilância em saúde vai se constituindo e estruturando a partir de diversas medidas que passam a serem adotadas a partir da criação de órgãos e com a estruturação de setores e programas. Assim, vemos muito mais um campo normativo e de controle de riscos sanitários. Assim, o contexto explicitado sugere pensar o papel da educação na vigilância em saúde, considerando o campo dos saberes e das práticas do profissional com atuação no controle das endemias.

Nesse sentido, compreendemos que a despeito das determinações legais focadas, sobretudo, no controle das doenças e tendo no agente de endemias um profissional focado no combate dos agentes transmissores pela força dos conhecimentos científicos, se valendo de rígidas normas sanitárias na relação com a população. Ainda assim, entendemos pela história que esse profissional exerceu à luz das limitações da época, suas atividades na relação com sujeitos, contextos, estando imerso na realidade, valendo-se inclusive da educação. Ou seja, mesmo preso a um modelo rigoroso e até autoritário de fazer vigilância, entendemos que pelo conjunto da legislação se reconheceu na educação um importante papel a serviço da saúde da população.

### **3.2 Atribuições legais do Agente de Combate às Endemias e campo de atuação**

Abordaremos as atribuições do ACE a partir de uma discussão sobre o que está oficialmente estabelecido nas normativas vigentes, procurando destacar o papel preconizado

institucionalmente para a atuação deste profissional em conformidade com as diretrizes legais do Sistema Único de Saúde.

A Lei Federal nº 11.530, de 05 de outubro de 2006<sup>51</sup> que regulamentou o § 5º do art. 198 da Constituição Federal declara em seu artigo 4º que “O Agente de Combate às Endemias tem como atribuição o exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor de cada ente federado.” (BRASIL, 2006).

Em 2015, a Portaria GM/MS nº 1.025/2015<sup>52</sup>, em observância às atividades do ACE descritas na lei anteriormente citada (Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006) e considerando diretrizes e políticas de Vigilância em Saúde definidas pelo Ministério da Saúde estabeleceu um conjunto de atribuições dos ACEs, que foram revistas e atualizadas recentemente pela Lei nº 13.708, de 14 de agosto de 2018<sup>53</sup> que por sua vez alterou a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, modificando normas que regulam o exercício profissional dos ACS e dos ACEs. Dentre as alterações, determina a essencialidade e obrigatoriedade da presença do ACS na ESF e de ACEs na estrutura de vigilância epidemiológica e ambiental. A lei trata também de outras questões como jornada de trabalho exigida para recebimento de piso salarial, a participação em cursos de formação e o custeio de locomoção necessária para realização das atividades de trabalho.

No âmbito dessa lei ressaltamos que as atribuições dos ACEs com base no artigo. 4º da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, passa a vigorar acrescido dos seguintes parágrafos que destacaremos na íntegra pela importância no contexto da discussão:

§ 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;

---

<sup>51</sup> Lei Federal que 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.

<sup>52</sup> Portaria do Ministério da Saúde que define o quantitativo máximo de Agentes de Combate às Endemias (ACE) passível de contratação com o auxílio da Assistência Financeira Complementar (AFC) da União, de acordo com os parâmetros e diretrizes estabelecidos no art. 2º do Decreto nº 8.474, de 22 de junho de 2015.

<sup>53</sup> Lei Federal que altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para modificar normas que regulam o exercício profissional dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias.

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.

§ 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.

§ 3º O Agente de Combate às Endemias poderá participar, mediante treinamento adequado, da execução, da coordenação ou da supervisão das ações de vigilância epidemiológica e ambiental.

É importante enfatizarmos que algumas dessas atribuições já haviam sido previstas e anunciadas na Portaria GM/MS nº 1.025/2015, mas foram revistas e ampliadas passando vigorar nos termos acima. A lei atual foi fruto de um intenso debate no Congresso Nacional que contou com a participação dos representantes da categoria.

Nos termos da Lei, pelas atribuições imputadas, o trabalho do ACE se situa em campos de atuação marcados por complexidades e muitos desafios, o que obviamente lhe exige mais do que uma formação adequada para seu exercício profissional. Exige do agente uma capacidade aguçada de leitura das necessidades de saúde da população e do conjunto de seus determinantes. Exige conhecimento das estruturas e relações de poder.

As diretrizes nacionais da Vigilância em Saúde destacam que os componentes constitutivos dessa área “São as ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, devendo-se constituir em espaço de articulação de conhecimentos e técnicas.” (BRASIL, 2010, p.16). Neste sentido, o componente inclui: “a vigilância e o controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária.” (Idem).

Assim, entendemos que se trata de um campo de atuação que possui muitas interfaces, se constituindo como um lugar de articulação de conhecimentos e experiências, ou seja, um campo acima de tudo, de muitas aprendizagens e vivências. A ideia de vigilância em saúde sugerida nos remete a importância da articulação de ações, a partir das linhas de trabalho que operam na base dos serviços de saúde.

A execução desses componentes exige um agente apto em diversas competências e habilidades, com pleno domínio nos campos de atuação. O exercício profissional da vigilância em saúde constitui uma tarefa complexa, que exige ferramentas de trabalho adequadas e o domínio de conhecimentos científicos, técnicos e populares.

O agente deve estar apto a perceber as condições prováveis de instalação de doenças e agravos à saúde. Contudo, essas condições percebidas, em geral, nem sempre são consideradas pelos gestores com o pensamento centrado na resposta rápida ao problema sanitário de maior preocupação. O ACE costuma não ter autonomia, ficando subordinado à campanhas de saúde que detém maior atenção no momento. Evangelista et al. (2019) revela que o ACE é um profissional desvalorizado que enfrenta sérias limitações de formação profissional e condições precárias de trabalho, a despeito das normativas vigentes professarem a importância deste profissional na estruturação dos serviços de saúde junto à população.

Na prática, o ACE trabalha com os protocolos demandados pelas normas de vigilância em saúde. Ilustra bem isso, os protocolos de trabalho das vigilâncias ambiental, epidemiológica e sanitária. Atua num campo duro e complexo, onde não há como prever tudo, mas estar apto para o agir na urgência. A área da vigilância em saúde é carregada de conteúdo normativo e regulador de ações, que são necessárias para o controle e prevenção de doenças e agravos à saúde. Mas também é um campo aberto a experiências e práticas, que podem ser exploradas noutras perspectivas, como por exemplo, o potencial educativo, sobretudo, na necessidade de compreensão dos sujeitos e sua interpretação do mundo, assim como a maneira como lidam com as doenças em seu sistema cultural, que pode ser diferente da lógica instituída pelo modelo dominante em saúde.

Os protocolos de trabalho demandados ao ACE se constituem numa intensa e complexa agenda de trabalho que deve ser executada diariamente em conformidade com os planos de trabalho da gestão local. Essas demandas de trabalho do controle de doenças e da vigilância em saúde exigem domínio técnico científico na área em que atuam e nos campos do conhecimento das relações que acontecem no território.

Na prática, a legislação trata de uma extensa e complexa lista de atribuições, para as quais o agente necessita também de preparação para uma atuação eficaz. Evangelista et al. (2018) em estudo sobre a formação e identidade profissional do Agente de Combate às Endemias assinala que há desconhecimento, por parte do agente a respeito dos protocolos de trabalho e dos conteúdos técnicos que regem suas principais atividades no âmbito das ações de controle e prevenção de dengue e outras doenças, como Chikungunya, Zika e febre

amarela, transmitidas pelo mesmo vetor, o *Aedes aegypti*. Assim, se concluiu que “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.” (EVANGELISTA ET AL., 2019, p.17). Por outro lado, é importante considerarmos nessa discussão que, o Agente de Combate às Endemias está submetido ao cumprimento das normatizações do sistema de trabalho em saúde, sobretudo, na execução das rotinas técnicas do controle e prevenção de doenças e agravos à saúde.

Pela natureza das atribuições requeridas no corpo da legislação entendemos que o ACE atua num campo minado por muitas ideias, práticas e experiências. Em síntese, um verdadeiro campo de forças, onde pode se valer do saber científico e também do saber popular, operando com diversidade de pensamento e capacidade de antecipar-se aos eventos que estão sendo gerados. A atuação se dá nos campos da vida humana, no conjunto de relações da vida social, econômica e cultural, onde se configuram práticas de saúde que, extrapolam a racionalidade dominante, mas válidas como expressão das diferentes formas de atenção e cuidado à saúde no campo da cultura popular e de maneira mais abrangente, do viver humano. O agente atua num campo envolvido de complexas relações sociais e culturais. As atividades acontecem mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, ou outros diferentes contextos, dependendo das formas de convivência humana. Por conseguinte, trabalha em contato direto com a população e por essa razão, está envolvido na dinâmica da comunidade e de seu modo de vida.

Analisando as atribuições do ACE elencadas acima, excetuando as atividades de cunho mais operacional, identificamos que no seu conjunto, lida com diferentes modos de pensar, criar, agir, investigar, observar e intervir na realidade de saúde do território. Na prática, precisa reconhecer diferentes formas de compreensão da realidade, devendo ser capaz de articular os conhecimentos das diferentes áreas, das ciências da saúde e das ciências humanas. Por conseguinte, opera com campos de objetos complexos e que estão imbricados.

No contexto das ações de Vigilância em Saúde, o ACE pelo seu campo de atuação é um profissional da saúde que está mais próximo dos sujeitos populares em diferentes contextos socioculturais e que, sobretudo, pela dinâmica de seu trabalho de campo, vivencia experiências significativas. O papel a ser desenvolvido pelo ACE é bem abrangente, extrapola o campo de atuação das endemias<sup>54</sup> e contempla diferentes áreas.

---

<sup>54</sup> Endemia é definida pela presença contínua de uma enfermidade, ou agente infeccioso, em uma zona geográfica determinada; pode também expressar a prevalência usual de uma doença particular numa zona geográfica. (BRASIL, 2009)

O ACE é um profissional que atua diretamente junto à comunidade, estando envolvido no conjunto dos problemas e necessidades de saúde da população. O seu trabalho segue normativas e protocolos estabelecidos por lei. Bezerra (2012, p.25) destaca que “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. [...]”.

A atuação deste profissional extrapola o campo das endemias que no dia-a-dia compreende outras 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. Assim, em virtude de suas atribuições legais e pelas especificidades decorrentes das demandas de trabalho do cotidiano, vive em volta a muitas atividades, que lhe exige não somente a competência técnica, mas habilidades e sensibilidade para se relacionar com os diversos contextos e os diferentes sujeitos, tendo nas ações educativas, um conteúdo potencial que pode ampliar essas possibilidades de atuação.

Sua atuação no conjunto das ações específicas de Vigilância em Saúde pode ser feita de maneira articulada com outras equipes e profissionais, sobretudo da ESF. Por conseguinte, desempenha papel fundamental na Vigilância em Saúde, seja pelas atribuições que lhe são conferidas pela legislação vigente, seja pela sua importância nas questões e possibilidades da organização do trabalho de saúde na comunidade.

Pela legislação em vigor, o campo de atuação do ACE é bastante vasto e abrangente, o que exige múltiplas competências técnicas, científicas e sociais, nem sempre supridas pelos processos formativos em saúde. Na prática dos serviços, este profissional tem necessidade de conhecer o local onde atua e de dominar os conhecimentos mínimos para as práticas que extrapolam sua formação inicial, requerendo a aquisição ou o jeito de criar outras maneiras alternativas de pensar a saúde no contexto em que atuam já que juntamente com os ACS, na maioria das vezes, são em muitos lugares, os principais articuladores entre a comunidade e os serviços de saúde existentes.

Em contexto amazônico, quase sempre caracterizado por certas adversidades, os agentes por terem contato direto e contínuo com a comunidade podem exercer papéis fundamentais nas ações de saúde para além do controle das principais endemias do lugar. Os ACEs são os olhos e os ouvidos do sistema de vigilância na comunidade. São profissionais fundamentais que podem contribuir para a busca coletiva da solução dos problemas de saúde da comunidade, pois, dentre outras, podem oferecer importantes pistas e elementos concretos para a investigação do processo saúde-doença na base dos territórios em que atuam.

De maneira geral, podemos dizer que o campo de atuação dos ACE se situa no campo dos saberes da comunidade e dos contextos locais. Por isso, esses saberes devem ser levados em consideração e, ao mesmo tempo, compreendidos na sua dimensão educativa. Em hipótese alguma, devem ser ignorados ou minimizados, pois podem ajudar o setor da vigilância em saúde a pensar estratégias para entender aspectos relevantes dos problemas do processo saúde-doença no território.

Outra questão importante a destacarmos é que ao considerar os saberes e as estratégias que os sujeitos populares podem inventar para lidar com as adversidades em ambientes complexos e vulneráveis, a vigilância, não simplificaria ou limitaria suas práticas, pelo contrário, potencializaria seu conhecimento da realidade e apontaria possibilidades para reinventar seus protocolos e diretrizes, pois atua num campo onde os processos são complexos e profundamente relacionados. A esse respeito, é importante repensar estratégias e processos de trabalho.

Nesta perspectiva, ao refletirmos sobre as pretensões das legislações abordadas chegamos a conclusão de que o papel do ACE abrange objetos de grande diversidade e campos distintos, onde observamos que a complexidade da vigilância só se amplia. Observamos também que cada atribuição corresponde a campos específicos que requerem ações correspondentes. Por essas razões, o ACE, antes de tudo, deve estar capacitado para atuar nesse campo e aprimorar seus conhecimentos. Observamos que segundo as legislações, o sistema de vigilância em saúde espera um agente proativo e com curiosidade aguçada, um profissional com habilidades diversas e com capacidade de dar respostas mais rápidas para os problemas de seu campo de atuação.

Assim, considerando, a complexidade do campo da vigilância em saúde, as constantes mudanças da realidade sanitária observadas no Brasil e no mundo, como as transições demográfica, epidemiológica e as relacionadas aos determinantes sociais, observamos que recaí sobre os ombros dos ACE uma carga de responsabilidades muito grande, ao tempo que, os processos de formação em saúde não dão conta de prepará-los. A nosso ver, trata antes, de uma maneira de uma postura que, exige um pensar e agir sobre o mundo. Entendemos que este profissional deva ser orientado a cultivar e exercer uma inteligência que se antecipe ao risco, ao imprevisível e a uma situação inusitada, pois no campo da vigilância, mais do que o peso das leis é preciso inteligência para pensar e agir. Neste sentido, as diretrizes preconizadas e estabelecidas pelo Ministério da Saúde, sem dúvida, são relevantes, mas por si só, não são suficientes, pois a vigilância em saúde não se faz apenas de cima para baixo, mas também no movimento inverso. E nesse sentido, talvez

até de maneira, mas decisiva, estão os inúmeros desafios a serem compreendidos no campo de atuação do ACE em contextos culturais, políticos e socioeconômicos diversos.

Argumentamos que o papel do ACE deve está pautado não somente no conteúdo formalmente estabelecido nas leis, mas, fundamentalmente na leitura e compreensão da realidade. A leitura reflexiva da atual realidade de saúde e das condições de vida social e cultural, no âmbito da vigilância em saúde, poderá ampliar o horizonte de ação e criar possibilidades de intervenção mais sensível e eficaz.

Os problemas do cotidiano da vigilância em saúde constituem um campo fértil para a atuação do ACE, o que lhe exige ferramentas de pensar nesses problemas e como lidar com eles em contextos, às vezes e quase sempre, sem recursos disponíveis, a não ser os da forma de pensar inteligente e criativa. Mas por si só, também não bastam, pois é preciso criar estratégias coletivas, como boas formas de convivência com os comunitários e diferentes segmentos da sociedade, pois é preciso se articular com os interesses e formas de compreensão coletiva, que emanam da população e dos diferentes sujeitos individuais e coletivos. Esta é uma qualidade fundamental para atingir progressos, pois de profissional fiscalizador passa a ser articulador de ações e projetos na comunidade.

A nosso ver, a tomada de decisão e, conseqüentemente, a adequada resposta da vigilância em saúde em muitas situações que envolvem as comunidades, se baseia em dados que podem ser informados pelos ACEs, pois eles estão na ponta do serviço e podem fazer a escuta dos sujeitos sobre os problemas que os afligem. No entanto, deve ser uma escuta cuidadosa e reflexiva, uma escuta voltada aos problemas de interesse de saúde da população. A esse respeito, entendemos que o ACE pode se apropriar da experiência produzida no enfrentamento dos problemas de saúde da comunidade, ainda com insuficiente e/ou baixo reconhecimento institucional pela gestão da vigilância em saúde. Gonçalves (2011, p.39) em estudo sobre os ACS corrobora nessa perspectiva de compreensão:

“[...] cabe ao/à ACS a responsabilidade de estar além de ser mero repassador de saberes prontos, a serem consumidos pelos sujeitos de sua área de atuação. O/A ACS, para executar plenamente as diretrizes que lhe dizem respeito, precisa ser um investigador atento, com habilidade para detectar problemas já instalados no contexto onde está intervindo, e detectar problemas que ainda estão por acontecer.”

Concordamos com o autor, pois essa compreensão é válida para entendemos que a construção de melhores práticas em Vigilância em Saúde, mais do que diretrizes bem definidas, depende principalmente da capacidade de observação e compreensão atenta da realidade e da capacidade de enfrentamento político às normas autoritárias.

Em sua prática profissional cotidiana, o ACE trabalha numa área fortemente marcada pelos indicadores de saúde, mas também numa área que é essencialmente para pensar e agir com precisão. Trabalha onde mais do que construir pontes, se espera pontes construídas. Inverte-se assim a lógica, pois a norma instituída já traz o que vai acontecer e aí está o problema, pois as questões não estão assim tão dadas na realidade, precisam ser buscadas. O cerne da questão, a nosso ver, não pode ser o produto tão somente, mas o processo.

Os protocolos da vigilância são necessários e o ACE deve compreendê-los, mas, deve aprender a contextualizá-los, de tal maneira que considere o universo sociocultural da comunidade em que atua, tendo em vista a diversidade de sujeitos e a maneira como estes compreendem as suas relações no processo saúde-doença. Ao ACE caberá um papel não somente no campo operacional, mas essencialmente no campo do pensar e da reflexão, pois este profissional está imerso na realidade e diante de situações concretas que exigem o olhar atento e observador e, por conseguinte, uma prática articulada e integrada. Reside aí, uma importante dimensão de seu trabalho na saúde.

Outro aspecto que não deve ser ignorado é que em termos de vigilância em saúde, o risco e a incerteza não podem ser disciplinados e conformados. Neste sentido, a prática do ACE deve apontar para uma atuação interdisciplinar, para caminhos e possibilidades diversas de ação. Aponta para uma prática profissional reflexiva e curiosa, portanto, aberta e ampla, onde talvez, pensar, sentir e compreender nos ajude ao fazer mediado por saberes do sistema de saúde em diálogo com os da tradição popular, que engloba sistemas e formas de compreensão distintas de saúde, doença e cura. Distintas mas não opostas, pois é preciso superar o antagonismo e criar outras formas de pensar e agir. Nessas questões, atua o ACE, num campo da mediação de saberes, onde se pratica saberes de saúde do sistema e da tradição popular e onde estes também podem se realçar e se contradizer.

No contexto amazônico, sobretudo Amazonas, estudado pela tese, entendemos que o fazer desse ACE precisa estar conectado aos saberes populares presente nas comunidades e ao modo de vida dessas pessoas, que por sua vez, depende da maneira como se relacionam com as florestas, com os rios e com todos os seres vivos.

É um fazer que não deve desprezar o contexto que está envolvido, sob pena de agir no vazio e sem direção. O contexto amazônico se revela de muitas formas e sob diferentes sentidos para homens e mulheres que vivem nas comunidades ribeirinhas, as margens dos rios, depende do rio e da floresta para viver e para existir, cheios de experiências diversas.

O agir desse ACE não está necessariamente previsto nos cursos de capacitação, mas sim na aprendizagem contínua, feita no cotidiano. Nem sempre estão capacitados tecnicamente para o que se destinam fazer, agindo de maneira curiosa sobre o que fazem e conhecem. Esse agir curioso lhe possibilita conhecer a realidade de perto, entender as pessoas e suas formas de vida. O ACE curioso tem um tino maior para a investigação de casos de doenças e de ameaças à vida. Assim, é importante o entendimento da cultura local e de suas formas de lidar com o mundo que o cerca.

Outro aspecto que deve ser observado é esse modo de lidar com situações inusitadas. Se pararmos para analisar as responsabilidades imputadas ao Agente de Combate às Endemias para o exercício de atividades, observamos que este atua num campo complexo em diferentes perspectivas. A complexidade está presente nas formas de relações e na dimensão antropológica. O agir desse agente tem dimensões complexas, a partir do que está previsto na legislação e nas diretrizes de vigilância, o que na sua maior parte, segue uma matriz racionalista e tecnicista.

O desafio está em perceber que o campo da vigilância é um campo com muitas interfaces e particularidades. Mas essa compreensão não é suficiente, precisamos entender para além do que está enquadrado no sistema de saúde oficial.

Assim, a atuação do ACE, no contexto específico do Amazonas, não se restringe ao controle de endemias, envolve também ampla compreensão e atuação na vigilância em saúde, por conta das exigências do contexto e demandas de serviços. Neste contexto, por conta das demandas locais, o agente de endemias é um profissional muito requisitado em programas de controle como dengue e malária, mais bem conhecidas dos brasileiros.

Nesses programas, suas práticas se voltam, sobretudo, para controle de vetores, prevenção da doença, ações de educação em saúde e mobilização social. Suas competências se aproximam das exigidas por programas do Ministério da Saúde, como dengue e malária, variando conforme as necessidades exigidas. De fato, se trata de uma competência definida pelos programas e de acordo com os procedimentos exigidos. Apesar de competências estabelecidas por lei, suas atribuições são variantes e dependem muito dos arranjos e das necessidades locais.

Conforme vimos anteriormente, o “desenvolvimento de ações educativas e de mobilização da comunidade relativas à prevenção e ao controle de doenças e agravos à saúde” é atribuição do ACE e do ACS em conformidade com a Lei nº 13.708, de 14 de agosto de 2018, que altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. De acordo com esta lei, a ação educativa deverá “partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações

domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas”. Segundo 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”.

Ao regulamentar que a ação educativa faz parte do exercício profissional desses agentes e de outros profissionais da saúde, a legislação aponta a necessidade de realização de ações educativas e de mobilização social integradas no âmbito dos serviços na perspectiva do fortalecimento do agir em saúde na comunidade. A legislação avança na perspectiva da superação de práticas educativas sem fundamentação e desarticuladas que colaboram para a fragilização e desvalorização da ação educativa nos processos e programas de trabalho em saúde, relegando-a ao plano secundário. Mas acima de tudo se constitui num importante instrumento que reconhece a educação como um referencial, haja vista que, em muitas situações, geralmente é relativizada ou ignorada, o que contribui para sua desqualificação, negação ou invisibilização no âmbito dos serviços de saúde.

A lei nº 13.708, de 14 de agosto de 2018 fortalece a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde- PNEPS-SUS instituída pela Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013, que nos parece oferecer abertura e parâmetro concreto para ajudar a pensar e construir ações educativas nos serviços do SUS. Em seu artigo 2º, a PNEPS-SUS “reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS.” (BRASIL, 2013).

É importante ressaltarmos que a definição da Educação Popular como um referencial para as práticas educativas no âmbito dos serviços de saúde se constitui num instrumento importante na superação de processos de trabalho tecnicistas e autoritários na educação em saúde e, ao mesmo tempo, impõe desafios concretos no sentido de tentar construir práticas institucionais problematizadoras e dialógicas.

A nosso ver, o processo de institucionalização da EPS nos últimos anos animou e fortaleceu o desenvolvimento de ações referenciadas na educação popular, sobretudo, nas

articulações de práticas e experiências inspiradas nos seus pressupostos teórico-metodológicos. Contudo, apesar das normativas instituídas, em contextos que negam direitos e conquistas de base popular, os frutos da ação organizada dos movimentos da sociedade podem estar ameaçados. Assim, a implementação da política no fazer cotidiano da saúde poderá trazer à tona importantes debates.

No campo da literatura sobre as práticas educativas de vigilância em saúde, a temática da educação popular em saúde ainda é tratada de maneira tímida e discreta. Neste campo da saúde, a própria discussão sobre o papel da educação no sentido mais amplo possível, ainda precisa ser fazer presente com mais fôlego e consistência. Por conseguinte, há carência de um debate teórico nesta área específica.

No âmbito da Vigilância em Saúde esta política poderá contribuir para uma compreensão ampliada e uma proposta mais abrangente da Vigilância em Saúde (TEIXEIRA, 2005), o que deverá exigir uma (re)orientação das ações educativas. Fundamentada na educação popular, as práticas educativas da vigilância em saúde, poderão aprimorar ou apontar outras perspectivas de trabalho, sobretudo nas relações com a comunidade. Um passo importante nesta direção é a formação dos agentes e a valorização de suas práticas desenvolvidas junto a mobilização da população para a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos à saúde.

A educação popular 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.

Faz-se necessário também destacar que a educação popular aponta para referenciais que podem ajudar o ACE nas suas ações de campo, pois este profissional se situa numa área que tem relação direta com os saberes, onde se é importante atuar para a sensibilização da população através de ações da educação em saúde. Essa questão é importante para o campo da saúde, nos mais diversos contextos da vigilância. Nesse sentido, a educação popular poderá fornecer elementos significativos para pensar a vigilância em saúde, a partir de outras óticas e possibilidades.

É importante ressaltarmos que nessa configuração complexa, a compreensão da vigilância em saúde se dá em ambientes onde os saberes deveriam ser considerados de maneira interdisciplinar. Isso indica que são campos abertos, que podem potencializar diálogo entre as formas de saber e sistemas de conhecimento, pois nenhuma ciência é completa.

Assim, partimos da ideia de que o agir em vigilância em saúde, pautado na concepção de educação popular, poderá contribuir para incluir outras diferentes formas de saber que podem dialogar com o saber estruturante dessa área, criando possibilidades outras e novas direções. Isso nos remete para um campo de tentativas, de novas construções, pois é preciso que nos interroguemos sobre o que está posto e porque está dessa e não de outra forma. É preciso refletir, para não reduzir a realidade ao que existe.

Assim, por ser o campo da vigilância em saúde um campo complexo e de muitas práticas se faz necessário pensar com rigor e com atitude crítica esse campo, pois é um campo que abarca a condição de vida e de existência do ser humano e suas relações que estabelece com o mundo, movido por muitas razões. Nesta perspectiva, envolve questões de cunho econômica, social e política. Envolve tensões, conflitos e contradições, pois são experiências e práticas da vida humana no conjunto das relações. Por isso, é preciso buscar diversos olhares e maneiras diversificadas de construí-la, pois é um campo que lida com a ciência, mas também com a vida comum.

O componente de educação em saúde está previsto na maioria dos programas de prevenção de doenças e promoção da saúde. Este componente se faz presente nos planos operativos das ações de vigilância em saúde. Apesar de prevista e linhas de trabalho do Ministério da Saúde, a educação em saúde sofre, sobretudo, pela ausência do planejamento e com a descontinuidade dos serviços. É importante que esse componente deva ser pensado e planejado para evitar que seja executado de qualquer jeito e sem o devido rigor técnico. A educação é um ato intencional, tem a sua complexidade e requer reflexão. Faz parte das rotinas de trabalho dos agentes. Não deve ser feita de maneira improvisada e fundamentalmente deve responder eficazmente as demandas postas pelo setor da saúde.

O descrédito pelas ações de educação em saúde pode ser reforçado na medida em que todos os profissionais da área de saúde julgam estarem “fazendo educação em saúde”. Tal situação permite não só a reprodução e propagação de uma visão ideologizada, mas também a ineficiência dos serviços prestados ao setor saúde. Por outro lado, este fato pode ser considerado um importante indicador de que a ausência da educação em saúde nas práticas profissionais é resultado da falta de conhecimento e formação na área. Servem também para indicar simplesmente o descaso de muitos profissionais da área da saúde, que se consideram autossuficientes e que como profissionais qualificados julgam não terem o que aprender com a educação em saúde, assumindo assim, um discurso de superioridade e arrogância profissional.

A responsabilidade da prática da educação nos serviços de vigilância em saúde deve ser compartilhada por todos os profissionais. Todos devem trabalhar no sentido do seu desenvolvimento dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia de trabalho. O papel do setor saúde deve ser o de prover a realização destas práticas na organização dos serviços. E neste sentido a educação permanente é fundamental no despertar de uma nova mentalidade. Diante das normativas instituídas, há necessidade de reorientação das práticas de educação em saúde nos serviços de vigilância em saúde, o que requer mudança de atitude e de organização dos serviços para que focalizem as medidas preconizadas. A educação em saúde tem arcabouço legal. Seu cumprimento não deve depender da mentalidade nem da vontade política ou capricho dos gestores públicos.

Diretrizes do Ministério da Saúde assumem a Educação em Saúde como “Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde.” (BRASIL, 2009, p.22). Neste sentido, é importante destacar que para as diretrizes do MS não se confunde com a Educação Permanente em Saúde, embora necessitem dialogar obviamente, com esta perspectiva também, no sentido do aprimoramento da qualidade das ações educativas. Assim, compartilhamos do entendimento também que se trata do “Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades”. (BRASIL, 2009, p.22).

A educação em saúde tem ganhado visibilidade nas diretrizes regulamentadas pelo Ministério da Saúde, traduzindo um esforço coletivo que envolve lutas históricas de movimentos populares e profissionais da saúde, a ação organizada da sociedade civil e o empenho de técnicos e representantes do estado comprometidos com o SUS.

A Carta de Ottawa de 1986 resgata a dimensão da educação em saúde. Neste documento se considera a educação um pré-requisito fundamental na reorientação dos serviços de saúde na perspectiva da promoção da saúde. Entretanto, na atualidade persiste o desafio de organizar a saúde a partir do entendimento da promoção da saúde. A educação popular assumida como política de educação em saúde com ênfase na promoção da saúde poderá concretamente “atuar pela diminuição do fosso existente, quanto às condições de saúde, entre diferentes sociedades e distintos grupos sociais, bem como lutar contra as desigualdades em saúde produzidas pelas regras e práticas desta mesma sociedade”. (BRASIL, 2002, p.26).

De acordo com o documento do Ministério da Saúde “Bases para Educação em Saúde nos Serviços” (2008), o processo educativo que perpassa pelo âmbito da saúde é essencial para a melhoria da saúde individual e coletiva. É necessário entender esse processo educativo como uma prática central para o processo de produção de saúde entendido como estratégia para a autonomia dos sujeitos e coletividades. Dessa forma, torna-se compromisso ético e institucional o resgate da Educação em Saúde como prática produtora de qualidade de vida, presente em todos os atos de promoção, proteção, cuidado e recuperação da saúde, o que é essencial para a efetividade do simples cuidado básico ao mais complexo, e compreende as dimensões do indivíduo, dos grupos e das comunidades.

É importante fazer o diálogo das diretrizes da educação popular em saúde com as propostas definidas na Carta de Ottawa, pois trazem referenciais conceituais importantes para os profissionais que atuam nas escalas mais próximas da população como da Estratégia Saúde da Família, dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias.

Considerando a visão ampliada da saúde é importante que “as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, [...]” (BRASIL, 2010, p.11). As ações de saúde devem agir para garantir processos de trabalho eficazes nos determinantes e condicionantes de saúde, devendo superar práticas fragmentadas e desconexas com a realidade.

Nesta direção, a promoção da saúde estreita sua relação com a vigilância em saúde, numa articulação que reforça a exigência de um movimento integrador na construção de consensos e sinergias, e na execução das agendas governamentais a fim de que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida, e estimulem e fortaleçam o protagonismo dos cidadãos em sua elaboração e implementação, ratificando os preceitos constitucionais de participação social. (BRASIL, 2010, p.11)

A vigilância em saúde depende da participação ativa da população. A educação em saúde é um instrumento essencial neste processo. A educação em saúde pode contribuir nas intervenções no sentido de propiciar melhorias, com intuito de prevenção de doenças e promoção da saúde. No âmbito dessa discussão, pelas atribuições imputadas ao ACE, mais do que um agir técnico, o ACE pelas vivências e experiências deverá atuar como um agente de mobilização social, tendo na educação popular em saúde uma base importante para o exercício de sua prática profissional. Este é um aspecto positivo, pois sinaliza que a construção da vigilância em saúde, fundamentada na educação poderá ajudar na mobilização permanente das pessoas, grupos e comunidade.

O agente de combate às endemias é fundamental no desenvolvimento de ações de educação em saúde, sobretudo na mobilização comunitária com a finalidade de envolver a população na popularização do conhecimento das condições que favorecem o aparecimento e proliferação das doenças, orientar a população procurar a unidade de saúde quando da identificação dos primeiros sintomas, sensibilizar sobre a importância do tratamento oportuno e dos cuidados com a proteção individual e coletiva, dentre outras. Contudo, no contexto das endemias rurais em âmbito local, pela ausência ou insuficiência de agentes, essa situação é bem complexa devido à maioria das pessoas residirem em lugares de difícil acesso. Assim, o trabalho da educação em saúde com a população ou qualquer outra ação em áreas de risco se constitui num grande desafio à saúde pública, o que requer ações estratégicas e articuladas.

Entendemos que a eficácia do Controle<sup>55</sup> de Endemias implica necessariamente que as ações desenvolvidas pelo sistema de saúde sejam capazes de promover a diminuição dos fatores de risco<sup>56</sup> das doenças, o que requer ações de vigilância integradas entre si e articuladas com a atenção básica. No caso do controle do *aedes aegypti*, por exemplo, as ações devem ser direcionadas no sentido da redução das condições de proliferação dos vetores transmissores de doenças como a conhecida dengue e também as mais recentes vírus *zika* e febre *chikungunya*. Na lógica do controle de doenças vetoriais é importante que as ações desenvolvidas sejam capazes de reduzir a população de vetores da doença.

É fundamental considerarmos que a eficácia do controle de endemias dependerá do conjunto de ações integradas, o que inclui a eficiência das ações de campo. Neste sentido, é importante que haja recursos financeiros e humanos disponíveis para assegurar aos órgãos gestores o desenvolvimento das rotinas de trabalho.

A Vigilância em Saúde na prevenção e controle de doenças deve ser concebida como uma prática coletiva. Nesta perspectiva, é necessário também que o ACE tenha um bom relacionamento com a população local.

O controle de endemias pode ser feito por diferentes estratégias de vigilância. Entendemos que na abordagem da vigilância em saúde como prática coletiva, a educação tem um papel estratégico no sentido de despertar compromissos e ações coletivas.

---

<sup>55</sup> Controle quando aplicado a doenças transmissíveis e a algumas não transmissíveis, significa operações ou programas desenvolvidos com o objetivo de reduzir sua incidência e/ou prevalência, ou eliminação. Corresponde a uma série de atividades destinadas a reduzir a prevalência de um agravo até que este não mais constitua problema de saúde pública. (CARVALHO et al, 2008,p.1088)

<sup>56</sup> Risco é entendido pela epidemiologia como a “probabilidade de ocorrência de uma doença, agravo, óbito, ou condição relacionada à saúde (incluindo cura, recuperação ou melhora) em uma população ou grupo durante um período de tempo determinado”. (ALMEIDA FILHO E ROUQUAYROL, 2002). Ver: Introdução à Epidemiologia de Naomar de Almeida Filho e Maria Zélia Rouquayrol - 2002

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)

A ação educativa é uma importante estratégia no controle de endemias, podendo ser capaz de despertar novas atitudes da população e potencializar vínculos sociais. Contudo, a nosso ver, o controle dependerá da vigilância constante e de ações promotoras de vigilância em saúde. Neste sentido, os agentes de campo, como ACE e ACS tem muito a contribuir por que atuam na ponta do serviço e em interação com os moradores e a comunidade.

Assim, no debate que se coloca neste estudo, a eficácia do controle de endemias deve ser pensada sob a ótica da capacidade técnica e operacional da vigilância em saúde para intervir diretamente nas condições de saúde e vida da população, mantendo de maneira continuada as ações de rotinas dos programas para o controle e prevenção de doenças. Ou seja, a implementação de práticas de vigilância em saúde com medidas preventivas poderá ajudar a evitar a instalação de doenças e/ou minimizará os riscos epidemiológicos e, por conseguinte, podem evitar maiores danos à saúde da população. Acrescentemos também que nesta perspectiva de compreensão, os conhecimentos e informações científicas da realidade poderão impactar na qualidade dos serviços desenvolvidos.

Assim, a eficácia do controle das endemias pressupõe um sistema de vigilância em saúde ativo e articulado com outras áreas da saúde, com disponibilidade de recursos financeiros e humanos, com profissionais capacitados tecnicamente para o exercício de suas funções, equipes de trabalho operantes e integradas, bem como o fiel cumprimento das ações programáticas. A eficácia do controle regida pela lógica da vigilância em saúde, a nível local, é um desafio coletivo, que envolve muito mais que protocolos de procedimentos nas ações de controle e prevenção, pois envolve também dimensões sócio-políticas e culturais.

Importante destacarmos que, o controle de endemias, orientado pelos programas da dengue e da malária, pressupõe o desenvolvimento de ações educativas nos sistemas de serviços de saúde e nas comunidades nas visitas domiciliares. As linhas estratégicas de execução desses programas preconiza que as ações de educação em saúde estejam em conformidade com as políticas e diretrizes do SUS, inclusive sendo realizadas por profissionais que atuam junto da população.

O ACE é um desses profissionais com atuação nas escalas operacionais mais próximas das populações, que tem uma prática profissional com um viés fortemente

educativo. O ACE atua nas ações educativas em saúde voltadas a prevenção dos riscos e na promoção da saúde.

No contexto das ações operativas, dentre outros profissionais, os ACEs em suas rotinas de trabalho devem desenvolver ações educativas para controle de doenças, vigilância e promoção da saúde, tanto na abordagem individual quanto coletiva. Este agente tem uma atuação muito frequente no componente educação em saúde em programas como malária, dengue, leishmaniose, chagas, dentre outras endemias com histórico na região amazônica. Na prática dos serviços, as ações educativas podem se realizar através de articulações interdisciplinares e intersetoriais.

#### **4. O CONTROLE DE ENDEMIAS E A AÇÃO EDUCATIVA DO ACE NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO CENÁRIO DE PARINTINS**

Este capítulo tem como objetivo apresentar resultados da pesquisa sobre o controle de endemias e as ações educativas desenvolvidas pelos ACEs em suas rotinas de trabalho nas ações de Vigilância em Saúde do município de Parintins.

O capítulo subdivide-se em quatro partes. Primeiro faremos uma breve contextualização do Sistema de Saúde local. Em seguida, trataremos do Controle de Endemias e, por fim, das ações educativas dos ACEs. Para isso utilizaremos dados documentais e levantamento de informações da Secretaria Municipal de Saúde e dados revelados na pesquisa de campo realizada junto aos Agentes.

No primeiro momento, trataremos da Vigilância em Saúde, oferecendo elementos para entendimento do controle das endemias no município de Parintins, locus da investigação, com o objetivo de contextualizarmos com se dá o controle e a prevenção das endemias no contexto das ações e serviços de saúde. Com isso, buscamos elementos que colaborem na compreensão da ação educativa desenvolvida pelo ACE. No segundo momento nos concentraremos nas ações educativas desenvolvidas pelos agentes neste contexto.

##### **4.1 Aspectos do Sistema de Saúde Local: a rede de serviços do município**

Parintins integra a região de saúde do Baixo Amazonas<sup>57</sup>. O município possui uma rede de serviços de saúde que sofre a influência da complexidade geográfica do Estado, do ciclo hidrológico de outros fatores de ordem sociocultural.

A Secretaria Municipal de Saúde do Município de Parintins é o órgão gestor do planejamento, programação e execução das políticas públicas de saúde emanadas dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, habilitado na Gestão Plena do Sistema de Saúde de acordo com a NOB – SUS/ 01/02, no ano de 2004 e com adesão ao Pacto pela Saúde com o Termo de Compromisso de Gestão aprovado pela CIB em 30 de agosto de 2010, de acordo com as diretrizes do Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do Sistema Único de Saúde, publicado na Portaria 399, de 22 de fevereiro de 2006, que contempla o Pacto firmado

---

<sup>57</sup> A Região de Saúde do Baixo Amazonas é compreendida como um espaço geográfico com território contíguo ou com acessibilidade entre si, identificada pelos gestores municipais e estadual a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e de infraestrutura de transporte compartilhadas no território, sendo constituída pelos seguintes municípios: Parintins, Maués, Boa Vista do Ramos, Barreirinha, Nhamundá. (Regimento Interno CIR/Baixo Amazonas - Aprovado em 11/4/2013).

entre gestores do SUS, em suas três dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, substituindo o atual processo de habilitação. (SOARES, 2011)

Informações coletadas junto à área técnica da SEMSA de Parintins revelam que o Sistema de Saúde de Parintins aderiu ao Pacto pela Saúde<sup>58</sup> no ano de 2010 e tem Gestão Plena do Sistema NOAS-SUS 01-02, desde o ano de 2004. É considerado município de referência no Baixo Amazonas e atende também municípios vizinhos do Estado do Pará, muito embora não exista uma pactuação interestadual. Quanto aos municípios do Baixo Amazonas a última pactuação com recursos financeiros da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) datam de 2007. Neste contexto, há de se destacar que ainda não há contrapartida dos municípios, assim também, como o Estado ainda não definiu recursos direcionados para que Parintins passe a atuar oficialmente como município de referência nesta região.

A oferta de serviços está disponível na Atenção Básica, Atenção Especializada ambulatorial e hospitalar e na Vigilância em Saúde. Dispõe de 140 leitos hospitalares, ao quais estão distribuídos nos dois Hospitais do Município: Hospital Regional Jofre Cohen que é Municipal com 80 leitos e Hospital Padre Colombo-Diocese de Parintins que é Filantrópico 100% SUS e tem 60 leitos de internação, com Gestão da Diocese de Parintins em parceria com a SEMSA e SUSAM. (SEMSA, 2018)

A Taxa de ocupação hospitalar tem sido variada para uma média de permanência de 3,0 dias. De acordo com a Portaria GM nº 1101 de 12/06/2002, o parâmetro de necessidade de leitos hospitalares é de 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes, o que para o município, representaria a necessidade aproximada de 107 leitos. Dessa forma o número de leitos existentes não supre as necessidades do município. E considerando a condição de município de referência, este fato, de certa forma, dificulta o planejamento de leitos de retaguarda na assistência, em função da dificuldade de determinar a exata população de abrangência a esses leitos. (SEMSA, 2018)

Na Atenção Especializada ambulatorial o município tem oferta regular de consultas especializadas, exames laboratoriais, Ultrassonografia, Radiologia, Mamografia,

---

<sup>58</sup> Pacto pela Saúde se define como um instrumento legal que engloba um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) e tem como objetivo redimensionar as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. Foram definidas três dimensões no Pacto em saúde: Pacto pela Vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de Gestão. Sua implementação se dá pela adesão de Municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG). As diretrizes operacionais do Pacto em Saúde são abordadas na Portaria GM/MS nº 399, publicada em 22 de fevereiro de 2006. As Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão são regulamentadas pela Portaria GM/MS nº. 699, publicada em 03 de abril de 2006. (BRASIL, 2006).

Eletrocardiograma e Triagem Neonatal. Dispõe de serviço de reabilitação na área de odontologia (próteses dentárias), reabilitação física com serviço de ortopedia e fisioterapia. Também dispõe de serviço de Urgência-Emergência 24 horas nos dois hospitais Jofre Cohen e Padre Colombo, os quais realizam internações em clínica médica, pediatria-neonatologia, cirúrgica e obstetrícia com parto normal e cirúrgico. Atuam em especialidades médicas a nível ambulatorial e hospitalar: Anestesiologista, Cardiologista, Cirurgia geral, Dermatologista, Endocrinologista, Gineco-obstetra, Mastologista, Neuro-Pediatra, Neonatologista, Pediatra, Ortopedia, Urologia. As cirurgias eletivas, embora existam regularmente, não suprem as necessidades, havendo fila de espera de pacientes. (SEMSA, 2018)

O Hospital Regional Jofre Cohen além dos serviços de internações, maternidade, neonatologia e cirurgias, dispõe de serviço de cardiologia e 02 leitos de semi Unidade de Terapia Intensiva - UTI. O Hospital Padre Colombo dispõe de internações, maternidade, neonatologia e cirurgias, dispondo de ambulatório de ortopedia para traumas, cirurgias ortopédicas e urologia e de 01 leito de reanimação. Segundo a área técnica da SEMSA, atualmente estas duas unidades hospitalares passam por adequações estruturais e qualificação dos serviços ofertados, na perspectiva de fortalecer o acolhimento e atendimento humanizado e resolutivo. As especialidades não atendidas no município, tem a oferta de Tratamento Fora de Domicílio –TFD, de acordo com a solicitação médica. São atendidos mensalmente em média 220 casos de TFD os quais tem como principais demandas: Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas- FCECON, Fundação Hospitalar de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas - HEMOAM, Alfredo da Mata, Hospital Getúlio Vargas e Policlínicas Codajás e Gilberto Mestrinho, tendo como principais causas tratamento de câncer, doenças hematológicas, HIV-AIDS, Cirurgias ortopédicas de reabilitação, Reumatologia. (SEMSA, 2018)

A Atenção Básica tem sua oferta por meio da Estratégia Saúde da Família que conta com 24 Equipes, 11 Equipes de Saúde Bucal e 04 Núcleos de Apoio a Estratégia Saúde da Família, equipes estas distribuídas em 14 Unidades Básicas de Saúde, sendo 09 UBS na zona Urbana e 5 na Zona Rural. (SEMSA, 2018)

#### **4.2 Vigilância em Saúde e o Controle de Endemias em Parintins**

A Vigilância em Saúde do município foi implantada em Parintins no ano de 2005, estando diretamente ligada à Secretaria Municipal de Saúde. O Município é certificado junto a

Vigilância em Saúde do Estado do Amazonas por meio da Portaria GM/MS de nº 224 de 17 de março de 2004.

Em estudo sobre a integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica em Parintins, Soares (2011) destaca que com a adesão ao projeto de estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde - Projeto VIGISUS II, o município elaborou o Plano de Vigilância em Saúde que teve como uma de suas metas pactuadas o compromisso da construção da integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica, sendo necessária para tanto a elaboração de um plano de integração que servisse como instrumento norteador das ações necessárias no processo de integração. Neste contexto, o município adotou como principal estratégia para alcance da integração a execução do Plano de Integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica, o que elevou a capacidade operacional da vigilância pela incorporação da estrutura de recursos humanos e infra-estrutura já existente na rede e contribuiu para o fortalecimento dos propósitos da Estratégia de Saúde da Família. Neste sentido, destaca a importância do processo de integração das ações de Vigilância em Saúde com a Atenção Básica/ESF para a melhoria dos indicadores de saúde. Para pesquisadora, o desenvolvimento de ações integradas de Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e de Saúde do Trabalhador (Núcleo de Saúde do Trabalhador) se constituiu num grande desafio no âmbito da vigilância e das ações com a atenção Básica. Adverte que no contexto de Parintins, o processo de integração apresenta muitos desafios e afirma que “[...] integrar as ações implica valorizar a realidade local/regional, identificando os problemas e criando possibilidades de aumentar a capacidade de intervenção sobre estes.” (SOARES, 2011, p.61)

Dados coletados na pesquisa de campo revelam que a execução das ações de Vigilância em Saúde está relacionada às práticas de atenção e promoção da saúde e as estratégias de prevenção e controle de doenças. Identificamos a existência de uma vigilância institucional em saúde que se desdobra em 4 áreas básicas de atuação, a saber: vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e de saúde do trabalhador.

A Vigilância Epidemiológica, dentre outras competências, se ocupa da alimentação dos sistemas de informações de saúde, com priorização do Sistema de Notificação de Agravos Compulsórios. Neste sentido, se realiza registro de dados que permitem o monitoramento do quadro epidemiológico e subsidia a formulação, implementação e avaliação das ações de prevenção e controle de doenças e agravos do município.

Desde o ano de 1999, quando a Vigilância Epidemiológica foi implantada em Parintins as atividades de notificação, investigação e busca ativa de agravos de notificação compulsórias, cobertura e digitação de Declarações de Nascidos vivos (DNs) e Declarações de óbitos (Dos) foram descentralizadas para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS, no entanto, este processo ocorria de forma pulverizada e incipiente. (SOARES, 2011, p.40)

No organograma da Coordenadoria Municipal de Vigilância em Saúde, a Vigilância Epidemiológica é composta pela Subgerência do Programa Nacional de Imunizações-PNI, Sub- Gerência de Sistemas de Informação e Subgerência de Endemias.

Ressaltamos que no contexto de atuação da Subgerência de Endemias as atividades são realizadas pelas equipes de Agentes de Endemias, de Epidemiologia, de Controle Vetorial (Termonebulização e Borrifação) e do Laboratório de Endemias.

As principais atividades estão relacionadas com a notificação, investigação epidemiológica, busca de ativa de casos, capacitações, alimentação dos sistemas de informação do Ministério da Saúde e a intensificação das ações de prevenção, educações em saúde relacionadas às doenças de notificação compulsória, principalmente: Tuberculose, Dengue, Malária e Febre Amarela, Sífilis, DST/HIV/AIDS, Hanseníase, Acidente por Animais Peçonhentos, entre outras. Assim como a Vigilância dos agravos não transmissíveis como diabetes, hipertensão, acidentes de trânsito, entre outros. (SOARES, 2011, p.35)

Pelo que verificamos no decorrer da pesquisa de campo, dengue constitui o agravo que mais direciona as ações de campo da equipe de agentes de endemias em área urbana. Há um esforço operacional para alcance das metas estabelecidas no programa nacional.

A Vigilância Ambiental, por sua vez, é o setor de Vigilância em Saúde que atua no acompanhamento da saúde da população por meio de ações de vigilância de situações de risco humano e de risco ambiental. Tem suas ações voltadas para os Riscos Não Biológicos e Riscos Biológicos. É responsável pelos programas de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – VIGIAGUA<sup>59</sup>, Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Áreas

---

<sup>59</sup> A vigilância da qualidade da água para consumo humano (VIGIAGUA) consiste no conjunto de ações adotadas continuamente para garantir que a água consumida pela população atenda ao padrão de potabilidade estabelecido na legislação vigente, bem como avaliar e prevenir os possíveis riscos que os sistemas e as soluções alternativas de abastecimento de água podem representar à população abastecida, abrangendo todo o sistema de produção de água potável, desde a captação até o ponto de consumo, incluindo estações de tratamento, reservatórios e sistemas de distribuição. (BRASIL, 2016, p.7). Disponível: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretriz\\_nacional\\_plano\\_amostragem\\_agua.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretriz_nacional_plano_amostragem_agua.pdf) Acesso em 20 novembro de 2018.

Contaminadas – VIGISOLO<sup>60</sup>, Vigilância em Saúde de Populações Expostas à Poluição Atmosférica- VIGIAR<sup>61</sup>. O controle das zoonoses também é de responsabilidade do setor.

No estudo já mencionado, Soares (2011) informa que a Vigilância Ambiental foi implantada em Parintins no ano de 2005, porém as ações realizadas dentro do que se preconiza a Lei 8080/90, artigo 6º e Portaria 410/2000 30 artigos 92 e 94 somente se efetivaram a partir de 2007. Destaca que somente no ano de 2010 a SEMSA estrutura o seu primeiro laboratório de Vigilância Ambiental de Parintins, permitindo a estruturação do VIGIAGUA<sup>62</sup>. Antes disso, a coleta e análise da qualidade da água era realizada no Laboratório de Controle do Sistema de Abastecimento de Água e Esgoto – SAAE. No ano de 2009 foram implantados dois programas importantes para a vigilância de riscos não biológicos: VIGIAR e VIGISOLO.

Cabe ressaltar que, no âmbito do município de Parintins, o SAAE é o órgão responsável pelo abastecimento de água. Segundo Araújo (2008) a captação é realizada em mananciais subterrâneos por meio de poços tubulares entre 60 a 80 metros de profundidade, sendo que nas comunidades rurais, a água consumida pela população é captada do rio. “Uma prática comum é a de coar a água; o hipoclorito de sódio ainda é pouco usado até pelas dificuldades de acesso ao produto, usa-se também a *pedra ume*<sup>63</sup> (grifo do autor) que ajuda na aglomeração de partículas.” (ARAÚJO, 2008, p.107)

A Vigilância Sanitária realiza ações de inspeção sanitária em sua área de competência (produtos e serviços). Os fiscais realizam inspeção nos estabelecimentos como restaurantes, supermercados, frigoríficos, peixarias, feiras, escolas, salões de beleza, farmácias, dentre outros ambientes que trabalham com serviços e produtos. Realiza fiscalização do cumprimento das normas e ações de educação em saúde com setor regulado e população. Tem atuação nos principais eventos de massa realizados pelo município como: Carnailha, Festival

---

<sup>60</sup> Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Áreas Contaminadas (VIGISOLO) é um dos componentes da Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Contaminantes Químicos (VIGIPEQ), componente da Vigilância em Saúde Ambiental, que trabalha com os contaminantes químicos que interferem na saúde humana e nas interações entre o homem e o ambiente, buscando articular ações de saúde integradas – prevenção, promoção, vigilância e assistência à saúde de populações expostas a contaminantes químicos. (<http://portalms.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-ambiental/vigipeq/vigisolo>)

<sup>61</sup> A Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Poluentes Atmosféricos - VIGIAR desenvolve ações visando à promoção da saúde da população exposta aos fatores ambientais relacionados aos poluentes atmosféricos. Seu campo de atuação prima por estabelecer áreas de risco, onde existam diferentes atividades de natureza econômica ou social (indústrias de transformação, fonte móvel – frota e queima de biomassa – focos de calor) que gerem poluição atmosférica de modo a caracterizar um fator de risco para as populações expostas. (Disponível: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/31/Manual-Unidade-Sentinel-VIGIAR.pdf> Acesso: 04 abril 2019)

<sup>63</sup> Pedra ume kaa. Nome popular de erva medicinal utilizada na região. Nome científico: *Myrciashaerocarpa*. Propriedades terapêuticas: Adstringente e anti-diabético. (ARAÚJO, 2008, 71)

Folclórico de Parintins, Festa de Nossa Senhora do Carmo, Festival Folclórico do Mocambo e Festival de Verão do Caburi. (RELATÓRIO, SEMSA 2018).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador, contemplada no Sistema local através do Plano Municipal de Saúde a partir de 2006 é fortalecida pela organização e capacitação técnica da equipe local em conformidade com a Lei nº 8080/90 e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador. (SOARES, 2011)

As ações integradas das Vigilâncias com parcerias interinstitucionais, reuniões com a equipe técnica da SEMSA/CVS/CEREST e com a diretoria das duas associações de Garantido e Caprichoso buscaram implementar as atividades a serem realizadas com os artistas nos galpões. Para a realização do plano de ação anual utilizou-se relatórios e consolidados relacionados às inspeções sanitárias, do SINAN e consolidados da Vigilância Ambiental e Núcleo de Saúde do Trabalhador. (SOARES, 2011, p.39)

No que tange a vigilância em saúde do trabalhador, ainda carece de muita gestão e trabalho integrado para se estruturar no município. Por sua vez, a vigilância sanitária tem uma atuação no âmbito de suas atribuições técnicas mais protocolares (serviços e produtos), tendo uma ação mais fiscalizatória do que educativa, considerando as falas dos agentes de endemias, que inclusive alguns, já atuaram como fiscal sanitário e outros em ações comuns no campo das vigilâncias.

Observamos na pesquisa de campo que, em atenção às diretrizes ministeriais para área de vigilância em saúde, a gestão do município nesta área tem enveredado esforços e recursos no sentido da integração entre as Vigilâncias (Sanitária, Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador), contudo há dificuldades para se adequar as determinações legais. Embora haja recomendações institucionais e ação de gestão na perspectiva da integração das ações entre as vigilâncias e a área da Assistência, na prática esse processo ainda carece de vivências capazes de superar uma cultural setorial e as ações pontuais.

De acordo com o organograma da Coordenadoria de Vigilância em Saúde do município de Parintins os ACEs integram a Subgerência de Endemias da Vigilância Epidemiológica. Como vimos anteriormente, a Subgerência de Endemias incorpora as equipes de Agentes de Endemias de campo, equipe de epidemiologia, equipe de controle vetorial e a equipe do Laboratório de Endemias.

Constatamos que os ACEs são realocados nestas equipes dependendo das necessidades locais, dos interesses da gestão ou da qualificação dos mesmos para desempenhar determinadas funções. Atualmente a equipe de endemias de campo está

composta por 25 agentes, contratados temporariamente para exercício das funções, apesar de constataremos que vários agentes já têm mais de dez anos de tempo de serviço na função.

Verificamos que o quantitativo de ACEs de campo não é suficiente para realizar uma cobertura satisfatória dos imóveis. A equipe local em termos de RH carece de pessoal. Os agentes, na sua maioria, foram contratados para suprir o atendimento das demandas mais urgentes, criando um quadro rotativo, o que fragiliza a qualidade dos serviços e o desenvolvimento da autonomia profissional, por conta da instabilidade e subordinação aos gestores que estão no poder.

Segundo dados da SEMSA, a Coordenadoria Municipal de Vigilância em Saúde tem atuado na área de controle e prevenção de doenças transmissíveis e doenças não transmissíveis, priorizando a execução de ações de imunização, controle de endemias com destaque ao vetor *Aedes Aegypti*, controle da qualidade da Água para consumo humano e a vigilância da qualidade de alimentos e serviços (SEMSA 2018). A esse respeito, Soares identificou em seu estudo que em Parintins “A unidade local de Vigilância em Saúde atende as demandas decorrentes das endemias locais com ênfase no controle de malária e dengue [...]”. (SOARES, 2011, p.29). Percebemos que no período de realização da pesquisa, as ações da equipe de endemias local estava centrada no controle do vetor *Aedes Aegypti*, que transmite dengue, o que pelos dados levantados se constitui no carro chefe de trabalho da equipe. Importante enfatizar que essa é a realidade geral, o ACE focado no problema de maior importância política no momento. Outras demandas são desconsideradas ou não tem a atenção adequada.

Pelo levantamento de dados realizado, constatamos que na estrutura organizacional da SEMSA, a Coordenadoria de Vigilância em Saúde, é o setor responsável pelas ações e serviços de vigilância em saúde. Esta coordenadoria, por sua vez, tem uma Sub Gerência de Endemias que cuida dos programas de prevenção e controle de endemias em Parintins.

Segundo dados da SEMSA, a Coordenadoria local tem formulado suas estratégias de atuação com base na notificação positiva de casos de Dengue, Febre *Chikungunya*, *Zika* Vírus e Febre Amarela. Dessa forma, pelas particularidades epidemiológicas e ambientais, tem concentrado esforços no controle do mosquito *Aedes aegypti* nas três fases de vida (ovo, larva e alado). A intensificação das ações tem o objetivo de impedir a disseminação de casos e possíveis surtos e epidemia da doença, priorizando ações de visita domiciliar rotineiras realizadas pelos Agentes de Combate às Endemias. Estas ações são fortalecidas pela realização de ações de Educação em Saúde na comunidade. A Coordenadoria atua também no controle da malária na zona rural abrangendo a Agrovila de Mocambo e adjacências,

Remanso, Marajá, Cabury e adjacências, Monte Sinai. As ações desenvolvidas visam o controle do *Anopheles darlingi*, vetor da malária na região. Realiza também nestas comunidades, o monitoramento dos vetores que transmitem a Leishmaniose e a Doença de Chagas. (SEMSA PARINTINS, 2018)

Segundo informações dos agentes pesquisados, as vilas de Mocambo, Caburi e Vila Amazônia são distritos mais bem povoados e possuem características mais urbanas. Tem uma estrutura de serviços mais organizada diante de outras comunidades da zona rural. Cabe destacar que nestas, embora se tenha um pequeno aparato de serviços, as ações de vigilância em saúde não são contínuas e carecem de mais atenção e qualidade nos serviços. São vilas com cerca de seis mil habitantes. Essas comunidades estão localizadas nas margens dos rios. Essas agrovilas são constituídas por várias comunidades. Pistas dão conta de que a lotação do ACE nestes distritos não tem sido priorizada, devido à redução do quadro de pessoal, segundo informações da área técnica da SEMSA. O entendimento que decorre daí é o de que em área rural, a presença do ACE fica condicionada a incidência da malária.

Os ACEs, em sua maioria são lotados na cidade, porém, fomos informados que nas viagens da SEMSA para o interior, o que depende do calendário de viagens de programas como de imunização e de intensificação de ações, por exemplo, no caso das cheias e vazantes dos rios da região. Fomos informados que a SEMSA trabalha com uma programação anual.

Identificamos que o programa das endemias não está bem estruturado em termos de Recursos Humanos. Os agentes, na sua maioria, são recontratados ou relotados em outros setores para atendimento das demandas urgentes. Registre-se que alguns dos agentes possuem muito tempo de serviço na área, sendo oriundos da Fundação Nacional de Saúde- FUNASA.

Destacamos que quanto às ações operacionais, na esfera da saúde local, a SEMSA, em atenção a Política Nacional de Vigilância em Saúde, vem se estruturando e assumindo gradativamente responsabilidades de gestão dos programas de vigilância em saúde, por intermédio da ação colaborativa com o estado e a esfera federal. Isso tem se traduzido em desafios práticos e apontado possibilidades de melhorias nos serviços. Porém, há insuficiência de recursos financeiros e humanos para se enfrentar com mais força os desafios e dificuldades que se colocam no âmbito da gestão dos serviços.

Verificamos que, a vigilância municipal está em processo de estruturação institucional. O repasse das ações para o município, a nosso ver, ainda é muito recente para avaliação mais consistente. Demandará tempo para uma organização mais eficaz e efetiva dos serviços. Percebemos que a gestão da vigilância em saúde municipal se depara com grandes desafios que perpassam pelas condições de vida da população local, a ameaça de doenças e os

problemas de saúde no Amazonas. Em Parintins, assim como noutros estados do Amazonas se enfrenta sérios problemas de saúde decorrente das doenças endêmicas, o que exige cumprimento de políticas públicas e a mobilização permanente da população.

Com base nas observações de campo e nas entrevistas realizadas podemos afirmar que a presença institucional da vigilância em Parintins no que tange as responsabilidades da gestão municipal se concentra nas áreas da vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária, porém não atuam de maneira integrada.

Reafirmamos que a espinha dorsal do trabalho de campo da equipe de endemias do município de Parintins é o controle<sup>64</sup> do vetor *Aedes aegypti*, transmissor de doenças como dengue, *Chikungunya* e *zika* vírus. Apesar de constatararmos que em relação a outros agravos de saúde ocorre uma atuação tímida.

Dados da SEMSA informam que a dengue no município de Parintins teve caracterizado sua introdução em 2001 com reprodução viral na área urbana no mesmo ano, onde foi detectada a presença de seu vetor transmissor o *Aedes aegypti*. Ao longo do dez anos seu comportamento tem se mantido estável, tendo no ano de 2008 e 2009 um aumento de casos notificados positivos por critério laboratorial, com 90% dos casos importados de outras localidades. Porém, em 2015 ocorreu um aumento significativo de notificação de casos totalizando 741 casos, no qual 513 foram diagnosticados confirmados por critério laboratorial e com 90% de casos autóctones. Em 2016, apesar da redução na notificação de casos, foi constatado 01 caso confirmado subnotificado de Febre *Chikungunya*, por critério laboratorial. Em 2017 foram notificados 52 casos suspeitos de dengue e foram confirmados 17 casos por critério laboratorial, o que representou uma incidência de 14,93/100.000 hab. e uma redução considerável de 176,5% quanto aos casos positivos. (SEMSA PARINTINS, 2018)

O crescente aumento da incidência de dengue no município de Parintins e a grande probabilidade de desencadeamento de epidemias futuras se explicam em parte, pelo fato de Parintins ser pólo que atende aos demais municípios circunvizinhos, está localizado na fronteira com o Estado do Pará e receber mensalmente navios turísticos e diariamente embarcações de outros municípios, especialmente Manaus, Belém e Santarém, os quais possuem níveis elevados de transmissão viral. Explica-se também por ser um município turístico, o qual realiza um evento anual que tem intenso trânsito de pessoas vindas de diversas localidades do Brasil e do mundo. (SOARES, 2011)

---

<sup>64</sup> Principais tipos de controle do vetor *Aedes aegypti*: mecânico, biológico e químico.

As atividades de controle do vetor *aedes* gradativamente estão sendo integradas às ações da ESF, sobretudo dos ACSs, os quais estão ainda se familiarizando com os processos de trabalho das endemias e tem contribuído nas ações de prevenção e controle de doenças transmitidas pelo vetor aedes. Atualmente o município tem baixo risco de transmissão, segundo dados mais recentes do último Lyra<sup>65</sup> realizado em 2018.

A integração<sup>66</sup> dos serviços entre vigilância e atenção, ainda é um processo em construção, mas observamos algumas tentativas de aproximação dos ACEs e os ACS na execução do trabalho de campo, sobretudo em atividades de controle da dengue. Como consequência se trabalha muito com a parte educativa da vigilância em saúde, inclusive os Agentes Indígenas de Saúde- AIS. Essa integração nos serviços vem ocorrendo desde 2007, havendo no início bastante resistência por parte dos agentes, sobretudo por que esse processo implicou na reorganização dos trabalhos e como consequência, alterou as atribuições tanto dos ACEs quanto dos ACS, criando consensos, mas também tensões e conflitos. Embora tenham emergido resistências de ambos os lados neste processo de integração, entendemos que tende, mesmo com lacunas e limitações, a resultar em novas relações de trabalho entre os profissionais, inclusive no campo das práticas educativas.

Podemos dizer que a integração contribuiu para ampliação das ações de saúde na comunidade, sobretudo por que, segundo a SEMSA, aumentou a área de cobertura de serviços entre a vigilância e atenção básica. Por conseguinte, em termos operacionais, a vigilância ao vetor *Aedes aegypti* nos domicílios feita com ações integradas entre agentes de endemias e agentes comunitários de saúde não resolveu problemas estruturais, mas apontou pistas da necessidade de reorganização de processos de trabalho na ponta dos serviços de saúde.

Segundo relatório anual da SEMSA, o trabalho de campo do ACE, consiste nas ações fora da sede, na comunidade, com os moradores, fazendo ações como educação em saúde, mobilização social, mutirões, coleta de larvas, visita nos imóveis, etc. São atividades operacionais de campo, onde o ACE desenvolve seu trabalho na comunidade, dependendo das várias programações de sua área de abrangência. Assim como os ACS, os ACEs trabalham

---

<sup>65</sup> Levantamento Rápido do Índice de Infestação por *Aedes aegypti*. Na prática, é um mapeamento rápido dos índices de infestação por *Aedes aegypti*. Ajuda na identificação dos criadouros predominantes e a situação de infestação no município, permitindo assim, o direcionamento das ações de controle para as áreas mais críticas. Esse levantamento é feito pelos agentes de combate às endemias. Eles são devidamente orientados a fazer as visitas nos imóveis. É um trabalho importante para vigilância em saúde. (BRASIL, 2013)

<sup>66</sup> A Portaria 3252 se propôs ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde apoiada pela Vigilância em Saúde e Promoção da Saúde (BRASIL, 2009). Assim também, a Portaria 1007/2010 definiu critérios para regulamentação da incorporação dos Agentes de Combate às Endemias-ACE, ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na Atenção Primária à Saúde visando ao fortalecimento das ações de Vigilância em Saúde junto às equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2010).

em contato direto com a população. A integração tem se concretizado nas ações de campo voltadas para a prevenção da dengue. Em algumas atividades de campo, os ACEs contam com apoio dos agentes comunitários de saúde e com profissionais que integram as equipes da estratégia de saúde da família. Realizam também ações em conjunto como vacinação animal e humana, busca ativa, campanhas educativas e ações de mobilização social. (SEMSA, 2018)

Ainda a respeito dos campos de trabalho desses ACES, dentre outras atividades, os ACE's realizam o Lyra, atuaram nas escolas com ações de educação em saúde integrados no Programa Saúde na Escola (PSE) <sup>67</sup>, sobretudo ação educativa voltada ao controle do Aedes. Na prática, eles fazem um trabalho educativo sobre criadouros, sobre sintomas da doença, participam de mutirão, trabalham em conjunto com ACS. A nosso ver, o trabalho de parceria com a SEMED é importante para despertar nos educandos o interesse pelas questões de saúde. Na visão da coordenação local, esse trabalho de parceria com a Secretaria Municipal de Educação - SEMED é importante por que a vigilância não tem pernas para tantas ações.

Importante destacarmos que na pesquisa de campo, constatamos que debaixo do sol escaldante, os ACEs e os ACS em ação conjunta, realizavam puxirum de mobilização dos moradores através de caminhadas nas ruas e vistorias em pontos estratégicos para eliminação de focos do mosquito *aedes aegypti*. É importante ressaltarmos que, no âmbito local, os ACEs são concebidos como profissionais importantes na operacionalização das ações de campo no que tange a esse problema de saúde em particular. Por conseguinte, acaba recaindo sobre seus ombros a capacidade de execução de ações nas comunidades, necessitando para isso de um trabalho integrado principalmente com outros profissionais como os ACS.

A rotina de trabalho é definida pelas programações, mas tem uma dinâmica de trabalho focada principalmente na prevenção da dengue mas com a parceria, os ACS estão apoiando, mas com a parte educativa. Identificamos que na cidade o foco maior da atuação desses agentes é com prevenção da dengue e no interior, quando existem, as ações estão voltadas para a malária, , endemia que neste município está controlada.

Neste contexto, verificamos que as recomendações e orientações da Vigilância Municipal são a de que as ações de educação em saúde focadas nas endemias e na vigilância em saúde sejam realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde em suas visitas domiciliares, como parte das ações de integração entre os ACEs e ACS em Parintins.

---

<sup>67</sup> É um programa de parceria no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde que tem como finalidade contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. O PSE foi instituído pelo Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007.

Verificamos que a SEMSA possui um Núcleo de Educação Permanente-NEP, setor responsável pela educação permanente em saúde. Observamos que a ausência de um setor responsável pela organização de ações educativas voltadas para a população, grupos e indivíduos, poderia ser importante no campo da Vigilância em Saúde. Neste sentido, alguns municípios implantaram Núcleos de Educação em Saúde e Mobilização Social, porém no âmbito do Amazonas, salvo exceções, a maioria das ações desses núcleos está focada no controle da dengue ou da malária. Por outro lado, poderíamos pensar para que a implantação de um NES, se a ação educativa é focalizada?

A nosso ver, o NEP é um setor imprescindível na estrutura organizacional da SEMSA, tendo suas atribuições bem definidas no âmbito local e de acordo com a Art. 1º da Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 que estabeleceu novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde.

No entanto, entendemos que pela sua abrangência e complexidade, o NEP não substitui o Núcleo de Educação em Saúde e Mobilização Social – NES no âmbito das ações de vigilância em saúde. O NES, criado no âmbito da Vigilância em Saúde Estadual do Amazonas foi um setor criado para apoiar, acompanhar e realizar as ações de educação em saúde no âmbito da vigilância em saúde, que no caso específico de Parintins, ainda precisaria ser implementado, considerando as diretrizes institucionais a nível estadual.

Assim, pelo que constatamos em pesquisa empírica, as linhas de atuação da educação em saúde desenvolvida pelos ACEs seguem orientações do Programa Nacional de Controle da Dengue- PNCD<sup>68</sup>, haja vista que, o processo de trabalho dos ACEs do município de Parintins está focado principalmente no controle do *Aedes aegypti*, conhecido popularmente como o “mosquito da dengue”. Importar dizer que a dengue é uma doença transmitida por mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, sendo o primeiro seu principal vetor. No Brasil, o controle de doenças que podem ser transmitidas por esse vetor infectado tem se constituído num importante desafio aos órgãos de vigilância em saúde.

O controle da dengue na atualidade é uma atividade complexa, tendo em vista os diversos fatores externos ao setor saúde, que são importantes determinantes na manutenção e dispersão tanto da doença quanto de seu vetor transmissor. Dentre

<sup>68</sup> O Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) foi criado no âmbito do Ministério da Saúde como uma estratégia de controle a ser implantada em todos os municípios brasileiros. Os objetivos do PNCD são: Reduzir a infestação pelo *Aedes aegypti*; Reduzir a incidência da dengue; Reduzir a letalidade por febre hemorrágica de dengue. O PNCD é estruturado a partir de 10 componentes, sendo permitida adequações condizentes com as especificidades locais, inclusive com a possibilidade da elaboração de planos sub-regionais, em sintonia com os objetivos, metas e componentes do PNCD.

esses fatores, destacam-se o surgimento de aglomerados urbanos, inadequadas condições de habitação, irregularidade no abastecimento de água, destinação imprópria de resíduos, o crescente trânsito de pessoas e cargas entre países e as mudanças climáticas provocadas pelo aquecimento global. (BRASIL, 2009, p.53)

O município de Parintins segue as diretrizes preconizadas pelo PNCD. O foco principal da equipe de endemias local é o controle do vetor *Aedes aegypti*. Para isso, no período não epidêmico realizam as ações de rotinas. Segundo as Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue “Vários métodos de controle do *Aedes* podem ser utilizados rotineiramente. Alguns deles são executados no domicílio pelo morador e, complementarmente, pelo ACE ou ACS.” (BRASIL, 2009, p.54).

Em linhas gerais, as diretrizes consideram como métodos de controle vetorial rotineiro: mecânico, biológico, legal e químico. O controle mecânico consiste na adoção de práticas capazes de impedir a procriação do *Aedes*, tendo como principais atividades a proteção, a destruição ou a destinação adequada de criadouros. O controle biológico baseado na utilização de uso de agentes biológicos com potencial para reduzir a população vetorial. O controle legal que consiste na aplicação de normas de conduta regulamentadas por instrumentos legais, o que promove respaldo às visitas dos agentes nas diferentes ações de campo, como por exemplo, as visitas domiciliares. O controle químico que consiste no uso de substâncias químicas – inseticidas – para o controle do vetor nas fases larvária e adulta. (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde apresenta estratégias de controle para serem realizadas pelos Agentes de Combate a Endemias (ACE) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). As orientações definidas legalmente são para que as medidas de controle sejam realizadas em parceria com a população, porém, em âmbito local isso não ocorre concretamente numa perspectiva coletiva e popular. Os agentes são responsáveis por promover o controle mecânico e químico do vetor, cujas ações são centradas em detectar, destruir ou destinar adequadamente reservatórios naturais ou artificiais de água que possam servir de depósito para os ovos do *Aedes*. “Tal entendimento reforça o fundamento de que o controle vetorial é uma ação de responsabilidade coletiva e que não se restringe apenas ao setor saúde e seus profissionais.” (BRASIL, 2009, p.53). Verificamos que essas ações de controle são verticais e protocolares, não dependem da consulta popular. Em geral, as rotinas não são negociadas com os moradores.

As recomendações legais apontam que a adoção de práticas de controle seja capaz de eliminar o vetor e os criadouros ou reduzir o contato dos mosquitos com o homem. Os

principais mecanismos de controle envolvem a parceria da população. “As atividades voltadas ao controle vetorial são consideradas de caráter universal e podem ser caracterizadas sob dois enfoques: as ações de rotina e as de emergência.” (BRASIL, 2009, p.53)

Essas recomendações anunciam uma necessidade de envolvimento da população. Mas a realidade contradiz essas orientações. A ação participativa de sujeitos e coletivos têm implicações políticas. Neste sentido, a orientação se restringe ao morador. Ainda que haja uma ação dialógica em muitas circunstâncias e com enfoque crítico nos problemas de saúde locais, percebemos que a preocupação dos ACEs está na construção de relações que possibilitem o desenvolvimento das rotinas de trabalho.

#### **4.3 A atuação do ACE na ilha de Parintins: a realidade local e as diretrizes do sistema de saúde em contexto amazônico**

O conhecimento do território onde o ACE atua nos indica elementos relevantes na compreensão de aspectos significativos da prática educativa do ACE, evidenciando sua leitura de mundo e modos de agir em relação aos problemas concretos do território em que realiza suas atividades profissionais.

Ressaltamos que Parintins é uma cidade amazônica formada por ilhas, cercada por água. É integrante de um arquipélago, na margem direita do rio Amazonas. Sua área urbana é formada por um grupo de ilhas, entre elas: a Ilha de Santa Clara, Ilha de Santa Rita, Ilha do Parananema, entrecortadas de lagos, igarapés, furos, restingas, paranás, e igapós. A ilha tem um ambiente que se aproxima da vida rural, onde se sobressai um modo de viver de quem habita as florestas e vivem às margens do rio. Dito de outra maneira, uma ilha urbanizada (SOUZA, 1998), algo que se explica talvez pela maneira como se deu seu processo de ocupação no território ao longo da história.

A ilha é habitada por um sujeito urbano com identidade e relações de proximidades com o rio e a vida ribeirinha. O homem desse lugar é conectado com sua cultura e modo de vida. “Em síntese, cidades como Parintins possibilitam reconstrução de vínculos territoriais a partir de novas mediações com base na presença da cidade e suas possibilidades. [...]” (BARTOLI, 2017, p.30)

Na ilha, o rural e urbano se relacionam de maneira marcante como noutros lugares da imensa Amazônia, o que se reflete no modo de vida local em vários aspectos. Aspecto importante a considerar no espaço amazônico são as formas de vida do sujeito amazônico e sua relação com os rios e com a floresta. Essa é uma questão fundamental por que rio e a

floresta são importantes na determinação da vida sociocultural e econômica. Podemos dizer também que no conjunto destas relações, os saberes tradicionais passados de geração a geração tem influência no modo de vida e na identidade sociocultural dos habitantes do lugar, dentre os quais podemos mencionar os ribeirinhos, sobretudo pela sua relação com o mundo das águas, seja em época das cheias ou das vazantes do rio.

[...] Rio e ribeirão são partes de um todo. Se o rio oferece os seus alimentos, fertiliza as suas margens no subir e baixar das águas. O ribeirão lhe oferece sua proteção, através de suas representações (seus mitos) como a mãe-d'água, a cobra-grande que come os desavisados (que não respeitam a natureza) e tantas outras, que nascem desta humanização da natureza e naturalização do homem. (CRUZ, 1999, p. 04)

Entender a complexidade da vida na Amazônia pressupõe conhecer a condição de vida da população local, sua cultura, suas tradições, seus saberes e suas relações com a natureza. Admitir essa complexidade no conhecimento da realidade local é compreender que os diferentes sujeitos sociais criam formas de viver que refletem as características e especificidades do território amazônico. É neste aspecto que nos parece ter importância pensar a vida no contexto local, reconhecendo a influência dos intercâmbios culturais entre o modo de vida rural e urbana. Quem vem para a cidade, são na sua maioria, os habitantes de áreas rurais, que trazendo consigo histórias, culturas, saberes e modos de vida.

Fraxe (2004) ao estudar a circularidade da cultura entre o rural e urbano entre uma comunidade rural do município do Careiro da Várzea e a cidade de Manaus esclarece que entre rural e urbano as relações se dão num processo recíproco de influências, ou seja, não existe uma cultura totalmente dominante, existe influências mútuas entre culturas diferentes.

Para Lima (2008) a compreensão do urbano amazônico deve considerar múltiplas dimensões, inclusive as especificidades constituídas no espaço e no tempo, pois o urbano na Amazônia possui a dimensão tanto do local quanto do global que pode ser observado no cotidiano das relações e das feições da vida da cidade.

No caso específico da Amazônia, o urbano ganha contornos distintos a partir do período da exportação da borracha, onde, na realidade de Manaus, tentou-se importar o modo de vida francês e inglês, na tentativa de se constituir aqui o urbano de lá. Mas a realidade arraigada na cultura constituída a partir do elemento indígena na Amazônia não pôde ser anuviada, por mais que se tenha tentado fazê-lo. O urbano na Amazônia se constitui, portanto, num “híbrido” resultante de hábitos típicos das populações indígenas – por mais que isso seja desconhecido pela maioria dos amazônidas – e de hábitos trazidos pelo colonizador. Esse “urbano híbrido” deve ser relativizado, pois a realidade de cada cidade na Amazônia pode traduzir o urbano que se tem por lá. (LIMA, 2008, p.114)

Cabe assinalar que em Parintins, o modo de vida local expressa traços identitários que guardam sinais da resistência da população local (indígena e cabocla) bastante significativos no campo cultural e religioso. Parintins é um lugar de muita fé, tradição cultural e sabedoria popular com manifestações míticas e simbólicas bastante expressivas.

Apesar das transformações trazidas pelo mundo urbano, em Parintins, nos parece que o jeito de viver vinculado ao mundo rural se mostra forte e resistente, ainda que se contrastando com elementos da vida urbana. Oliveira (2000) destaca que para se compreender o urbano na Amazônia é importante observar suas peculiaridades locais e as múltiplas possibilidades criadas pela produção do espaço.

O ribeirão com seu jeito de ser, viver e conviver com a cidade está presente no cotidiano urbano de Parintins. O morador urbano carrega consigo sua cultura e tradições e se abre para conhecimentos e costumes da vida na cidade. Os tempos são outros. Mas a cidade é ilha e a ilha com os costumes dos moradores se impõe e resiste. A vida urbana é cercada de água e tem no ribeirão uma identidade de resistência. As ocupações dos moradores vulneráveis e dos moradores com melhores condições econômicas disputam espaço na beira do rio e no entorno dos lagos. A relação do ribeirão com a cidade é uma relação profunda. Seus filhos buscam melhores condições de vida na cidade, seja nos estudos, seja no trabalho, seja nos momentos festivos e religiosos. O ribeirão mora na cidade e mora no interior. O ribeirão está em movimento e seu modo de vida influencia as relações e o cotidiano urbano.

Ao mesmo tempo, esse espaço amazônico traz consigo marcas da dominação, contradições e conflitos da sociedade. Parintins é uma cidade, onde podemos contemplar a natureza em suas belas paisagens, mas também podemos perceber sérios problemas ambientais que colocam em risco todo um ecossistema. Em Parintins, sobretudo nos bairros da periferia são visíveis os sinais das desigualdades sociais e a falta de infraestrutura básica.

No geral a cidade possui uma dinâmica de produção do espaço urbano semelhante às metrópoles do sudeste brasileiro, com uma concentração dos grupos mais abastados no centro e os mais pobres nas periferias, mas tendo essa última uma expressiva heterogeneidade social que também se mostra semelhante às grandes metrópoles. No específico mantém expressivas relações com o campo, assim como outras cidades do Amazonas, e nas periferias os grupos sociais organizam estratégias de sobrevivência a partir das disponibilidades locais, que permite pensar em uma perspectiva mais ampla para outras cidades do Amazonas. (MARINHO & SCHOR, 2009, p.78)

A ocupação de terrenos para moradia tem ameaçado áreas verdes, lagos e igarapés, criando um crescimento urbano desordenado na cidade com impacto sócio ambiental. Em

geral, a periferia urbana é o destino dos migrantes vindos de áreas rurais e de outras cidades do Amazonas, assim como de outros estados amazônicos. Migrantes que passam a conviver com muitos problemas decorrentes da precariedade de equipamentos urbanos e infraestrutura básica nos bairros ocupados e que se configuram em carências em na rede urbana de Parintins. Segundo Schor & Oliveira (2016, p.35) “Para se entender a dinâmica da saúde na Amazônia, em especial na Amazônia Ocidental, é fundamental se compreender a saúde urbana, pois são as cidades que refletem a geografia da saúde em meio as florestas e os rios.” Nesta perspectiva de compreensão, “[...] pensar as cidades na Amazônia é pensar a dinâmica dos rios, os segredos das florestas, as dimensões da cultura. [...]” (SCHOR & OLIVEIRA, 2016, p.40)

As ocupações urbanas, nos últimos anos tem se expandido em virtude da chegada de migrantes provenientes da zona rural de Parintins e dos municípios circunvizinhos. As moradias construídas a beira do rio são pertencentes tanto as famílias pobres quanto de alto de poder aquisitivo no município, o que a nosso ver, se deve à importância econômica que essa área representa.

O crescimento urbano desordenado e a falta de equipamentos urbanos comprometem as condições de vida na ilha, ocasionando problemas em vários campos da atividade humana. Na área da saúde, por exemplo, as moradias construídas em espaços inadequados como áreas alagadiças e às margens dos rios comprometem a qualidade de vida dos moradores e dificulta o trabalho dos ACEs, devido ao difícil acesso aos imóveis. A instalação de moradias em lugares insalubres compromete as condições sanitárias. A nosso ver, o espaço urbano traz consigo traços marcantes dos ciclos econômicos pelos quais passou o município, mas também aspectos do modo de vida dos caboclos ribeirinhos.

Dentre os diversos problemas urbanos existentes em Parintins, o principal a destacar é a desigualdade social, que se manifesta de várias formas, a começar pela segregação espacial. As pessoas sem terem condições de pagar por uma moradia decente passaram a ocupar a orla fluvial da cidade; depois surgiram as ocupações clandestinas; as ocupações periféricas ao longo das várzeas dos rios e igarapés com barracos e palafitas, tornando a forma de habitar insalubre, comprometendo, assim, o ecossistema fluvial e a qualidade de vida de seus moradores; além da falta de serviços de consumo coletivo e de infraestrutura urbana capazes de atender a essa parcela da população. (SOUZA, 2013, p.132)

Em geral, os bairros formados na beira do rio é fruto de ocupações urbanas e apresentam um quadro complexo do ponto de vista das condições sanitárias. A falta de equipamentos urbanos adequados e a falta de uma postura ambiental e educativa de muitos moradores corroboram para a grande quantidade de lixo sem destinação correta. Em época de

enchente dos rios, se intensifica a poluição ambiental e aumentam os riscos de proliferação de doenças.

As habitações precárias em áreas passíveis de alagação e inundação, com potencial risco para a proliferação de vetores e acidentes com animais peçonhentos constituem desafios operacionais ao trabalho de campo dos ACES, dentre outros agentes de saúde que visitam os imóveis residenciais e comerciais no município.

Para realizar as visitas domiciliares, os ACES percorrem dia após dia os bairros da cidade de Parintins e convivem com seu cotidiano. Assim, visitam os imóveis situados em ambiente considerado urbano, mas que apresentam aspectos do mundo rural, sobretudo, pelas peculiaridades da geografia urbana da ilha. Podemos dizer que a cidade de Parintins revela aspectos do modo de vida das cidades amazônicas e ribeirinhas. Há uma convivência com a natureza, onde os caboclos ribeirinhos ainda vivem na beira-do-rio, desenvolvendo muitas atividades. Mas a beira do rio também expressa contradições de um espaço da cidade em vias de transformação urbana.

A estratégia adotada pelos agentes é visitar imóvel por imóvel e fazer as atividades de rotinas focadas no controle do vetor aedes. O trabalho de rotina do ACE é realizado nos bairros da cidade, em conformidade com a programação local. A atuação do ACE se dá mediante aos problemas referentes às ações de campo. Ao percorrer a cidade, o agente se depara com a dinâmica sócio-econômica para desenvolver seu trabalho operacional. O agente que sai nas ruas, percorrendo os bairros, de casa em casa, batendo de porta em porta, se depara com situações diversas (de necessidade e vulnerabilidade), que perpassam desde situações de pobreza e vulnerabilidade social, até mesmo a violência social. Mas sua rotina de trabalho aligeirada não tem espaço para a consideração e valorização dessas situações de maneira adequada. O agente acaba não se envolvendo nem problematizando tais situações. As razões podem ser a falta de abertura e diálogo com os gestores e/ou a opção do agente em não se envolver com essas questões temendo represálias. O agente optou em cumprir sua rotina de trabalho com eficiência técnica. Mas não significa que não tenha uma compreensão deste contexto e das relações de poder imbricadas. Como um servidor que está subordinado a essas estruturas, talvez tenha optado em se manter no emprego e sustentar sua família, o que a nosso ver é uma atitude inteligente diante da falta de articulação de base e da fragilidade de sua categoria profissional.

A dinâmica urbana da cidade de Parintins, entre outros aspectos, a estrutura intraurbana que as caracterizam influencia no trabalho das equipes de endemias. Os problemas relacionados ao lixo em Parintins, sobretudo, a questão do aterro sanitário, causam

sério problema sócio ambiental e influenciam nas condições favoráveis para proliferação de doenças. Nas áreas de moradia na beira do rio, constatamos que parte do lixo estava sendo despejado por moradores diretamente no rio acumulando, dejetos nos assoalhos das casas, atraindo cobras, ratos, urubus, dentre outros animais. Verificamos que o odor exalado pela lixeira pública, localizada em área urbana, causa ameaça para a saúde da população.

A problemática da limpeza urbana tem no lixão ou despejo do lixo a céu aberto um exemplo concreto da falta de planejamento para destinação final. A lixeira está localizada num lugar inapropriado e chama a atenção a grande concentração de urubus e presença de outros animais, aumentando as chances de contaminação e poluição ambiental. Esse quadro requer uma ação enérgica do poder público em várias instâncias. Observamos que neste contexto, as ações de campo deveriam envolver as mobilizações comunitárias e ações intersetoriais, o que tenderia a aumentar as possibilidades de responsabilização do poder público e da sociedade civil organizada. Contudo no período de realização da pesquisa de campo, as atividades se restringiam as visitas domiciliares nos bairros.

Souza (2013) esclarece que os bairros de Parintins enfrentam problemas decorrentes da falta de regularidade no abastecimento de água. A falta de água é frequente em alguns bairros periféricos. Parintins não dispõe de um sistema de coleta e tratamento de efluentes do esgoto, o que motiva os moradores a encontrar alternativas para destinação de dejetos. No que tange ao destino de dejetos, a maioria dos moradores dispõe de fossas sépticas, alguns moradores conservam as fossas negras e uma minoria ainda lançam dejetos diretamente nas ruas. “A falta de rede de esgoto é um fator de poluição do ambiente urbano da cidade em estudo, que pode se converter em problemas à saúde de seus habitantes” (SOUZA, 2013, p.117)

O trabalho do ACE nas comunidades não é baseado no conhecimento dos problemas da realidade local e na dinâmica de vida sociocultural, embora sejam aspectos que influenciam diretamente na saúde da população. A compreensão do cotidiano da vida dos moradores e das comunidades, é importante para pautar as abordagens mais adequadas. O fazer desse agente é rotineiro.

Considerando os problemas abordados anteriormente, podemos dizer que Parintins apresenta um quadro complexo. As áreas urbanas próximas à beira do rio, os problemas decorrentes dos bairros criados em virtude de ocupações recentes, os resquícios dos ciclos econômicos vividos, fazem de Parintins uma cidade com problemas socioambientais em virtude desse processo de ocupação e pelo modelo de desenvolvimento contraditório.

É importante ressaltar, que o município é uma ilha, entrecortada por rios, lagos e igarapés. Devido ao número significativo de habitações construídas na beira do rio e no entorno de lagos e igarapés contaminados, a população como já dissemos anteriormente, fica exposta aos vários riscos à saúde que estão associados a doenças decorrentes da precariedade do saneamento e da veiculação hídrica.

A configuração do espaço urbano da cidade de Parintins impõe importantes desafios operacionais ao campo da vigilância em saúde. Atualmente o município está dividido em 25 bairros. Durante a pesquisa de campo acompanhamos as atividades de campo dos agentes pesquisados nos seguintes bairros: Itaúna I e II, Paulo Corrêa, Palmares, Francesa, Santa Rita, União, Distrito, Castanhal, João Novo, Vitória Régia, Dejard Vieira, São Benedito, Macurany, Nossa Sr.<sup>a</sup> de Nazaré, dentre outros.

O ACE realiza o trabalho de campo operacional nas diferentes comunidades através de visitas nos domicílios residenciais e comerciais. Ao todo, anualmente, em média perfazem um ciclo de seis (6) visitas nos bairros da cidade, atuando numa área do perímetro urbano do município dividida em vinte e cinco (25) localidades. Essa divisão foi feita para facilitar o trabalho operacional da equipe de endemias nas ações de controle e prevenção do *Aedes Aegypti*.

Atuando nos 25 bairros da cidade, os ACEs se deparam com a realidade concreta da cidade que lhes impõe limites para sua atuação, desde as dificuldades de acesso a determinadas áreas urbanas quanto aos riscos da violência urbana. As visitas às residências exigem por parte do ACE além do conhecimento técnico da sua área, capacidade para leitura dos problemas enfrentados nas comunidades.

Relatos dos agentes entrevistados indicam que apesar da área central da cidade ter mais infraestrutura urbana isso não se revela em ausência de focos de doenças, pois a existência de imóveis fechados é propícia para se criar condições favoráveis à proliferação de doenças como dengue. Segundo relatos, a área dos portos da cidade onde ficam as embarcações, mesmo com a regularidade de coleta do lixo é um cenário que contribui para a degradação ambiental e ameaçam a saúde humana. Neste sentido, reside a importância das visitas dos agentes nas embarcações paradas em estaleiros e as que circulam pelas comunidades de área rural. Percebemos que há ações dos ACES neste sentido, porém são pontuais e fragmentadas.

Constatamos que a sujeira acumulada nos lagos e igarapés causam degradação ambiental e potencializam ameaças às condições de saúde das populações, além de por em risco o equilíbrio dos ecossistemas naturais na ilha.

Outros sinais da questão ambiental são a utilização das fossas negras e o fato de alguns moradores despejarem os resíduos direto no rio. Percebemos que a população ainda tem o costume de queimar o lixo, o que traz danos à saúde humana e ambiental.

O baixo percentual de fossa séptica e a consequente predominância de fossa rudimentar nos domicílios evidencia uma tendência a uma vulnerabilidade socioambiental, a qual pode ser associada a diversas variáveis causadores da segregação socioespacial como saúde, educação e renda. Os setores com maior presença de fossa rudimentar estão novamente inseridos nos bairros de Itaúna I, II e Paulo Corrêa. [...]. (MARINHO & SCHOR, 2009, p. 82)

Constatamos que embora as visitas domiciliares sejam motivadas para controle do aedes, elas servem também para o agente alertar e dialogar com a população para outros importantes agravos de saúde pública que são relevantes na vida da comunidade. Depoimentos revelaram que os ACEs orientam para os cuidados relacionados aos ambientes insalubres, no sentido de conter a proliferação de ratos e baratas, contudo se trata de uma problemática que exige ações mais bem planejadas e intersetoriais. Verificamos que os agentes recebem orientações dos gestores para considerarem em suas visitas essas problemáticas e fazer abordagens educativas, contudo o agente é cobrado somente sobre sua produção de dados sobre a dengue.

Além disso, a falta de abastecimento de água<sup>69</sup> em alguns bairros obriga os moradores a acumularem água em recipientes, que sem os cuidados devidos de armazenamento podem potencializar criadouros para o vetor da dengue.

No município estudado, verificamos que o controle da dengue representa para a Coordenadoria um dos maiores desafios para a equipe de endemias. Mas na pesquisa realizada vimos que essa não é uma única necessidade de saúde que aflige a população. A população tem outras necessidades como falta d'água tratada e as doenças veiculadas como diarreia, principalmente nas enchentes dos rios.

A atuação limitada ao controle da dengue indica uma lógica de trabalho setorializada, que não abrange os problemas concretos do território, pois estes embora tenha uma relação direta com o controle do vetor da doença, não são os únicos que afligem a população. Na pesquisa empírica realizada, não identificamos na ação dos agentes de campo estratégias de ação que fossem resultado da articulação coletiva com a comunidade sobre as problemáticas de saúde do território. Os resultados evidenciaram que a atuação do agente no território está limitada as ações do serviço de saúde sobre o controle da dengue. São orientados pelos

---

<sup>69</sup> O serviço de abastecimento de água da cidade é de responsabilidade do SAAE – Serviço Autônomo de Água e Esgoto de Parintins.

gestores nestas abordagens. A prática operacional do ACE focada no aedes é insuficiente para sanar os problemas de saúde do território. O envolvimento da população e da participação dos segmentos organizados da sociedade com suas lutas e necessidades não estão sendo contempladas pelos gestores locais no que tange as práticas de trabalho realizadas pelos ACEs.

A falta de articulação do setor de endemias com associações de moradores, grupos da comunidade e movimentos populares. É reflexo das relações de poder presentes na área da saúde e em outros campos da atividade humana. O fato do setor de endemias trabalhar com uma única endemia, no caso a dengue, fragiliza suas ações e se distancia dos problemas concretos da comunidade. O trabalho de campo realizado pelo agente é fundamental para conhecer os problemas da comunidade e se possa agir sobre eles, porém centrado num única doença reduz a sua importância.

Nas rotinas de trabalho, os agentes realizam diversas atividades voltadas para controle e prevenção da dengue. Realizam inspeções criteriosas no interior das residências e nos quintais em busca da identificação de depósitos e recipientes que acumulam água e servem de potenciais criadouros para o mosquito. Desse modo, acompanhados pelo morador, os agentes verificam caixas d'água, calhas, telhados e vasos de plantas. Em algumas situações, quando se faz necessário, eles também aplicam larvicidas e inseticidas para eliminação e tratamento. Na prática, reafirmamos que o ACE tem um trabalho de campo baseado na execução de rotinas de trabalho que seguem os protocolos de controle e prevenção da dengue definidos nas políticas de saúde do SUS. Mas essa rotina sobrecarrega o ACE e reduz o potencial educativo das ações de campo numa perspectiva baseada nas necessidades e problemas locais.

No período de realização da pesquisa de campo, observamos que predominantemente todas as visitas domiciliares realizadas pelos ACEs estavam voltadas ao trabalho de prevenção dos focos do mosquito *Aedes aegypti*. Adentrar um imóvel residencial ou comercial, não constitui uma tarefa das mais simples para o ACE, pois se trata de uma ação que envolve diversos fatores sociais, culturais e ambientais. Mesmo quando o agente já é conhecido na comunidade, ainda assim, precisa do acolhimento do morador. Precisa vencer barreiras e construir vínculos sociais. Essa relação envolve complexidades e desafios que ultrapassam as ações de controle e prevenção de dengue.

As visitas domiciliares, embora breves e pontuais, permitem ao agente um contato direto com o morador, seu modo de vida e suas condições sociais. Mas essa aproximação do agente com essa realidade não é explorada no planejamento do setor saúde. A rotina de

trabalho de controle do aedes acaba se sobrepondo à escuta dos agentes e a compreensão que esses trabalhadores têm dos problemas que encontram nas comunidades.

A população, na maioria das vezes, escuta as orientações do agente, porém, colocar em prática, extrapola, a mera vontade individual, haja vista que parcela significativa da população está fragilizada e vive em condições de pobreza e em situação de vulnerabilidade social. Habitam moradias sem condições sanitárias adequadas, onde se observa a ausência do setor público. Este quadro corrobora para agravar os problemas de saúde da comunidade.

Os agentes escutam os moradores não somente nos assuntos relacionados à dengue mas também, sobre outros agravos à saúde e também sobre esgoto, armazenamento e destinação do lixo, mas o que agentes subordinados podem fazer para mudar essa realidade? No decorrer da investigação observamos que o conteúdo dessas conversas dependia em parte de atitudes individuais e em parte resultava das orientações repassadas pelo órgão de vigilância local no atendimento as demandas da população, contudo intervir nestes problemas é uma questão que depende de outras motivações, sobretudo políticas.

Entendemos que a visita domiciliar é um espaço relevante para o desenvolvimento de práticas dialógicas e populares de educação em saúde que mobilizem interesses coletivos e participação efetiva da comunidade nas ações. Porém, vimos, que as visitas em sua maior parte, apenas cumprem mais um rito da rotina, do que necessariamente, um espaço educativo dialógico. A baixa frequência das visitas, corrobora para isso, pois ao contrário do agente comunitário de saúde, o ACE tem um calendário de visitas mais limitado e por ciclos. Por conseguinte, isso dificulta o trabalho do agente e distancia o morador e a comunidade.

Nota-se, pelas entrevistas realizadas, que a visita domiciliar potencializa a aproximação do agente à comunidade. Contudo, a visita tem um caráter educativo a ser mais bem explorado, o que requer uma melhor qualificação dos agentes para atuação em campo. Mas pensada nesta perspectiva verificamos não ser uma prioridade local. A visita é fruto do protocolo de rotina técnica com finalidades de controle da endemia escolhida e não do desenvolvimento da ação educativa numa perspectiva popular. A ação educativa popular emerge da prática individual do agente em trabalho de campo pelos desafios do cotidiano. É importante ressaltarmos que a ação educativa popular não foi pensada coletivamente pelo setor das endemias, nem compreendida pelos agentes como uma atividade que deveria ser desenvolvida.

Pelos motivos já citados, o processo de trabalho dos ACEs incidirá sobre os fatores de risco associados à ocorrência de doenças e agravos à saúde. Isso nos permite perceber a importância de se compreender este trabalho numa perspectiva mais ampla. O

desenvolvimento das rotinas de controle de endemias no município requer reflexão acerca da realidade concreta vivida no território. Observamos que em Parintins as ações de controle da dengue consomem muito o tempo de trabalho do ACE nas atividades de campo. Ressaltamos que outras demandas decorrentes de outros problemas de saúde presente no território acabam passando despercebidos e não são priorizados nas ações de rotinas. Entendemos que a equipe de endemias necessita ter uma atuação além dos limites do sítio urbano, contemplando também as áreas rurais, o que obviamente implicaria na ampliação do quadro atual de agentes.

#### **4.4 Diretrizes técnicas e atribuições educativas do ACE no controle e prevenção de endemias no cenário da ilha: sinais e indícios de uma prática educativa**

A Coordenadoria de Vigilância em Saúde do Município de Parintins através da Subgerência de Endemias é o setor responsável pelo planejamento, programação e execução das ações de educação em saúde no âmbito das ações da equipe de endemias, assim como as demais atividades afins.

Constatamos que no que concerne à integração de serviços com a atenção básica, as ações educativas não tem sido pensadas em conjunto com as demandas da Estratégia Saúde da Família e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, prevalece a ação setorializada.

Dados levantados na pesquisa de campo revelam que os ACES são orientados a executar atividades educativas relacionadas às doenças de notificação compulsória<sup>70</sup>, principalmente: Dengue, *Chikungunya*, *Zika* vírus, Malária, Tuberculose, Febre Amarela, Sífilis, DST/HIV/AIDS, Hanseníase, Acidente por Animais Peçonhentos, dentre outras. Assim como ações educativas voltadas para a Vigilância dos agravos não transmissíveis como diabetes, hipertensão, acidentes de trânsito, dentre outros. Contudo, na prática, o agente desenvolve sua ação educativa focada apenas no controle do aedes, salvo algumas exceções.

É importante ressaltarmos que, na execução de determinadas ações educativas, se conta com uma rede de parceiros no município, a saber: escolas públicas e privadas, igrejas, associação de moradores, secretarias municipais (educação, meio ambiente e infra-estrutura), movimentos populares, dentre outros. Contudo, a atuação dessa rede de parceiros

---

<sup>70</sup> Notificação compulsória: comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, podendo ser imediata ou semanal. A Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016 define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.

institucionais e de movimentos sociais é limitada aos eventos epidêmicos e as ações emergenciais.

Dentre as principais temáticas que mobilizam as ações educativas dos agentes, identificamos a questão da prevenção das doenças transmitidas pelo mosquito aedes, a questão ambiental do lixo e da contaminação da água para consumo. Frequentemente os agentes são convidados para realização de ações educativas em escolas, unidades de saúde, atividades de mobilização comunitária nos bairros e passeatas nas ruas.

Os dados revelaram que no âmbito da Coordenadoria local as orientações técnicas da gestão apontam na perspectiva de que as ações educativas dos agentes devem ser realizadas nas rotinas de trabalho com os moradores nas comunidades e, nos períodos que antecedem as doenças sazonais, devem ser intensificadas devido ao risco de surtos e epidemias, assumindo assim, um caráter de mobilização social. Neste sentido, constatamos que a programação das ações de educação em saúde da equipe de endemias costuma levar em consideração o período das enchentes e das vazantes dos rios, havendo um planejamento no sentido da preparação do agente para o conhecimento e modos de transmissão das doenças de veiculação hídrica e alimentar, os riscos de acidentes com animais peçonhentos, o cuidado com o lixo doméstico, acidentes provocados pelas enchentes dos rios, dentre outras práticas preventivas.

Outro aspecto revelado é quanto aos materiais educativos, constatamos que a equipe de endemias utiliza raramente a divulgação de informações em cartazes ou panfletos em suas abordagens de campo. Segundo relatos dos agentes, as atividades de campo levaram ao entendimento de que não se tinha um efeito educativo apenas disponibilizar em papel as informações sobre a prevenção das doenças ou as orientações aos moradores. Perceberam que os materiais informativos tinham efeito limitado por que a maioria dos moradores da comunidade não liam esses materiais ou davam outro destino. Segundo os agentes, alguns moradores guardavam e outros descartavam de imediato. De acordo com as vivências educativas com os moradores, os agentes perceberam que a realização do trabalho corpo-a-corpo com os moradores nas visitas domiciliares criava um clima e espaço mais adequado para o diálogo com os moradores e por meio de conversas era possível fazer a escuta das suas ideias e formas de entendimento.

Verificamos que as diretrizes estabelecidas para a prevenção e o controle da dengue estão sendo adotadas como bases norteadoras para planejamento e execução das ações de educação em saúde dos ACEs. As práticas educativas dos ACEs seguem as diretrizes básicas para o controle vetorial tendo como foco os mosquitos do gênero *Aedes* que são os vetores da dengue.

No contexto das Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue, verificamos que as ações desenvolvidas têm como base dois cenários, de acordo com os critérios epidemiológicos definidos nestas diretrizes – período não epidêmico e período epidêmico, por conseguinte as atribuições dos agentes de campo seguem as recomendações sugeridas. No período não epidêmico, o Ministério da Saúde recomenda que as ações educativas desenvolvidas estejam focadas nas medidas de prevenção das doenças transmitidas pelo vetor com a finalidade de incentivar a população a adotar hábitos e condutas capazes de evitar a proliferação do mosquito transmissor. A orientação é que as práticas neste contexto envolvam conteúdos educacionais e informativos sobre: a eliminação dos criadouros dos mosquitos; a biologia e os hábitos do *Aedes aegypti*; os locais de concentração do agente transmissor; os principais sintomas da doença; e recomendações para que a população, em caso da doença, recorra aos serviços de atenção primária à saúde. (BRASIL, 2009)

No contexto do período epidêmico, o Ministério da Saúde orienta que o objetivo principal do conjunto das ações educação, comunicação e mobilização social é evitar óbitos. Nesta perspectiva, declara que a finalidade da ação educativa deve ter como foco a orientação sobre a identificação dos sinais e sintomas da complicação da doença; alerta sobre os perigos da automedicação; informar a população para procurar atendimento médico nas unidades de saúde mais próximas; esclarecimentos sobre medidas de autocuidado, especialmente sobre a hidratação oral; e reforço às ações realizadas no período não epidêmico, especialmente quanto a remoção de depósitos dos criadouros, com a participação intersetorial, envolvimento dos moradores e de segmentos da sociedade organizada. (BRASIL, 2009)

O controle da dengue se constitui numa atividade complexa que requer ações intersetoriais e coletivas. A educação em saúde também exerce importante papel nesse processo. É fundamental que as ações educativas estejam voltadas para despertar a participação da população. Nesta perspectiva, segundo as diretrizes estabelecidas, os ACEs tem como atribuições realizar ações de educação em saúde e mobilização social.

Vemos que “no trabalho de controle vetorial, o ACE é o profissional responsável pela execução das atividades de controle do vetor realizadas nos imóveis [...]”. (BRASIL, 2009,62). Neste sentido, outra atividade preconizada pelo Ministério da Saúde é a promoção de ações educativas em saúde durante a realização das visitas domiciliares, o que poderá despertar nos moradores (proprietários dos imóveis) atitudes capazes de eliminar os criadouros e, por conseguinte, ajudar a romper a cadeia de transmissão das doenças.

A realização das ações de rotina com educação em saúde, considerada uma estratégia importante nas práticas de controle vetorial no ambiente domiciliar e nos espaços da

comunidade. A educação em saúde é uma estratégia importante para ampliar o conhecimento dos moradores nas medidas de controle vetorial em âmbito local. No contexto local, a prática educativa no controle de endemias tem ajudado na facilitação das abordagens com os moradores em termos do fluxo de trabalho das endemias. A ação educativa do agente desperta relações de boa convivência com os moradores, porém não se tem uma participação popular efetiva nas ações. Não verificamos envolvimento das organizações populares locais nas ações desenvolvidas, ainda que estas tenham ações que contribuam para o trabalho das endemias nas comunidades.

Considerando o trabalho desenvolvido no controle vetorial, o ACE é responsável pela execução das atividades de controle do vetor realizadas nos imóveis, dentre as quais podemos destacar ações educativas com os moradores, restritas as visitas domiciliares, voltadas às ações de identificação de potenciais criadouros do mosquito, a eliminação e tratamento destes conforme for o caso detectado. Este tipo de trabalho exige o diálogo com os moradores para o estabelecimento de parcerias no âmbito dos ambientes domiciliares, sobretudo para que o morador possa manter sempre limpo seu quintal e evitar o acúmulo do lixo.

A pesquisa realizada revela que as ações educativas dos agentes apontam na direção do conteúdo técnico e da prática do controle. A ação educativa é baseada em informações sobre como a população pode fazer evitar criadouros do mosquito. Os agentes divulgam , informações sobre sinais e sintomas da doença e alertam sobre os perigos da automedicação, dentre outros. Há um alinhamento ao cumprimento das normas de ações do componente educação em saúde do PNDC, mas são ações pontuais e sem a participação da comunidade nas ações coletivas. A relação estabelecida é a do agente com o morador.

Os agentes pesquisados destacaram que nas ações educativas com os moradores são tratadas diversas questões, dependendo da situação encontrada. Neste sentido, abordam as maneiras de evitar a presença do aedes nos ambientes domiciliares. Tratam também das doenças transmitidas pelo aedes e as formas de identificação precoce dos principais sintomas. Em linhas gerais falam dos riscos à saúde associados ao aedes infectado. É importante destacarmos que os indícios colaboram no sentido de que as práticas de educação desenvolvidas pelo agente não se restringem às práticas ao controle do aedes, pois outras práticas educativas também são realizadas, como por exemplo, as voltadas ao controle de doenças hídricas, por conta das enchentes e das vazantes dos rios. Desenvolvem práticas educativas relacionadas às doenças decorrentes do acúmulo de lixo, por exemplo, leptospirose.

Há depoimentos que se remetem a outras abordagens educativas sobre saúde dependendo das situações encontradas nos domicílios. Podemos afirmar que a prática do agente também decorre da sensibilidade para os problemas de saúde que a população enfrenta como as problemáticas sociais. Vimos que muitas famílias visitadas vivem em condições de vulnerabilidades sociais. É frequente encontrarem situações em que precisam ser bastante cuidadosos para não serem vítimas da violência, sobretudo por que visitam áreas onde há “bocas de fumo”. Passam por esses lugares como se fossem invisíveis e na maioria das vezes conseguem realizar a visita domiciliar em circunstâncias bem delicadas.

As observações de campo também podem ilustrar bem essas questões. Foi possível observamos situações vivenciadas pelos agentes que nos permitiram compreender que o conhecimento da realidade foi importante na escuta dos problemas trazidos pelos moradores, sobretudo diante de pessoas exaltadas e inconformadas com os problemas do sistema de saúde pública. Observamos que os agentes que acompanhamos tiveram paciência e tranquilidade para ouvir e fazer suas intervenções no momento certo. O agente não sabe tudo das doenças nem da saúde e muitos moradores não se sentem confortáveis ouvindo recomendações de um agente de endemias, sobretudo pessoas de prestígio social, das quais muitas não se sentem satisfeitas com os esclarecimentos feitos pelos agentes. Isso requer preparo do agente para não se sentir inferiorizado diante de tais situações. O que observamos foi um esforço do agente nas relações com os moradores e comunidade para cumprir os papéis para quais foi designado. Vimos que a função mediadora dos conflitos foi fundamental para manter a credibilidade do agente na comunidade. Neste sentido, o aspecto importante que nos chamou a atenção foi a capacidade comunicativa do agente, o que contribuiu para reafirmação de vínculos imprescindíveis na troca de ideias e nas relações educativas e comunitárias. Mas percebemos também, limitações técnicas do agente.

Um dos pontos que dificulta o trabalho do agente é o desconhecimento dos moradores e de seus costumes. O agente opera no âmbito da vida cotidiana e suas responsabilidades são decorrentes das ações programadas do controle sanitário. Um dos maiores desafios é a sensibilização dos moradores mais velhos, pois muitos não aceitam as orientações por que não acreditam nas doenças e/ou nas práticas desenvolvidas pelos profissionais da saúde. A lógica dos moradores indica que seus saberes sobre as doenças têm outras orientações. Segundo relatos dos agentes pesquisados, frequentemente não aceitam as orientações feitas. O desafio dos agentes é não romper com a lógica e conhecimento desses moradores, mas procurar se inserir nela e incorporar experiências. Pelo que vimos, muito

dependerá da capacidade de negociação do agente nessas relações que expressam visões diferentes por conta de questões étnicas, religiosas e culturais.

Entendemos que neste contexto, é importante respeitar os saberes e as vivências dos mais velhos e seus saberes tradicionais no campo da saúde e da vida como um todo. Algumas pistas indicam que tais comportamentos talvez estejam relacionados aos saberes indígenas, uma vez que os mais velhos tendem a valorizar a medicina natural que vem sendo repassada de geração a geração pelas tradições. Observamos que em muitos quintais dos moradores há muitas plantas medicinais para diferentes tipos de doenças. Os moradores explicam para que servem e como podem ser usadas. Nas visitas domiciliares muitos moradores costumam sugerir remédios caseiros e a prática de rezas e benzimentos. Alguns desses moradores se mostram resistentes, às vezes rejeitam vacinas e remédios no tratamento de doenças. Alegam que doenças sempre existiram e dizem que tem o corpo fechado para elas.

Nas atividades de rotinas do período pré-epidêmico as ações educativas acontecem durante as práticas dos agentes nas visitas domiciliares na presença e colaboração dos moradores. E durante as fases epidêmicas e emergenciais estas ações educativas além das visitas de rotina costumam abranger rodas de conversas com os moradores nos bairros e atividades de mobilização comunitária que contam com a participação de escolas, unidades de saúde, igrejas, associação de moradores, associação de classes, movimentos sociais, etc. Há uma intensificação de ações e da mobilização social. Nessa direção que a educação popular tem muito a contribuir na perspectiva de despertar ou ampliar a participação coletiva e a construção da cidadania.

Na pesquisa de campo, pistas indicaram uma tímida articulação do setor saúde de endemias local com os movimentos organizados da sociedade civil. Entendemos que a dimensão participativa é importante na implementação dos programas de controle e prevenção de endemias. Observamos um ambiente rico e propício para troca de experiências com os movimentos sociais, o que a nosso ver, permitiria o enriquecimento dos programas a partir da construção participativa das ações coletivas.

Reafirmamos a importância do diálogo do setor de endemias com os segmentos organizados da sociedade civil e com movimentos populares em saúde na perspectiva de construção de propostas e articulação de estratégias de envolvimento da população. Essa aproximação é fundamental na busca de soluções coletivas para os problemas e necessidades de saúde da população. Encurtar essa distância é uma tarefa desafiadora por que, por vezes, exigirá a superação de obstáculos ideológicos e institucionais. Ainda assim, a participação coletiva se faz necessária e no âmbito das ações de controle das endemias é indispensável.

Neste contexto, a ação educativa popular tem um papel importante podendo levar os indivíduos a reflexão crítica sobre suas necessidades de saúde e as possibilidades para intervir na realidade. A prática educativa popular em saúde visa a busca de soluções para os problemas de saúde que afligem a população. Essa prática pode despertar a consciência crítica dos moradores e estes por sua vez, intervirem na realidade com novas atitudes e soluções para os problemas que os atingem.

No âmbito da investigação, o campo de controle das endemias é o contexto dessa prática educativa. E nesse sentido, o ACE é desafiado a fazer a população entender seus problemas de saúde e intervir nas condições de vida dessa população. Por isso é importante que os agentes conheçam o território e faça o levantamento das informações das comunidades que visitam. O agente precisa conhecer os problemas de saúde que a população vivencia e como são enfrentados no dia-a-dia. Pela prática educativa o agente de endemias poderá ajudar os moradores a fazerem essa reflexão. Trazer as experiências das pessoas e suas maneiras de ver os problemas poderá apontar novos caminhos. Em tese, a educação popular procura conhecer como os moradores e a população atua em relação a sua saúde e os problemas de saúde da comunidade. A prática educativa popular em saúde visa intervir nas condições de saúde da população partindo do conhecimento dessa realidade. O diagnóstico é um elemento importante neste contexto assim como o diálogo e a participação coletiva.

Nas rotinas de trabalho, o conhecimento do protocolo não é suficiente para que o agente de endemias realize suas ações de controle e prevenção, mas esse campo de domínio lhe permite elementos técnicos para fazer a reflexão para tomada de decisões em suas relações com a população. O desafio do outro lado, é que a população também realize essa reflexão. Esse é um aspecto importante nas práticas educativas realizadas na interação com moradores e comunidade.

Entendemos que quando falamos de prática educativa no controle de endemias estamos diante de uma prática concreta, plural, complexa e contraditória. Podemos dizer que a prática educativa do agente não está focada exclusivamente no controle das doenças e de suas formas de tratamento. A prática educativa que estamos nos referindo diz respeito ao conjunto de ações de educação em saúde que o agente pela sua leitura crítica do contexto e limitações é capaz de realizar. Trata-se de práticas educativas concretas que são realizadas com os moradores para medidas de prevenção, sobretudo, no âmbito do estudo, das doenças de controle vetorial e das doenças de veiculação hídrica.

Os indícios apontam que há predominância das atividades centradas no controle do Aedes. Podemos destacar algumas práticas educativas desenvolvidas pelos agentes em âmbito

domiciliar são realizadas por conversas sobre medidas de prevenção e demonstrações com a participação do morador de como realizar de maneira adequada para identificação e eliminação de criadouros, cuidados com a água parada, armazenamento do lixo, principais focos do mosquito no ambiente doméstico, identificação dos sintomas das doenças, riscos da automedicação, dentre outras. O objetivo principal das práticas educativas é despertar a adesão voluntária e consciente dos moradores. Tarefa bastante complexa, que requer ações de rotinas e envolvimento coletivo, haja vista que, o importante nestas práticas é a sensibilização dos moradores e a mobilização da comunidade.

Para identificar e analisar a prática educativa do Agente de Endemias nos propusemos a olhar o cotidiano de seu trabalho, procurando pistas e detalhes que apontassem como essa prática se configura nas rotinas de trabalho para controle de endemias. Desse modo, nos movemos pela preocupação principal de observar a maneira como o agente lidava com suas demandas de trabalho no dia-a-dia e sob quais motivações este agente recorria às práticas educativas populares. Assim, procuramos compreender que sentidos essa prática educativa assumia no controle das endemias. Captamos indícios nas observações de campo em acompanhamento dos agentes em suas visitas domiciliares e na realização de entrevistas.

Os indícios levantados na coleta de dados empíricos apontam na perspectiva de que a prática educativa se dá no conjunto das relações que o agente de endemias estabelece com o mundo que o cerca e os sujeitos com os quais interage para cumprir seu papel como profissional da vigilância em saúde. Mas é importante ressaltar que estamos falando de uma prática educativa popular que se revelou nas vivências construídas nas rotinas de trabalho. Uma prática que emergiu do conjunto das relações com os moradores da comunidade. Trata-se de uma prática sutil e inteligente que contribui para criar vínculos imprescindíveis da área de vigilância em saúde com os usuários dos serviços.

Nesta perspectiva, na tentativa de compor nossa argumentação apresentaremos a seguir os indícios que emergiram no decorrer da investigação desenvolvida com os agentes de Parintins e que corroboram para a defesa da tese. A hipótese inicial que levantamos nos movia no sentido de que para entender a prática educativa do agente de endemias deveríamos atentar para os sinais e indícios dessa prática que se faziam revelar nos saberes que circulavam nas atividades desenvolvidas pelo agente na comunidade. Vimos que as rotinas de trabalho do agente eram estruturadas a partir de protocolos de procedimentos e que sua execução se dava, sobretudo nos ambientes domiciliares. Observamos que essas práticas expressavam os conhecimentos instituídos nos protocolos e os saberes locais.

À primeira vista pode ser considerado contraditório, numa investigação dedicada ao rastreamento de práticas educativas de saúde, a nossa preocupação inicial ter se concentrado em torno do conhecimento de algumas particularidades dos saberes desse agente, pois nossa intuição levava a acreditar que a prática educativa desse agente dialogava com particularidades do contexto local. Assim entendíamos que essas particularidades decorriam das relações que o agente estabelecia com os moradores.

Tínhamos pistas significativas de que essas práticas eram pensadas a partir de elementos definidores da educação popular, apesar do agente não ter necessariamente essa compreensão na época do estudo, pois para ele aquela prática que ele desenvolvia foi a maneira que ele encontrou para realizar seu trabalho. A pesquisa revelou que o agente entrevistado não tinha conhecimento conceitual e teórico estudado sobre a prática educativa popular, contudo ele realizava uma prática se valendo de sua vivência empírica e motivado pela necessidade de execução dos protocolos de trabalho enquanto agente de controle de endemias.

A nosso ver, as práticas educativas estabelecidas no controle das endemias acabam sendo produzidas na ação cotidiana. Por exemplo, quando os agentes de endemias fazem a escuta do morador e interagem com estes, o agente acolhe o saber do morador, dialoga com ele, e assim juntos, atribuem novos significados e constroem novos sentidos ao controle. Há uma resignificação da compreensão de controle a partir da prática que dialoga com os saberes que circulam na comunidade. Desse modo, entender essa prática implicou em conhecer as rotinas de trabalho do agente e em que momento a prática educativa se fazia necessária ou se ela estava incorporada na rotina, como decorrência das diretrizes técnicas da área.

Assim, a ideia seria identificar as práticas educativas ali ocorridas, o que nos possibilitou nos aproximarmos do modo operante dos agentes nas visitas domiciliares, ou seja identificamos, uma prática educativa feita por eles e na relação cotidiana com os moradores. Podemos dizer que os indícios dessas práticas, evidenciadas nas rotinas do agente, estão marcadas pelas relações sociais e populares entre agentes e moradores.

Práticas educativas em saúde denotam ações que compreendem relações entre sujeitos sociais, ocorrem em diferentes espaços, portam diferentes saberes, são práticas dialógicas, estratégicas, mediadas pela ação instrumental, apresentando-se de maneira formal ou informal, utilizando metodologias progressistas ou conservadoras, desenvolvidas em espaços públicos e privados. (PEDROSA, 2001, p.261-262)

Os indícios revelaram que as práticas foram se firmando nas relações reforçadas nas visitas domiciliares das rotinas de trabalho e, a nosso ver, podem ser entendidas como processos mediadores e potencializadores de educação popular, onde o agente pode ser concebido como um sujeito de saberes que aprende e ganha novas referências para o seu trabalho nas relações com os moradores e a comunidade. Neste sentido, reforçamos a ideia de que a prática educativa não se reduz apenas à expectativa do protocolo de controle, mas remete aos saberes e as experiências que a vida possibilita.

Considerando as práticas dos agentes pesquisados, os indícios indicam que predomina uma prática educativa tradicional centrada no repasse de informações, mas sugere também que há elementos definidores da prática educativa popular no controle do *aedes aegypti*.

As rotinas de trabalho estão voltadas principalmente para que as ações desenvolvidas pelos agentes possam evitar ou minimizar as condições propícias de reprodução deste vetor de doenças. Contudo, a visita do agente nos imóveis é ação programada e acontece periodicamente, o que para nós não é suficiente para estabelecer uma rotina de controle eficaz e efetiva, havendo, portanto, necessidade de colaboração e participação ativa dos moradores para ampliar as possibilidades do controle. Esse envolvimento é despertado pelo processo educativo popular que é protagonizado pelos agentes.

Um detalhe importante das práticas desenvolvidas é o fato de que as mesmas não se sustentam por si só, não é uma ação unilateral, necessita do papel ativo do morador. É uma prática educativa que não termina com a visita domiciliar feita na rotina de trabalho do agente. Temos aí um ponto de partida que deve ser assumido como um agir coletivo contínuo.

Reafirmamos que esse indício denota que a prática educativa do ACE é a prática do agente que sabe escutar os sujeitos com os quais se relaciona, é prática do agente que pensa e age considerando a realidade que o cerca, os problemas do contexto, a necessidade dos sujeitos envolvidos e os saberes da cultura local. É a prática que se faz aberta, mas não solta. Foi uma maneira que o agente encontrou para enfrentar o que o desafiava no contexto de seu trabalho e de sua vida. Assim, viu que na escuta dos sujeitos e de suas maneiras de ver os problemas relacionados às necessidades de saúde teria como se mover pela ação educativa, valendo-se dos recursos que tinha.

Desse modo, temos uma prática que não se impôs, mas que foi aos poucos fazendo sentido e sendo acolhida pelos moradores nas rotinas de trabalho. Nesta perspectiva de compreensão, é válido ressaltar que “Conhecer cada vez mais a maneira como o povo

conhece, com o sentido de promover a ampliação do alcance de tal saber, transformou-se no que um dia ficou conhecido com a Pedagogia do Oprimido [...].” (GONÇALVES, 2009, p.19)

Por outro lado, o agente também tem um conteúdo a comunicar, que são medidas de controle a serem adotadas pelos moradores em seus domicílios, o que por vezes, tenciona a relação entre o agente e o morador, isto por que existem moradores que vêem o agente de endemias como um porta voz da gestão. Vemos que o agente está cercado de situações problemas que o pressionam a dar respostas e soluções imediatas a questões das quais ele não tem o pleno controle. Identificamos pistas nesse sentido da cobrança feita pelo morador ao agente por conta dos problemas de saúde pública enfrentados pelos comunitários e que não tem sido resolvidos pelos gestores públicos ao longo dos tempos. Ao que nos parece, os moradores estão preocupados com outros problemas e não apenas com controle de vetores e os riscos decorrentes daí. O morador traz o agente pra cima de outras questões que afligem os moradores e a comunidade.

Toda proposta dos sanitaristas pressupõe a previsão como categoria principal, pois a própria ideia de prevenção implica um olhar para o futuro. Contudo, poder-se-ia levantar a hipótese de que estes setores da população conduzem suas vidas com a categoria primordial de provisão. Com isso se quer dizer que a lembrança da fome e das dificuldades de sobrevivência fazem com que o olhar principal se volte para o passado e se preocupe em prover o dia de hoje – uma ideia de acumulação, portanto. Assim, a proposta da previsão estaria em conflito direto com a da provisão. (VALLA, 2000, p.261)

Destacamos que o ACE deverá estar atento aos saberes dos sujeitos e ao que os contextos revelam. Assim, é fundamental compreender o modo de viver da população, seus problemas concretos. Ouvir o que os moradores dizem é uma maneira de se aproximar inteligentemente dessas questões.

A prática educativa do Agente de Combate às Endemias deverá expressar sua leitura inteligente do mundo que o cerca. É uma prática de quem se relaciona com o mundo e enfrenta o desafio do agir em contexto local. Reside aí uma percepção pedagógica importante, pois, podemos dizer que o agente deverá ser capaz de reconhecer no morador um sujeito inteligente e conhecedor da vida, não um mero receptor de informações. Podemos afirmar com bases nos indícios que a visita domiciliar poderá se concebida como um espaço potente para aprendizagens e troca de saberes, ainda que o tempo seja curto. O desafio que se coloca é como tornar essas práticas efetivas nas rotinas de trabalho do agente?

Os indícios evidenciaram que as orientações técnicas demandadas aos agentes de endemias são decorrentes de políticas e diretrizes do controle e prevenção da dengue e tem

sido a base para o desenvolvimento das práticas educativas. Há, portanto, uma centralidade do controle do vetor *aedes aegypti* e, por conseguinte, das práticas realizadas. Não poderíamos deixar de mencionar a necessidade de controle de vetores transmissores de doenças direciona a execução das práticas educativas dos agentes de endemias pesquisados. Por outro lado, cabe salientar que o agente de endemias deve se orientar não somente por essa necessidade da lógica de controle, mas também pela lógica de compreensão usada pelo morador para fazer o controle domiciliar do aedes.

Decorre daí uma prática educativa voltada para sensibilizar o morador, como por exemplo, a cuidar do seu quintal para evitar acúmulo de água e de resíduos sólidos, sobretudo o lixo doméstico. Há uma potência para desenvolvimento de uma prática educativa popular que se revela aí, na medida em que o agente vai construindo uma relação com o morador. Nesta perspectiva, o morador não deve ser concebido como aquele que recebe a orientação, mas aquele que problematiza esse controle na medida em que o controle interfere no seu modo de vida. O morador agrega elementos significativos.

Na prática educativa do Agente de Combate às Endemias encontramos elementos que apontam para a educação popular, a saber: o diálogo feito a partir de conversas com os moradores, a troca de saberes entre eles, a valorização dos saberes populares/tradicionais, a problematização das necessidades de saúde, dentre outros.

A presença desses elementos na prática educativa desenvolvida pelos agentes de endemias é frequente e aponta para um agir profissional que considera as singularidades do lugar e os aspectos da cultura local. Também indica uma prática que se faz com feições da vida cotidiana amazônica.

Um dos indícios percebidos foi o modo como o ACE se relaciona com o contexto em que está inserido nas visitas de rotina. É forte essa ideia de vida cotidiana amazônica em todas as rotinas de trabalho e ela reforça também o embasamento de toda uma significativa relevância das práticas de maneira geral em vigilância em saúde no cenário da pesquisa realizada.

Há na prática do ACE um profundo caráter dialógico entre o que se estabelece nas diretrizes de orientação e a dinâmica da vida cotidiana. É o próprio movimento incessante da vida, com a qual o agente tem que lidar na esfera do seu agir operacional que exige um fazer sensível. Isto por que, as diretrizes são um repertório de orientações nacionais enquanto que a vida tem seu tempo, seu jeito e suas formas de expressão sociocultural. Esta é uma peculiaridade importante para ser considerada no controle de endemias e de vigilância em saúde empreendidos por um agente de endemias em contexto de trabalho.

É importante destacarmos que há no contexto amazônico aspectos socioculturais que perpassam a vida cotidiana local e que ganham densidade e complexidade por que conectam elementos da compreensão de sujeitos que nem sempre operam com a lógica da racionalidade hegemônica. Essa compreensão pode nos ajudar a entender as práticas de rotinas dos agentes de endemias em contexto local e poderá nos indicar elementos importantes para o desvelamento de relações sociais e saberes imbricados naquilo que estamos considerando ser uma prática de educação popular.

## **5 VIVÊNCIAS DO ACE EM RELAÇÃO AOS SABERES LOCAIS QUE EMERGEM NO CONTEXTO DA ILHA**

Este capítulo tem por objetivo apresentar e discutir dados que indicam a compreensão dos sujeitos sobre questões que nos permitem entender o modo de agir do agente mediante aos desafios do contexto amazônico, destacando como este profissional se relaciona com saberes locais nas práticas educativas desenvolvidas.

Pretendemos trazer elementos para reflexões e problematizações sobre as vivências do ACE em contexto amazônico e suas relações com os saberes. A ideia é discutir a mediação feita pelo ACE, com um olhar atento aos detalhes desse saber no processo de trabalho, considerando a vigilância da saúde dos povos que tem sua vida construída em muitos aspectos pela dinâmica dos rios e das florestas. Buscamos indícios que permitam entender a percepção e práticas de trabalho do ACE, sobretudo educativas, verificando como o modo de agir do agente em relação aos saberes locais direciona as ações de campo da vigilância em saúde. Diante dessas pretensões, entendemos que a educação popular pode nos oferecer elementos importantes para uma aproximação com essa discussão.

### **5.1 O saber local nas práticas do ACE: ações da vigilância em saúde nos espaços das águas e das florestas**

A relação do ACE com os saberes que emergem no contexto local aponta um indício fundamental na compreensão do objeto de estudo. No decorrer da investigação seguimos pistas que nos levaram ao entendimento de que as práticas educativas se estruturam a partir de relações dos ACEs com os sujeitos locais e seus modos de vida por meio da mediação dos saberes locais. Captamos indícios de que a compreensão da prática educativa do ACE tem ligação com o modo de ser dos sujeitos populares que tem uma relação de vida com os rios, com a terra firme e com a floresta no contexto de Parintins. Pistas indicavam que essa relação se expressava nos saberes e práticas de saúde que estão presentes no cotidiano da vida dos habitantes da ilha.

Os moradores que vivem na ilha, em sua maioria convivem com um mundo cercado por águas e florestas. Compartilhamos do entendimento de que “Embora as tentativas de eliminar e/ou esconjurar qualquer traço da cultura e modo de vida indígena tenham sido inflexíveis e avassaladoras, o resultado não foi plenamente alcançado. O ser da Amazônia

permanece imbuído da identidade dos nossos mais antigos ancestrais — os ameríndios da várzea e/ou terra firme.” (FRAXE et al., 2009, p.30).

Ao pensarmos nas tentativas de construção de práticas educativas em vigilância em saúde em contexto amazônico devemos considerar que o contexto sociocultural e o conhecimento identitário acerca dos sujeitos, pois constituem elementos imbricados nessas relações. O lugar onde o morador está domiciliado é espaço onde ele constrói sua vida e de sua família com toda a sua história sociocultural e experiências vivenciadas localmente. O respeito às especificidades culturais do lugar e dos sujeitos da ação educativa abre espaço para construção de experiências mais significativas no contexto amazônico, desde que se atente para sua constituição identitária.

O conhecimento dos aspectos concernentes a maneira como as populações amazônicas se afirmam no seu território tem implicações práticas na construção dos processos educativos em saúde. Qualquer tentativa de medidas educativas para controle e prevenção de doenças nesse contexto não deve ignorar as relações que o homem estabelece com a realidade em que vive, pois estão aí imbricadas formas particulares de vida.

Essa compreensão também se aplica ao pensarmos na construção de processos e estratégias educativas no caso do controle e prevenção das endemias. É importante que se tenha em mente o entendimento dessas relações, pois esse é um aspecto que assume uma importância significativa na compreensão sobre os saberes que sustentam práticas educativas em saúde orientadas para controle e prevenção de endemias.

Outros aspectos da Amazônia devem ser considerados. No que concerne ao clima, Batista (2007) esclarece que:

Na Amazônia, tanto nas capitais e cidades principais, como na imensa hinterlândia, faz sempre calor, especialmente na parte da tarde; à noite e ao amanhecer esse calor abranda, mercê da umidade que se acumula e dos ventos que sopram. A direção e predomínio dos ventos, associados à altura e distribuição das chuvas e à intensidade e número de horas de ensolejamento, são responsáveis pela manutenção da floresta ou dela decorrentes, - floresta diretamente ligada ação da luz (fotossíntese), da umidade (circulação de água) e espalhamento das sementes (reprodução), criando, ao mesmo tempo, condições climáticas que permitem a vida humana, em limites perfeitamente suportáveis. (BATISTA, 2007, p.85)

Sobre clima e doenças Batista (2007) afirma que: “Em verdade, as doenças na Amazônia não decorrem diretamente do clima: algumas pragas, sim, e nelas se incluem conhecidos transmissores que se desenvolvem preferencialmente nas regiões quentes e úmidas. [...] “(BATISTA, 2007, p.90)

Aspectos acima evidenciados por Batista (2007) permitem entender que olhar para Amazônia implica considerar sua complexidade sociocultural e as condições naturais onde a vida se faz. A compreensão dessa realidade pelos profissionais da vigilância em saúde em suas experiências cotidianas nas comunidades constitui uma importante dimensão a ser considerada.

A importância de compreendermos como a vida se faz no contexto do estudo nos mostrou a necessidade de entendermos o papel das relações socioculturais e também de como o sujeito amazônico se relaciona com o mundo em que vive, ou seja, com as matas e com os rios e toda a natureza e sociedade ao seu redor.

No contexto local, o saber popular/tradicional<sup>71</sup> pronunciado e em prática nas comunidades amazônicas tem a ver com a diversidade sociocultural e com as formas inventivas dos sujeitos locais para lidar com as exigências da vida. No nosso entendimento, circula um saber que se expressa no linguajar do povo, nas suas crenças, nas suas tradições e na forma de viver em comunidade, nas formas de resistir e conviver com os desafios e as adversidades. Um saber que surge das múltiplas necessidades da vida, onde ser é parte intrínseca de uma realidade que desafia o ser humano ao longo da sua história.

O saber popular/tradicional é antes de tudo, saber. É uma forma de saber e, portanto, expressa conhecimento da vida. Saber que se fez saber. Não se trata apenas de ser um saber em relação a outro saber. O que se tem a ver é o fato de ser feito como uma resposta a diversas situações e, logo deve ser considerado no contexto dessas ações. Que nasce na vida, como uma experiência significativa e como um ponto de base, um esteio um firmamento de pessoas e comunidades na sua relação com o mundo. É um saber teimoso e bonito. Não se trata de se medir, de ser superior ou inferior a esse ou aquela outra forma de saber.

O campo dos saberes é um campo onde se manifestam tensões e relações de poder, com formas de compreensão e entendimento da realidade em disputa. Aqui, cabe uma reflexão, quando se pensa em saber. Mas do que uma relação com o saber da ciência, considerada por muitos uma forma mais acabada e privilegiada do saber que já passou por vários crivos e análises.

Todo saber tem uma intencionalidade educacional, um viés educativo, que pode produzir tensões, mas também novas relações. Aqui não iremos nos ater a essa tensão, mas

---

<sup>71</sup> Saber popular, na construção da tese, corresponde aos saberes tradicionais locais construídos pelos sujeitos que aqui vivem na sua relação com a natureza, com os rios e com as florestas e que podem expressar conhecimentos dos modos de vida da realidade local em diferentes campos da atividade humana.

sim, a importância de um saber de natureza popular que pode aparecer nas engrenagens da vigilância em saúde no contexto da investigação.

O saber popular/tradicional é fruto da experiência de vida e tem se acumulado ao longo dos tempos, se reinventado à luz das necessidades e das transformações dos seres humanos e do mundo em que vivem. Parece uma constatação cheia de obviedades, porém, sinaliza um saber próprio da atitude humana, fruto da sua criação e inventividade, que opera por outras lógicas, não apenas a da ciência, mas com elementos dessa ciência também, que se nutre também de outras formas de compreensão da realidade.

A ideia aqui sobre saber popular/tradicional não é pensar na direção do que falta para se chegar a outro patamar ou outra forma de aceitação social ou acadêmica, mas sim, o que ele representa no contexto da vida e como pessoas, comunidades, povos se apegam ou se agarram a ele como formas de expressão da sua educação e da sua cultura, do seu modo de entendimento e como ponto de referência para o agir em múltiplas situações. No caso aqui, no contexto é o de vigilância em saúde e do controle e prevenção das endemias.

Por essas razões, acreditamos que na compreensão desses saberes poderemos entender especificidades e aspectos relevantes que podem ser considerados nas práticas de educação em saúde. O ACE atua num campo de disputa de saberes, onde os saberes técnicos e científicos, por força das normatizações, tendem a serem privilegiados em detrimento de outros saberes.

Os saberes populares estão presentes na vida, nas relações, etc. Negá-los, ignorá-los ou invisibilizá-los é uma forma de dominação de outras formas de saber, que se mostram hegemônicas, nas relações estabelecidas. Mas este saber empírico é fundamental. É importante que se entenda como o ACE lida com o saber popular/tradicional numa área fortemente orientada por domínios científicos e técnicos.

No dia-a-dia do trabalho cotidiano, o ACE pode se orientar com saberes que se revelam nas práticas profissionais e nas relações que estabelece com os moradores e a comunidade. Na prática, operando com saberes, este profissional tem uma dinâmica de trabalho na comunidade que o projeta para o campo das relações com os saberes populares/tradicionais. É mais do que um visitador, é um profissional com habilidades e experiências sociais e populares. Sua atuação se dá num universo de conhecimentos e experiências fortemente relacionados aos modos de vida do lugar, onde os saberes decorrentes da formação profissional, não são suficientes para responder aos desafios do cotidiano.

O tempo de atuação do ACE no trabalho de vigilância em saúde revela acúmulo de experiências e conhecimentos que resultam da aprendizagem prática e contínua, não restrita ao campo das endemias, que se articula nas diferentes vivências na área da saúde, das relações com as comunidades e das habilidades que desenvolve com sua experiência para responder as necessidades da vida.

Apesar do trabalho do ACE está orientado pelo modelo de vigilância em saúde com forte base normativa e tecnicista, identificamos indícios de que suas práticas profissionais dialogam com os saberes populares/tradicionais dos moradores, onde reside uma dimensão educativa. Não são práticas dominantes, são práticas de resistência, de iniciativa individual, mas são práticas que se expressam no cotidiano do serviço.

Brandão (1986) numa perspectiva de compreensão antropológica da educação afirma que “Complica um pouco pensar a educação como apenas **educação** (grifo do autor).” (BRANDÃO, 1986, p.5). Destaca que a educação deve ser vista “no seu contexto cotidiano, no interior de sua morada: a **cultura** (grifo do autor) — o lugar social das ideias, códigos e práticas de produção e reinvenção dos vários nomes, níveis e faces que o saber possui.” (BRANDÃO, 1986, p.5). Para Chassot (2006, p. 205), “os saberes populares são os muitos conhecimentos produzidos solidariamente e, às vezes, com muita empiria”.

Embora a vigilância em saúde seja um campo caracterizado por práticas institucionais que decorrem, sobretudo, das normas técnicas dos serviços, o alcance de suas ações também está relacionado com a compreensão popular que se manifesta de diferentes maneiras, orientada por diversos saberes, com forte conteúdo educativo. Sendo os agentes de endemias, os profissionais mais próximos dos contextos populares onde se materializam as ações de campo da vigilância no território, atuam como articuladores de práticas de vigilância em saúde movidos pela compreensão não somente das normas mas também dos saberes populares, que no contexto da pesquisa são bastante significativos, sobretudo nas relações com os moradores.

Pensar como são tratados os saberes populares pelos agentes de combate as endemias no âmbito das ações de vigilância em saúde é uma questão importante para explicitação da tese.

É importante sabermos como este profissional procede no âmbito de sua comunidade e da cultura local. Assim, considerando a capacidade de vigilância a ser instalada por protocolos, como este profissional opera com conhecimentos e experiências de base popular? Dentre outras indagações é importante entendermos como o ACE, diante das atribuições e responsabilidades definidas pela sua área de atuação profissional como se relaciona com os

saberes locais? Como lida com os saberes diante dos protocolos estabelecidos para desenvolvimento das práticas de trabalho? E em que sentido estes saberes podem ser incorporados na prática educativa?

Nesta perspectiva, foi realizado levantamento da percepção dos agentes na tentativa de mais bem conhecer o objeto de estudo, seu contexto e sujeitos. Apresentaremos a seguir uma sistematização e análise dos dados empíricos coletados.

## **5.2 O ACE diante dos saberes da ilha: caminhos e possibilidades dos protocolos se instalarem localmente**

Nesta parte o intuito principal é compreendermos como o ACE lida com o saber tradicional local que pode estar presente no contexto de sua atuação no controle de endemias e dos serviços da vigilância em saúde, considerando sua dinâmica de trabalho no território, os desafios do contexto amazônico e as dimensões educativas dos saberes que permeiam as relações. Reafirmamos que os ACEs são agentes importantes na interlocução dos saberes nas questões de vigilância em saúde, sobretudo das endemias, porém, há questões que precisam ser mais bem aprofundadas, considerando a realidade local e os desafios da vigilância em saúde, considerando as orientações legais.

Nesta perspectiva, observamos que os quintais urbanos apresentam diferentes configurações que expressam aspectos socioculturais da interação do morador com o meio ambiente de maneira positiva e negativa. Identificamos que muitos moradores ainda tem uma relação intensa com hábitos e costumes que se revelam no cultivo de plantas medicinais, frutíferas, ornamentais. Plantam hortas caseiras com verduras como: cheiro-verde, coentro, chicória, alfavaca, tomate, pimenta, dentre outras. Tem criação de animais domésticos, principalmente, galinhas, patos e porcos que servem para sustento das famílias. Verificamos que centenas de casas visitadas tem um quintal bem florido e verde, são limpos e bem cuidados, refletindo bons hábitos de limpeza e cuidado com a saúde ambiental, apontando para atitudes reveladoras da harmonia com a natureza e cultivo de uma vida saudável. Por outro lado, identificamos moradores que não demonstram interesse e cuidados necessários à saúde, vimos quintais abandonados e com muito lixo acumulado, aumentando as possibilidades de doenças e os riscos à saúde.

Em suas visitas de rotina, observamos que os ACEs alertam os moradores sobre a importância dos saberes locais no cultivo de hábitos e costumes necessários para manter uma interação harmoniosa com o meio ambiente. Observamos que os ACEs nas visitas

domiciliares procuram despertar a sensibilização do morador para às questões relativas ao meio ambiente e os cuidados com a saúde humana e ambiental. Nas visitas são reforçadas maneiras de prevenir doenças e promover a saúde com simples atitudes como a limpeza dos quintais e a eliminação de água acumulada em recipientes que geralmente ficam dispersos no quintal das casas. Esta parece-nos uma prática educativa muito trabalhada nas rotinas de trabalho na comunidade com base em diálogos. Pelos que constatamos os moradores sempre se comprometem com a adoção de novas atitudes, contudo segundo relato dos agentes, esta se constitui numa prática educativa que necessita ser constantemente reforçada pelos agentes, devido a negligência e descaso de moradores que ignoram as recomendações dos agentes locais. Importante destacarmos também relatos que indicam que os moradores são muito receptivos às ideias, trocam experiências e compartilham vivências e sugestões para o fortalecimento dos propósitos das equipes de trabalho.

Neste contexto, Guedes (2018) identifica iniciativas individuais e coletivas sendo desenvolvidas na área urbana da cidade de Parintins no Amazonas que indicam práticas socioambientais e agroecológicas sustentáveis correspondentes às vivências do bem viver que se revelam concretamente na manutenção de quintais limpos e revitalizados pelos moradores e moradoras por meio de uma compreensão de vida que expressa saberes e práticas tradicionais. A esse respeito destacamos o depoimento<sup>72</sup> de Davi Ferreira de Souza Filho: “Minha vida e minha saúde estão aqui. Com meus pais aprendi que sou natureza. Já nasci natureza. Violentar qualquer ser por menor que seja - formigas, fungos - é violência a mim mesmo. A natureza devolve o que recebe”. (MACHADO, GAMA, 2018 ).

Por outro lado, a falta de saneamento básico e outros problemas urbanos de infraestrutura comprometem a qualidade do trabalho realizado pelos agentes de saúde e corroboram para reforçar atitudes negativas por parte da população.

A ocupação de espaços para moradia compromete a conservação de áreas verdes, lagos e igarapés na ilha, o que demanda ações voltadas à questão ambiental e de maneira mais ampla, a relação do ser humano com a natureza e outros seres vivos. É importante observar que em depoimentos, os agentes declaram que embora haja uma valorização dos saberes tradicionais em suas atividades de campo, isto nem sempre é bem visto por moradores que questionam as ações do estado em relação a necessidade de aplicar multas aos moradores que não se adequam as normativas. Relatos dos agentes pesquisados indicam

---

<sup>72</sup> Entrevista concedida a ARAÚJO, Maria de Fátima Guedes. TEIA: Estratégia Popular para Construção de Canteiros de Bem-Viver no Baixo Amazonas. In: MACHADO, R.C.F & GAMA, A.S. (Orgs.). **Mulheres, organização e produção agroecológica**: Floresta Nacional de Tefé. Curitiba, CRV, 2018.

que a orientação é a ação educativa por meio das conversas com os moradores. Contudo, no contexto das ações das endemias não identificamos uma postura coletiva dos agentes, um posicionamento da equipe, verificamos que as falas trazem um olhar mais pessoal do agente.

Como profissionais da vigilância em saúde, possuidores de uma formação técnica onde dominam em seus campos de atuação as estratégias para realização do controle das endemias. Ao interagirem com os moradores nas visitas domiciliares das rotinas de trabalho, os agentes de endemias perceberam que há uma lógica de compreensão da realidade que deveriam acessar para poderem desenvolver de maneira eficaz o controle das endemias, despertando no morador uma atitude de vigilância em saúde que fortalecesse os protocolos de trabalho preconizados pelas diretrizes políticas do Estado para o campo das endemias.

Essa lógica do morador está relacionada a maneira como aprendeu a viver no lugar, com seus saberes e jeito de ver o mundo que nem sempre corresponde as formas dominantes de pensar e compreender o mundo que os cerca. Estamos falando de uma ilha onde se tem costumes e hábitos de cuidar da saúde e de se relacionar com o rio e com a mata que se referem a outra lógica que em muitos aspectos difere da lógica racional dominante.

O acompanhamento dos ACEs em visitas domiciliares nos permitiu conviver com a vida cotidiana dos habitantes de Parintins e poder enxergar alguns elementos nem sempre visíveis e explicitados nas conversas. A vida em Parintins é profundamente cercada por saberes, costumes e tradições do modo de vida caboclo amazônico que resistiu no tempo.

Como já afirmamos, as visitas se realizavam pela parte da manhã, horário este que favorecia o desenvolvimento do trabalho do agente, pois costumava haver morador em casa para receber o ACE. No horário da manhã havia alguém em casa cuidando dos afazeres domésticos, em sua maioria, eram geralmente as mulheres que recebiam os profissionais da saúde. No horário da tarde era reprovado pelos moradores por que alguns ainda têm o costume de dormir no horário de intervalo do almoço e muitos se estendem pela tarde. Porém, nos dias que chovia pela manhã, era comum realizarem o trabalho no horário da tarde, convivendo com mais recusa.

Nestas visitas observamos que existem moradores que não tem o costume de ir com frequência às unidades de saúde. Quando estão doentes, os moradores nem sempre recorrem às unidades de saúde e buscam ajuda primeiro com os curadores, benzedores ou outro agente popular de cura. Ouvimos depoimentos de moradores neste sentido e vimos em seus quintais muitas plantas medicinais que são utilizadas no dia-a-dia. Mas vimos que os agentes de saúde aprenderam a conviver com essas particularidades e nem por isso deixam de incentivar

a ida aos postos de saúde, mas também não ignoram as outras formas de cuidado e processos terapêuticos populares.

O cenário registrado nos dois anos de pesquisa visitando os imóveis e percorrendo ruas e quarteirões nos bairros por onde os ACES realizaram suas atividades de campos nos revelou elementos importantes que acrescidos aos dados coletados em depoimentos podem caracterizar alguns aspectos vida em Parintins.

De quarteirão em quarteirão, observamos que o ACE percorre a cidade toda e convive com a dinâmica local e interage com o cotidiano da vida familiar e comunitária dos habitantes do lugar, dos cidadãos mais antigos aos ribeirinhos que migraram mais recentemente para a cidade. Nas ocupações urbanas, os caboclos ribeirinhos vão se (re) criando e construindo novas possibilidades de vida. Em seu modo de vida, sobretudo os mais velhos, percebemos o apego às tradições socioculturais. São homens e mulheres de fé, gente cabocla.

Imersos no campo de atuação, percebemos que o ACE vai se firmando no aprender fazendo, com os pés na lama ou sob o sol escaldante. Observamos que as práticas educativas vão sendo tecidas nas relações do cotidiano, no acolhimento ou nas recusas das conversas com moradores, que se dispõe a acolher os agentes em seus domicílios.

Sobre a percepção dos ACES a respeito dos saberes populares que permeiam o seu cotidiano de trabalho, no geral, a ideia foi fazer a escuta dos agentes, atentar para detalhes presentes nas interpretações e explicações dos saberes e práticas que podem permear ações de vigilância em saúde no cotidiano de trabalho do agente. Neste sentido, consideramos as vivências e experiências na realidade específica em que estão inseridos, e, principalmente para tentarmos entender de que maneira este profissional se relaciona com os saberes em suas práticas de trabalho, se dialoga com estes e os incorpora e/ou os descarta como inservíveis nas práticas dos serviços.

Quanto à questão dos saberes populares em saúde, os ACES se pronunciaram afirmando que se trata de um assunto mais do domínio das pessoas e profissionais mais antigos. Segundo eles, as pessoas mais idosas são mais apegadas a isso, os indígenas já foram mais apegados também, hoje nem tanto. Durante a conversa, se remeteram as crenças populares, aos bichos que não poderiam te olhar, pois você poderia pegar espanto, ficar doente do corpo ou até assustado, ficar louco.

Nas argumentações dos agentes pesquisados aparece claramente que os mesmos têm uma atuação num contexto permeado por muitos saberes populares em saúde. Associaram a questão dos saberes aos hábitos e costume de moradores da comunidade que evitam ficar em

exposição em determinados horários para não contraírem doenças. Destacaram que esses costumes eram mais comuns antigamente por conta do respeito que as pessoas mais antigas tinham com a natureza. Por isso eram mais cuidadosos por que pelas suas crenças temiam algum mal.

Os agentes pesquisados informaram que Parintins é um lugar onde se mantem ainda uma relação viva com os saberes e as crenças populares. Na área da saúde esses saberes aparecem, por exemplo, nas práticas populares de saúde que são trabalhadas pelas parteiras, benzedores, curadores, dentre outros. Segundo os ACEs pesquisados esses saberes e práticas de saúde estão vivos em Parintins, principalmente no conhecimento e nas vivências dos moradores mais antigos da ilha.

Neste sentido, afirmaram que os saberes dos moradores estão ligados a fé e as crenças nos seres encantados que são do rio e da mata e que protegem a natureza e todos os seres vivos, assim podem ser curados ou podem adoecer, dependendo da situação. Relatos dos agentes indicam que muitos moradores que dizem que tem o corpo fechado para doenças e por isso não temem, por exemplo, a picada de um mosquito da dengue ou da malária. Os depoimentos indicaram que há moradores que não acreditam na dengue e argumentam que tem fé e que nenhum mal pode lhes abater. Segundo os entrevistados isso é da cultura do lugar porque Parintins tem sua história e essa história tem a ver com os saberes dos indígenas e dos caboclos que sobreviveram na região. Mas destacam que são costumes que estão perdendo força, mas ainda tem gente que dá muito valor a eles.

A esse respeito Cordeiro ( 2017, p. 63-64) destaca que:

Há entre os(as) moradores(as) das cidades do Baixo e Médio Amazonas a crença nos **encantados**. Seres com poderes sobrenaturais com os quais essas populações mantêm uma relação de ambivalência. Assim como **eles** podem curar diversos processos de adoecimento também podem causar males contra os quais a **medicina dos brancos** não tem remédio. Muitos(as) moradores(as) de comunidades e cidades distribuídas ao longo do rio Amazonas asseguram que os **encantados** moram na **cidade do fundo** ou **encante** cuja localização exata não podem determinar, mas asseveram que há, em diferentes pontos da topografia amazônica, portais de acesso a esse cosmo.

Em Parintins, esses seres recebem o nome de **bichos do fundo** e vivem na **cidade do fundo**, um local **encantado**. Esses **bichos**, assim como podem gerar processos de adoecimento e morte nos(as)/dos(as) moradores(as) de cima, podem também ajudar a curar doenças e os(as) livrar da morte. Tudo irá depender da gravidade da desobediência às **regras de diplomacia** que regem a convivência entre **os/as gente de cima e os bichos do fundo** e de como o corpo dessas/desses **gente** foi **cuidado** durante os primeiros quarentas dias de vida. (grifos nossos)

Os relatos da maioria dos pesquisados revelaram que os agentes se deparam com os saberes populares no cotidiano do trabalho em saúde e nas vivências com os moradores das

comunidades onde atuam. Segundo depoimentos, os saberes populares locais têm a ver com a proteção e envolvem a fé, porém atualmente, não estão sendo mais utilizados como antigamente. Muitos saberes estão sendo esquecidos, estão sendo transformados e combinados com outros conhecimentos assim como da ciência, das tecnologias, por que hoje se faz uma pesquisa na internet e se tem muitas informações, está mais fácil, segundo eles.

O ACE 2 em seu depoimento sobre saberes populares relacionados ao campo da vigilância em saúde destacou:

“[...] fiquei observando sobre os saberes da vigilância, no caso, por exemplo, e lembrei que quando a gente encontra assim pessoas que quando a gente vai visitar eles não acreditam que a dengue, ou, por exemplo, que possa... que aquele mosquitinho pode transmitir essas doenças, entendeu? Muitos não acreditam, principalmente aquelas pessoas antigas, mais idosas, eles não acreditam que, onde que aquele mosquitinho vai fazer tudo aquilo, eu lembro que até uma vez meu pai disse que andava pelo mato catando ouriço de castanhas e os cabeças de prego<sup>73</sup> estão sempre na mata, os carapanãs eu já tomei muitas vezes água disso daí nunca me fez nada, é uma coisa assim, que pra eles era normal, o que pra hoje em dia vai fazer mal eles não acreditavam que aquilo lá fazia mal a eles. No interior, por exemplo, a malária, esses cabeças de prego que chamam hoje que é o mosquito tanto da malária ou da dengue como da malária pra eles depois que veio aparecer a malária, aí veio os sintomas e a prevenção, telar casa, fazer a fumaça para espantar o carapanã, ainda no interior ainda usam, a gente sempre [...]”.

Pelo que observamos os moradores aprenderam a conviver com a floresta e a natureza, não considerando os insetos uma ameaça nas doenças, aprenderam a conviver com essas doenças. O mosquito não representa ameaça ou perigo a sua saúde. No seu depoimento o ACE 2 observa que os saberes que os moradores têm é a maneira dele entender o que o cerca e ele tem sua opinião e jeito de enxergar diferente aquilo que o agente diz ser uma ameaça, então segundo o agente pesquisado é preciso ter conversa e respeitar o pensamento dos moradores por que eles aprenderam na vida dessa maneira e isso não deve ser descartado assim como pode ser uma crítica a nossa forma de fazer controle da doença, pois a gente usa o veneno e eles não gostam e falam que faz mal a saúde de todos, principalmente das crianças e dos mais velhos. O pesquisado destaca que é o modo de viver deles é diferente, mas tem muito a ensinar aos mais jovens e por que não aos agentes de saúde? No seu depoimento percebemos respeito aos saberes populares, mas também percebemos a dificuldade do agente fazer um diálogo com essa outra maneira de entender da saúde e de medidas preventivas populares. Seguem trechos do depoimento do ACE 2, que a nosso ver traz elementos para ampliar essa reflexão:

<sup>73</sup> Refere-se ao mosquito *Anopheles* também conhecido pelos apelidos de mosquito-prego, muriçoca, pernilongo, carapanã, sovela e bicuda. A picada desse mosquito infectado transmite a malária. (BRASIL, 2010)

“[...] É diferente, por exemplo, da parteira (sic), ficava guardada não podia abrir as portas, engraçado a gente passava o tempo de 7 dias não podia sair por que a criança podia pegar doença. Hoje em dia as pessoas, no interior, as pessoas ainda usam, existe muitas puxadeiras, os macumbeiros também (risos), o que a gente encontra muito na parte científica, na parte da vigilância orientar que ele tem que eliminar o criadouro, ele acha que aquele saber que ele sabe é que vai resolver a situação, febre de dengue por que está desmentido ou então pode ser um mau olhado de alguém, sempre a gente encontra essas coisas, antes não existia a vacina, geralmente não existia a vacina, mas você podia morrer sem saber de que, mas hoje tem os exames, não usava mais os saberes populares, ou quando a gente está estudando, eles nem aceitam essas coisas, poucos dão valor, pra eles é o que está ali na ciência e pronto, essas coisas vai tomando conta dos jovens e vão esquecendo essas partes [...]”. (ACE 2)

Vemos que a ação do ACE está pautada em orientações sobre medidas de prevenção da dengue. A orientação ao morador tem uma centralidade, aonde uma possível ação dialógica. O agente é capaz de fazer a interlocução com os saberes dos moradores. Contudo tem dificuldades para isso. Vemos que há respeito por parte do agente aos saberes dos moradores, mas falta escutar o que esses saberes revelam para a vigilância em saúde e o que pode ser conversado como algo a aprender. Isso nos permite pensar também na perspectiva se há nas práticas de vigilância abertura para essa interlocução? São diálogos restritos entre o ACE e o morador. Os ACEs são trabalhadores subordinados e os saberes aprendidos nesses diálogos costumam não influenciar o planejamento da vigilância local.

O ACE 3 destacou que :

“Nesses trezes anos a gente aprende muita coisa, respeita primeiro, saber ouvir e depois acrescentar minha opinião para ajudá-lo pode ser uma virose é espinhela caída e quebranto<sup>74</sup>. É geralmente o que a gente ouve das mães, se a senhora vai levar para o benzedor tal, de maneira nenhuma pode dizer que ela está errada [...]. Essas mães não atentarem que pode ser uma doença, quebranto, aquilo que ela acredita, a muitos de nós já tiveram ossos quebrados, naquela época o que eu observei que a gente aprende da mesma forma e uma das coisas principais é aprender ouvir, é 25 visitas de fato que a gente deixa de fazer [...]”. (ACE 3)

As pistas presentes nestes depoimentos são muito potentes para investigação, pois revelaram fortes indícios de que os povos ribeirinhos conhecidos também como caboclos amazônicos ainda são bastante apegados aos saberes e as práticas populares em saúde. Muitos

<sup>74</sup> Quebranto é uma forma de mal-estar atribuído a fatores de ordens não naturais. É uma energia negativa transmitido à criança. Estado mórbido; o mau-olhado de certas pessoas sobre outras. (ARAÚJO, 2008)

se utilizam dos conhecimentos e das práticas dos puxadores de ossos e de carne<sup>75</sup>, fazem uso dos chazinhos e ainda tem o costume de fazerem os partos nas comunidades acompanhados pelas tradicionais parteiras. Outro aspecto a ressaltar que decorre do depoimento do ACE 3 é como trabalhar a formação do ACE para exercitar mais sua curiosidade e a escuta.

Tal entendimento do ACE 3 sobre o interesse pela escuta do morador pode potencializar a educação popular nas práticas de vigilância em saúde desenvolvidas nas comunidades. A escuta é fundamental para vigilância. Saber escutar e tentar compreender o conteúdo parece-nos importante na construção de uma relação educativa dialógica. A escuta curiosa deve ser praticada nas atividades de campo nas relações com moradores nas comunidades. É importante para a vigilância em saúde saber como a comunidade lida com os problemas de saúde e como os moradores agem no dia-a-dia. Para isso, a escuta do ACE deveria ser transformada numa escuta da vigilância.

No trabalho de campo das endemias, o agente convive com situações que tem correspondência com saberes de vigilância em saúde feita a partir dos próprios sujeitos populares, que o profissional de saúde desconhece ou não considera. A questão do controle das endemias no contexto das comunidades mais afastadas da cidade, onde não se tem a presença de agentes de saúde com frequência pode ser um exemplo. Neste sentido, o ACE 5 destacou que a experiência de trabalho de campo deve dialogar com os saberes dos sujeitos locais e isso, decorre da convivência com a realidade local e com a capacidade de interagir com os modos de viver dos moradores e das comunidades com aos quais se relaciona em suas atividades. O agente esclarece que os moradores também fazem vigilância em saúde, mas argumenta que, isso não justifica a ausência do setor saúde no lugar. Segundo o agente é preciso que “todos participem da vigilância por que no caso do controle de vetores é preciso conhecer primeiro o vetor e a maneira dele transmitir a doença”. (ACE 5)

O agente completa seu relato destacando que sua experiência com o ambiente local no que concerne a ações de controle da malária tem muito a ver com as relações que foi capaz de construir com os comunitários por que estes sim são guardiões da floresta e ajudam a manter a doença longe a partir do momento que entenderam como ela se propaga no lugar onde vivem. Mas observa que precisa haver uma integração com os conhecimentos e os serviços desenvolvidos pelos profissionais de saúde. Neste sentido, destaca que todos

---

<sup>75</sup> Pegadores de Ossos é o mesmo que Consertadores de Desmintiduras, quem cuida de contusões, deslocamento de ossos, fraturas e realiza massagens. O Pegador de Ossos ou Consertador de Desmintiduras dedica-se ao tratamento de contusões e deslocamentos de ossos. Tais nomenclaturas vão surgindo da associação entre os elementos envolvidos nas especificidades das práticas. Exemplo: o Pegador de Ossos ou Consertador de Desmintiduras serve-se de um jeito especial para ‘pegar o osso e consertá-lo’. O termo desmintidura vem de *desmeter*, isto é, o osso ou o músculo deslocou, ‘saiu do lugar’. (ARAÚJO, 2008)

precisam conhecer a floresta e como os seres vivos se reproduzem, por que é preciso respeitar a natureza pra não haver desequilíbrio. Seguem trechos do depoimento que suscitam essas questões:

“Na realidade nunca foi encontrada casos positivos de malária em área de várzea por que, por exemplo, no caso do vetor transmissor eles ficam mais alojados em mata fechada e a mata fechada onde eles ficam alojados não vai para o fundo. Eles ficam alojados em cabeceiras assim, mas próximos da terra firme, eles ficam alojados [...] aí quando você adentra dentro dessa mata virgem e você vai desmatando aí a tendência deles que as pessoas os criadores de campos para criação de animais aí sim eles migram pra essas casas onde estão fazendo residências fixas que a gente chama fixas pessoas que ficam se deslocando de canoa rabeta, lancha vai encalhando água corrente acha o canal para chegar conversar com o morador [...] “.(ACE5)

Segundo relatos dos entrevistados a derrubada da floresta para fazer área de pastos para criação de animais, sobretudo gado, produz alterações no meio ambiente e consequentemente altera o comportamento de hábitos dos mosquitos que acabam migrando para as casas, se alimentando de sangue das pessoas também, aumentando sua densidade e a incidência da doença. É muito comum na Amazônia que a derrubada da floresta para extração de minérios, ouro nos garimpos, criação de campo para pastos ou as ocupações de terras em áreas cobertas estejam associadas ao aumento de casos de malária. Para Confalonieri (2005, p. 229) “[...] as ‘paisagens da malária’ são determinadas pelas diversas interações entre as práticas de uso da terra, o comportamento humano, os elementos físicos e biológicos do meio natural e as transformações nele causadas pela intervenção humana”. Segundo o autor, “[...] Só com uma compreensão das especificidades ambientais e sociais de cada paisagem podem ser adaptadas estratégias específicas de atuação”.( CONFALONIERI, 2005,p. 232)

Neste contexto, percebemos a importância do agente pela sua experiência nas atividades de controle e prevenção de doenças, não só na compreensão da dinâmica epidemiológica da doença, mas, sobretudo nas questões de mobilização comunitária e educação em saúde. Nesta perspectiva, é importante a ação educativa nas comunidades a respeito dessas questões. É válido ressaltar que o trabalho intersetorial entre as instituições com atuação nas áreas ambientais, educacionais e de saúde nas comunidades possam pactuar ações e trocar experiências. Assim, o trabalho das endemias no Amazonas envolve esforço coletivo no sentido do cumprimento das políticas e dos protocolos de trabalho. A nosso ver, não deve ser feito sem a participação da comunidade.

Depoimentos dos agentes que já tiveram atuação em área rural e hoje estão atuando na área urbana do município dão conta de que o trabalho do ACE nas comunidades da floresta

expõe os agentes a muitos riscos à saúde e que estes nem sempre têm o apoio dos órgãos competentes nem condições de trabalho que respeitem as normas sanitárias.

Depoimentos revelaram que a maioria dos agentes questionam as condições de trabalho em geral, desde a falta de equipamentos de proteção, a exposição aos riscos de contaminação dos inseticidas, a falta de concurso público para os agentes e o quadro de pessoal reduzido. O relato a seguir aponta nesta direção: “Antigamente na captura do alado nós éramos risco humano<sup>76</sup>, a gente coletava se ele estava infectado, a gente não sabia né, muitas vezes a gente levava sorte, mas nunca peguei malária [...]” (ACE 5)

Registramos depoimentos que revelaram que a captura de formas adultas (alados) de anofelinos era feito por atração humana e essa atividade fazia parte da rotina de trabalho dos agentes que viajavam para áreas rurais. Vimos que é uma prática conhecida dos ACEs, porém o expõe a riscos, assim com a realização do trabalho de borrifação. Afirmam também que percorrer a floresta e as áreas de várzea também submete os agentes a acidentes de trabalho como picada de animais peçonhentos.

Noutro depoimento, o ACE 5 relata que no trabalho na mata o agente se valia dos recursos existentes na época. Desse modo, trabalhava com crockis e ainda não tinha acesso a tecnologia de GPS (Global Positioning System, em português “Sistema de Posicionamento Global”). Naquela época, o agente sabia tudo de cabeça por que conhecia o lugar, por que os comunitários eram seus maiores informantes. Ele sabia quantas pessoas moravam ali naquela comunidade, mapeava as localidades com a mente, sabia fazer levantamento de dados. Declarou que o pessoal antigo, agentes da SUCAM e da FUNASA também sabiam. Segundo ele, “cada localidade tem sua realidade e os antigos da FUNASA sabiam tudinho, conheciam os lagos, as casas, as entradas na mata e as coordenadas geográficas da região, sem usar os aparelhos de hoje, só conversando com as pessoas do lugar e observando tudo o que o rodeava”. (ACE 5)

No que diz respeito às ações de campo de controle de vetores, o depoimento acima revela a importância de o agente conhecer a realidade e entender os desafios locais. Percebemos que ter entendimento da dinâmica territorial é essencial no desenvolvimento de práticas eficazes de controle vetorial.

Esse depoimento retrata com bastante riqueza de detalhes o legado do trabalho de campo do Agente de Saúde no contexto das endemias em áreas rurais. Tratava-se de um profissional desafiado pelas condições de trabalho e pela necessidade do conhecimento do

---

<sup>76</sup> Na prática para fazer esse monitoramento entomológico o agente de endemias acaba servindo de isca humana.

território de atuação. Outro aspecto importante que emerge desse depoimento é a sensibilidade e capacidade de articulação deste com a comunidade.

No contexto de seu trabalho é importante destacar também sua articulação com outros agentes que atuam nas comunidades ou em áreas fronteiriças. Neste sentido, considerando o papel do ACE dentro do quadro da força de trabalho do DSEI/SESAI, o Agente Indígena de Saúde- AIS e o Agente Indígena de Saneamento – AISAN<sup>77</sup> compartilham lá na ponta do serviço com esse papel do ACE. Assim, ACE não foca só nas endemias, mas nas necessidades de saúde da comunidade. Nesta perspectiva, os depoimentos mostraram a importância de se trabalhar de maneira integrada, a partir das zonas endêmicas mapeadas para fazer o controle, a prevenção e a educação em saúde. Segundo os entrevistados, um trabalho em conjunto e articulado institucionalmente obteria resultados mais animadores. Segundo eles, isso requer a inclusão do ACS nas ações de vigilância também, pela importância do trabalho desse profissional, o que em área rural poderia aparelhar mais a rede de vigilância integrada à atenção à saúde.

Ao se reportar ainda aos antigos agentes da SUCAM o ACE 5 observou que se tratava de um profissional que conhecia tão bem não só a geografia, mas as pessoas do lugar. Neste sentido, segundo o ACE 5:

“No interior há um acolhimento diferenciado para o ACE, que nem sempre tem na cidade. Quando a gente saía, depois de receber toda a localidade, subia com a prancheta e só formulários e fazendo investigação para quem estava suspeito de malária [...]. Demorava muito a coleta de lâmina das crianças. O Ministério cobrava muito. Utilizávamos lanchas, barcos e rabetas para o deslocamento para as áreas rurais. Contávamos com o diálogo e amizade com as pessoas do interior [...]. Muitas pessoas hoje não tem o conhecimento prático da área como eles tinham [...]. Antigamente havia mais dificuldade do que hoje, desde as formas de pagamento, etc. [...]” Nós, os antigos ACE, os seis mais antigos vamos ser efetivados, é minha firme esperança. Estamos lutando na justiça via Sindicato dos Agentes de Endemias [...]”(ACE 5)

A compreensão desses elementos expostos nos depoimentos acima nos fornecem fortes indícios a respeito dos saberes requisitados para o desenvolvimento do trabalho de campo de controle das endemias, suas dificuldades operacionais e seus desafios no contexto amazônico. Logo, se vê que o profissional ACE necessita operar com capacidade inventiva e de articulação social para mais bem exercer suas atribuições face às limitações impostas em diferentes situações, desde a má formação profissional até as precárias condições de trabalho.

<sup>77</sup> Os AIS e os AISAN atuam nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) em todas as regiões do país, principalmente nas ações de atenção e vigilância à saúde da população indígena em geral. São os interlocutores entre os conhecimentos tradicionais e os conhecimentos ocidentais que orientam a política de saúde. (BRASIL, 2016)

Estudos evidenciaram que as práticas adotadas nos trabalhos de campo da vigilância em saúde e do setor do controle de endemias no decorrer do século XX até hoje não foram e nem são embasadas numa compreensão do território, muito embora reconheça os avanços da metodologia de reconhecimento geográfico adotadas pela SUCAM para o controle das ações, ainda que tenha apresentado limitações no entendimento da dinâmica territorial. (BEZERRA, 2017)

Pelas argumentações desenvolvidas nos depoimentos percebemos que é importante aprofundar a análise do trabalho de campo desenvolvido pelo ACE no contexto da ilha. O conhecimento do território deve ser pensado não somente a partir dos instrumentos de coleta de dados aplicados pelos agentes e que são registrados pelos órgãos gestores da vigilância em saúde e do controle das endemias. Entendemos que pelos relatos dos agentes, estes têm uma compreensão relevante sobre o território onde se realizam as ações. O ACE tem conhecimentos empíricos sobre a comunidade, sobre a complexidade do território no âmbito das relações socioculturais. Afirmamos que nessa atuação cotidiana no território é medida por saberes que o ACE se apropriou em suas vivências cotidianas. Assim entendemos que ao tempo que faz essa mediação, o ACE acaba por desenvolver processos educativos populares para atuação no território. A questão é que os níveis de gestão da vigilância ainda precisam se apropriar desta percepção acerca do agente para não considerá-lo apenas como um cumpridor de tarefas. Nesta perspectiva de entendimento, as estruturas de gestão da vigilância em saúde, em sua maioria, segundo Bezerra (2017, p.79) “[...] visualizam os agentes de campo como meros coletores de dados em detrimento do real potencial que eles possuem de intervenção no território”.

No contexto da presente tese, o ACE, em atuação no território da ilha, apresenta um potencial que pode ser ampliado pela prática de educação popular em saúde, haja vista que, observamos que nas práticas desenvolvidas na comunidade nas visitas domiciliares se pode desencadear intervenções educativas mais qualificadas e menos padronizadas no território. Reafirmamos que as práticas desenvolvidas na atuação deste profissional no território marcam e demarcam relações que perpassam o contexto e situações concretas que favorecem o fazer educativo popular na ilha, ainda que estes profissionais apresentem necessidades de maiores aprofundamentos teóricos para melhor compreensão da prática nesta perspectiva<sup>78</sup>.

---

<sup>78</sup> Entendemos que formação e cursos de aperfeiçoamento em educação popular em saúde ofertado em 2018 aos profissionais da saúde do município de Parintins através do Ministério da Saúde podem ajudar nessas reflexões e despertar práticas mais consistentes no cotidiano dos serviços.

Pelos depoimentos, argumentamos que os ACEs conhecem, por experiência de vida, os desafios da realidade concreta e cotidiana onde vivem, ao tempo que, demonstram o respeito aos saberes locais e buscam dialogar com eles, interagindo com os diferentes sujeitos que moram na ilha. Aliás, neste sentido, o próprio ACE é um sujeito do lugar e de modo particular, possui uma identidade sociocultural que é sensivelmente ligada ao lugar em que vive. Reafirmamos que o ACE é um sujeito de saberes e sua identidade profissional não está limitada apenas ao conhecimento de sua área. Os saberes que possui da natureza, da floresta, das águas e da terra firme, também é um fator constituinte de sua identidade e está presente nas práticas de vigilância em saúde na comunidade e isto a nosso ver, acena na direção da educação popular em saúde na medida em que os saberes da vida da floresta e das águas em toda a sua sociobiodiversidade. Temos aí uma complexidade em diferentes dimensões da vida. Contudo, as dimensões aqui tratadas ressaltam a valorização dos saberes construídos pelos ACEs na interface com a prática educativa popular no âmbito da vigilância e controle de endemias. Por essa razão, na mediação com os saberes dos sujeitos ribeirinhos, pescadores, extrativistas, da floresta e em geral, que vivem da/na ilha é que pode ajudar na reorientação da prática educativa. Essa é uma questão que pode atravessar o agir do ACE e que, portanto, exige uma reflexão, para além de uma ação normativa-protocolar.

Entendemos que a educação popular do ACE em contexto amazônico não deve se dar à margem dos saberes que possui sobre os modos de vida e o cotidiano da ilha. Ou seja, tais saberes na nossa compreensão aqui defendida, acabam sinalizando uma maneira de fazer a vigilância das águas e das florestas, ou seja, estamos aí, a nosso ver, no campo da educação popular em saúde. Dito de outra maneira, os próprios saberes locais podem servir como base para se problematizar as estratégias de saúde e de controle das doenças. Então, assim sendo, entendemos que os saberes locais que expressam práticas de atenção e vigilância em saúde, a preservação do meio ambiente e sustentabilidade do modo de vida podem apontar caminhos e possibilidades de uma reorientação do trabalho do agente na comunidade. E nesta perspectiva, a ação educativa popular no âmbito das ações de vigilância em saúde pode ser um ponto de partida para essa reorientação.

Refletindo sobre estes depoimentos vemos que no conjunto dos saberes operados pelo ACE reside uma dimensão educativa que se filia aos saberes populares e à inventividade humana. Nele, reflete os saberes da experiência, que se aprende no dia-a-dia desafiado pelas suas necessidades. Reflete também elementos decorrentes dos saberes institucionais e das normas instrucionais que são importantes, mas, não suficientes para o exercício da profissão.

Entendemos que as práticas não se fundam apenas nas exigências técnicas de uma conduta profissional e institucional, mas também e, sobretudo, na capacidade inventiva e criativa de lidar com os desafios que a vida exige. É pensando nas práticas e suas dimensões educativas, bem como no universo de saberes no qual o agente está imerso, que entendemos se situar uma zona de aprendizagem importante na compreensão desses processos formativos.

Assim, vale destacarmos o depoimento a seguir que menciona algumas maneiras de agir utilizadas pelos povos ribeirinhos e das florestas para fazer a vigilância e cuidar da saúde, que a nosso ver podem potencializar reflexões sobre os processos e as práticas de educação popular em saúde que emergem no contexto local. O ACE 6 relata que:

“Questão assim de vigilância em relação a vetores, tanto na zona que a gente chama várzea e terra firme os ribeirinhos eles tem seu método de fazer essa vigilância de controle de vetores, uma experiência própria que nasci na área de várzea e morei em terra firme, também nas duas áreas eu tenho convívio, conheço bastante e o que eu sempre via minha mãe fazer e fazia também era na várzea eles usavam bastante as fezes seca do animal, capim seco e o chifre do boi, de cinco horas até seis e meia, sete horas aquela fumaça ficava rondando a casa, vários locais, vários pontos, aquela fumaça pra que o carapanã não tomasse conta da casa e picasse a gente. Na área de terra firme é, a mamãe usava muito era ouriço de castanha e um pau chamado envirataí que, quando queimado ele é ardoso, ele é ardoso, também ficava da mesma estratégia [...], envirataí ele é ardoso quando queima, ele seco, meu pai, meu avô tirava no mato e deixava secar e aquilo, também junto com o chifre no interior de terra firme, só que lá era assoalho, ficava embaixo do assoalho queimando a noite toda com ouriço de castanha<sup>79</sup>, colocava três, quatro ouriços de castanha, ficava lá queimando a noite toda, pra que a gente conseguisse dormir na verdade, por que como é zona de mata fechada e tem bastante carapanã e o risco de malária são maiores em terra firme e para que a gente não viesse adoecer era feito toda a noite isso a partir de cinco e meia da tarde em diante até de manhã[...]. “

O depoimento acima destaca as artimanhas do saber popular no sentido de criar vias alternativas para enfrentamento dos desafios que a vida impõe. Isso se expressa, por exemplo, quando se vale da queima das fezes secas e do chifre do boi, do capim seco e do ouriço de castanha para fazer um repelente natural para se proteger das picadas de insetos, o que pode ser uma opção para criar uma proteção natural e se prevenir das doenças transmitidas pelos mosquitos infectados, pelo menos em áreas rurais, com recursos limitados.

Ademais, é válido o destaque de que, os relatos mostram que são práticas utilizadas em comunidades rurais que podem funcionar como repelentes naturais em ambientes fora dos domicílios, criando uma barreira de proteção. Entendemos se tratar de maneiras alternativas

---

<sup>79</sup> Segundo relatos revelados na pesquisa de campo o ouriço é conhecido como o fruto da árvore castanheira. Dentro do ouriço ficam as castanhas que são comercializadas pelo seu alto valor nutritivo. Enquanto que o casco do ouriço, dentre outras serventias, por ser um vegetal lenhoso é utilizado para fazer fogo e fumaça. O ouriço faz um fogo demorado, sendo amplamente utilizado nos fogões a lenha. Por isso, a queima do ouriço é utilizada por muitos moradores de áreas rurais para fazer fumaça durante toda a noite por que funciona como um repelente natural para afugentar os insetos, e principalmente o temido mosquito transmissor da malária.

de fazer a vigilância em saúde nos espaços da floresta, pois os povos tradicionais se valem de resíduos que estão descartados fartamente na natureza e, pela sua sabedoria, o transformam em recursos alternativos para se proteger das ameaças a sua saúde. Entendemos que a vida na floresta e a relação com seu meio ambiente resultou num acumulado de conhecimentos e experiências de vida das populações que vivem nestes espaços há muitos anos. Para Fraxe (2004) o conhecimento local é usado para sustentar a comunidade, sua cultura e os recursos naturais necessários à sobrevivência contínua dos membros da comunidade. É um conhecimento que está em pleno desenvolvimento e desempenha papel fundamental no modo de vida dos caboclos ribeirinhos<sup>80</sup>, na manutenção de sua saúde e na proteção e renovação do meio ambiente. São saberes que, em grande parte, são herdados dos costumes e das crenças indígenas.

Neste sentido, o depoimento é relevante, sobretudo no que diz respeito à maneira como os povos amazônicos se protegem, considerando seu modo de vida e os recursos disponíveis pela própria floresta. Eles fazem sua própria vigilância em saúde, baseados nos seus saberes tradicionais e nas suas experiências de vida. Suas vivências se baseiam nos saberes que possuem e se utilizam para responder às necessidades que a vida os impõe.

Continuando sua fala o ACE 6 destacou:

“Nessa época de cheias na várzea de ribeirão as diarreias aumentam muito nesse período porque eles não têm fossas, as fossas transbordam e contaminam as águas e o índice de diarreia aumenta muito digamos 90 por cento [...]. Para eles, as fossas na verdade não é nem cultura, gira em torno também de financeiro, quem mora numa área dessa tudo o que vai buscar é pra se alimentar, pouco sobra para construir uma fossa [...]”. (ACE 6)

Esse depoimento expõe algumas questões bem delicadas da vigilância em saúde por causa das cheias e das vazantes dos rios, pois nesta época há um número significativo de registro de casos de Doenças Diarreicas Agudas (DDA)<sup>81</sup>. Um problema notado no depoimento e que ajuda no agravamento desse quadro é a inexistência ou instalação inadequada de fossas. A questão é, se em tempos de cheias ocorre o vazamento que contamina a água fluvial e subterrânea, como resolver essa situação de maneira sustentável?

<sup>80</sup> Cabocloribeirinho é um terminologia empregada na obra de Fraxe (2004) para se referir às pessoas que moram em comunidades do beiradão dos rios amazônicos. Para Silvano & Begossi (2017) ribeirinhos são descendentes da miscigenação entre indígenas e colonizadores portugueses, sendo que os ribeirinhos mais recentemente (especialmente no século passado) incorporaram a influência de imigrantes da região Nordeste. Os ribeirinhos encontram-se geralmente nas margens dos grandes rios brasileiros, sendo que os caboclos vivem ao longo dos rios amazônicos, incluindo o ecossistema das matas de várzea.

<sup>81</sup> A DDA é uma síndrome causada pela ingestão de água ou alimentos contaminados por diferentes agentes etiológicos como bactérias, vírus e parasitas.

Esse é um quadro complexo que a nosso ver pode ser enfrentado de diferentes maneiras pelas ações criativas no campo de vigilância e saneamento. Entendemos que neste contexto se torna imprescindível a realização de ações de educação em saúde com um intenso trabalho de articulação social nas comunidades, envolvendo ações inter setoriais com as equipes da saúde da família e da vigilância em saúde.

Durante a pesquisa de campo tomamos conhecimento de que um projeto<sup>82</sup> desenvolvido na comunidade ribeirinha Santo Antônio do Tracajá na zona rural de Parintins resolveu enfrentar essa problemática da destinação dos dejetos das fossas cheias com a instalação de fossas biológicas de bananeira<sup>83</sup>, que são sustentáveis e não agredem o meio ambiente.

Retomando as falas destacadas anteriormente algumas pistas aparecem, sobretudo quanto aos saberes populares relacionados a vigilância em saúde dos povos ribeirinhos e das florestas, que na verdade, na maior parte são os mesmos, que se adaptam às enchentes e à vazante dos rios, pois aqui como já disseram alguns estudiosos da Amazônia, “o rio comanda a vida”.

Dessa vigilância das águas e das matas, que esses povos fazem por conta da sua dinâmica de vida e por causa da geografia do lugar. Daí pode decorrer processos educativos a partir da vigilância espontânea que eles mesmos fazem para conviver na complexidade desses contextos. Assim, pelos depoimentos, constatamos que os ACEs associaram a questão dos saberes populares em saúde aos elementos sociais, culturais, políticos e religiosos. Segundo a maioria dos ACEs pesquisados, esses saberes estão conectados ao modo de viver dos moradores e a sua realidade, suas crendices e maneiras de compreender o mundo.

Observamos que as questões de vigilância em saúde, no caso das regiões de várzea e de terra firme, estão muito relacionadas às astúcias criadas pelos povos tradicionais para lidar

---

<sup>82</sup> Projeto escolar “Água limpa para os curumins do Tracajá” foi indicado ao Global Teacher Prize, tendo sido escolhido como uma das 50 melhores iniciativas educacionais do mundo, e permitiu ao professor parintinense Valter Pereira de Menezes, 46, ser o primeiro amazonense da história a ser indicado ao Global Teacher Prize, considerado o Prêmio Nobel da Educação e que reconhece as mais inovadoras práticas educadoras ao redor do planeta. A indicação do professor ocorreu após ele vencer, em 2015, também com o mesmo projeto o prêmio Educador Nota 10, desenvolvido pela Fundação Victor Civita no Brasil. (Matéria publicada na versão digital do jornal ACRÍTICA. Disponível: <http://www.acritica.com/channels/cotidiano/news/professor-ribeirinho-do-interior-do-amazonas-e-indicado-ao-premio-nobel-da-educacao>. Acesso: 03 de agosto de 2017)

<sup>83</sup> Segundo o professor Valter Pereira de Menezes, autor do projeto “A bananeira é a grande responsável. Os líquidos caem pelos lados e, como a bananeira requer água, ela faz o esgotamento sanitário. A própria raiz da bananeira suga todo o líquido da fossa. A raiz da bananeira faz a simbiose, filtra. Até chegar ao fruto a água está filtrada”. (Matéria publicada na versão digital do jornal ACRÍTICA. Disponível: <http://www.acritica.com/channels/cotidiano/news/professor-ribeirinho-do-interior-do-amazonas-e-indicado-ao-premio-nobel-da-educacao>. Acesso: 03 de agosto de 2017)

com os desafios que a vida impõe. Eles criaram meios de se adaptar a esses fenômenos climáticos. Viver num lugar e no outro, já faz parte do seu cotidiano. Eles fazem sua própria vigilância, de maneira natural e espontaneamente para se proteger das ameaças ou se readaptar ao território, como no caso dos efeitos das cheias e das secas.

No período das cheias dos rios na Amazônia, por exemplo, se eles não planejarem adequadamente perdem suas plantações, suas moradias, por que tudo fica de baixo d'água e também, acabam sendo acometidos de muitos perigos e doenças também. Eles têm seus próprios recursos de proteção à saúde para evitar ataque de animais peçonhentos ou cuidar das doenças transmitidas pela água fazendo uso das ervas naturais, que ainda utilizam muito.

No Amazonas, essas comunidades ribeirinhas, talvez forneçam pelos seus modos de vida à margem de rios, lagos e igarapés, uma pista importante para entender como se faz a vigilância em saúde neste contexto de enchentes dos rios. Poderia se pensar assim, numa vigilância das águas. Processos educativos e saberes tradicionais emergem dessa realidade. Entendemos que há uma intensa relação dos ribeirinhos com o mundo que os cerca, nas diferentes épocas do ano. São vigilantes e cuidadores da sua própria vida e aprenderam a fazer isso por que são observadores natos do mundo que os cerca e os desafia. São saberes que expressam cuidado com a saúde e respeito aos modos de vida do lugar que criaram hábitos e costumes com base em sua cultura e conhecimento local. Ilustra bem isso, por exemplo, quando em muitas comunidades, os moradores evitam tomar banho no horário de 6 horas por causa do espanto<sup>84</sup>, do mal olhado<sup>85</sup> ou dos bichos do fundo. O fato é que hábitos dessa natureza podem ajudar a evitar a transmissão de doenças como a malária. Assim, podemos pensar que saberes que circulam nestes lugares podem fortalecer vivências comunitárias capazes de promover vigilância em saúde respeitando a cultura e o modo de vida local.

A nosso ver, o modo de vida dos caboclos-ribeirinhos influencia hábitos e costumes locais que impactam na vigilância em saúde e no controle de doenças. Assim, devem servir de parâmetro na organização de processos de trabalho da vigilância em saúde, sobretudo por que revelam aspectos da complexidade da realidade sociocultural.

---

<sup>84</sup> Segundo relatos de acordo com o imaginário popular amazônico pode ser um tipo de feitiço ou ação de encanto decorrente de espíritos malignos que habitam a floresta. A atuação da benzedeira pode desfazer o espanto com rezas. O espanto pode ser o mau olhar de um espírito de gente ou de bicho do mato.

<sup>85</sup> Segundo relatos dos entrevistados o mal olhado pode ser de animal ou de gente e podem causar desconforto e diferentes doenças. Relataram que as pessoas que foram olhadas pelos bichos da floresta podem estar acometidas de encanto e isso pode causar enfermidades, transtornos, etc. De acordo com estudos feitos por Cordeiro & Montardo (2015) se trata de doenças de causas naturais e podem ser tratadas pelos agentes de populares de saúde como pelos agentes da biomedicina, podendo coexistir os tratamentos de acordo com os agentes e os pacientes.

As vivências dos ACEs não se reduzem somente às ações de controle das endemias, pois são profissionais atuam nas relações cotidianas em diferentes dimensões e sentidos. Ao trazermos as transcrições das falas dos agentes para o corpo do trabalho, queremos demonstrar a força que há nesses depoimentos. São falas que expressam vivências e experiências construídas no contexto local e nas relações com as bases populares. Tentamos sinalizar nessa perspectiva, dando relevo ao que entendemos estar relacionado aos processos educativos que dialogam com os saberes locais e podem traduzir práticas. Pelos sinais e indícios revelados, vemos possibilidades da potência e feitio de uma educação popular sendo cultivada em terras e águas amazônicas, uma educação com raízes nas culturas caboclas-ribeirinhas.

## **6. A PRÁTICA EDUCATIVA DO ACE NA ILHA DE PARINTINS: OS PROTOCOLOS INSTITUCIONAIS E AS PRÁTICAS DE MEDIAÇÃO DIALÓGICA**

Nesta parte aprofundaremos as práticas educativas dos ACEs a partir dos indícios levantados na coleta de dados empíricos, tendo em vista a questão da pesquisa que se buscou abranger: como se dá a compreensão da prática educativa do agente de combate às endemias nas ações de vigilância em saúde? A questão ganha densidade quando mais se delineiam os contornos do problema de investigação: o agente diante das normativas institucionais e protocolos estabelecidos para desenvolvimento de suas atribuições profissionais e diante dos saberes e das percepções dos sujeitos locais, tendo em vista o trabalho cotidiano para que se possa criar uma práxis educativa popular capaz de despertar a participação dos sujeitos nas ações de vigilância em saúde desenvolvidas no território.

Desenvolvemos nossa análise por meio do paradigma indiciário, a partir dos indícios que emergiram no decorrer da investigação e que nos possibilitaram um olhar particularizado sobre o problema de pesquisa para a defesa da tese de que aproximarmo-nos da compreensão dos sujeitos da prática educativa popular cria possibilidades de diálogo de saberes e troca de experiências, fazendo emergir com mais nitidez as contribuições pensantes e as ações dos ACEs como sujeitos de saberes e convicções.

A tese se constrói a partir de um olhar sobre os indícios reveladores das práticas educativas dos ACEs em contexto amazônico, onde elegemos a ilha de Parintins para realização do estudo. Reafirmamos que o Agente de Combate às Endemias é um sujeito de saberes e protagonista de práticas educativas populares em saúde por que suas vivências concretas no território são capazes de produzir relações dialógicas e participativas com os moradores.

Argumentamos que o ACE, enquanto um profissional da vigilância em saúde, é um sujeito de saberes e de relações que desenvolve uma prática educativa que expressa princípios e conexões com a perspectiva de educação popular, a partir do momento em que é capaz de traduzir os protocolos institucionais e dialogar com os moradores nas rotinas de trabalho realizadas no cotidiano das ações de controle de endemias e da vigilância em saúde. Por isso, entendemos que a prática educativa popular em saúde pode ser um importante instrumento no exercício profissional do ACE por que pode criar possibilidades de diálogo de saberes e troca de experiências no âmbito individual entre o ACE e os moradores no âmbito da comunidade.

## 6.1 A prática educativa na concepção do Agente de Combate às Endemias da ilha de Parintins

A seguir, trataremos dos dados que indicam a percepção dos sujeitos da pesquisa acerca da prática educativa. Foram obtidos a partir da análise das entrevistas, onde procuramos nos concentrar em pistas reveladoras da ação educativa mediante aos desafios operacionais dos serviços de vigilância em saúde no controle das endemias no contexto local.

Em alguns aspectos, os resultados corroboram o que estudos já trataram na literatura da área (VALLA, 1993, 1997; VASCONCELOS, 1991, 2001, 2015; OLIVEIRA, 2002, 2004; BORNSTEIN, 2007; BORNSTEIN e STOTZ, 2009; WAWZYNIAK, 2008, 2009; BEZERRA, 2012, 2017), dentre outros. Apontam também elementos importantes que nos ajudam a refletir sobre questões reveladas no âmbito local.

Pistas trazidas pelas observações do pesquisador acrescidas das vozes dos ACEs nos forneceram elementos significativos para explicitarmos a percepção do agente acerca da prática educativa em saúde. Identificamos uma forma de compreensão da prática educativa por parte dos ACEs que revelou entendimento baseado nas vivências dos agentes nos territórios e nas relações que foram construídas em suas práticas profissionais com os moradores.

A realidade verificada e os indícios estudados apontaram que predomina uma intencionalidade educacional voltada ao repasse de informações de saúde a população, ao mesmo tempo em que, emergem vestígios de práticas de educação popular nas rotinas de trabalho. São práticas complexas e imbricadas nas ações de campo que o agente realiza, mas que, não revelam uma orientação pedagógica institucional explícita sendo adotada nos serviços de saúde em âmbito local. A nosso ver, são práticas que se mostraram eficientes nas abordagens dos agentes e que tiveram melhor aceitação social pelos moradores. Constatamos que a equipe de endemias é orientada pela Coordenadoria local a desenvolver ações educativas em saúde nas atividades de atuação nos espaços da comunidade, porém, em termos de proposta pedagógica, não identificamos a adoção de um modelo educacional oficial, mas os indícios apontam uma prática educativa de caráter normativo e bancário.

Observamos que para o ACE a prática educativa corresponde de maneira ampla às ações educativas realizadas em diferentes espaços da rede de serviços de saúde e na comunidade. A linha mestra da ação educativa desenvolvida pela maioria dos ACEs é voltada a prevenção das doenças de controle vetorial associadas ao *Aedes Aegypti*. As observações das rotinas de trabalho dos agentes em ambientes domiciliares revelaram uma prática

educativa sustentada por uma compreensão de educação que evidencia a experiência de vida e a vivência da atuação profissional do agente em ações de campo com os moradores e a comunidade. Percebemos que o agente é consciente de que ele realiza uma prática educativa em suas rotinas de trabalho e que esta prática tem a ver com outras questões além do controle de endemias. Observamos que o processo de formação do agente neste campo de atuação precisa de mais atenção e investimento. Ações de educação permanente em saúde são importantes, mas dependem de decisões políticas e da capacidade da gestão de aprender com a realidade e transformar a prática.

No geral, os ACEs entendem que as ações educativas são importantes para o alcance das metas de trabalho, porém reconhecem suas limitações técnicas na área e a complexidade de realização dessas ações no território, embora acreditem que façam educação em saúde principalmente nas ações de rotinas com os moradores, através de orientações e abordagens que fazem por meio das conversas e escuta dos problemas.

No período compreendido de realização da pesquisa (2016-2018), percebemos que as ações educativas no âmbito individual são frequentes por que estão imbricadas nas visitas de rotinas, porém as atividades de educação em saúde em ações coletivas com os comunitários nos pareceram uma prática discreta nas atividades de campo. Identificamos poucas ações educativas coletivas voltadas à vigilância em saúde envolvendo os movimentos organizados da sociedade civil como movimentos populares e comunitários, o que pode ter explicações diversas, inclusive a falta de vivência do ACE nesta perspectiva ou a falta de abertura do setor saúde no âmbito local. Há vestígios de tensões políticas a nível local.

A nosso ver, o fazer técnico do ACE tem sido fator definidor de suas ações no trabalho de campo e nas relações com a população, porém percebemos que esse fazer se coloca de maneira diferente nas relações construídas com o morador no âmbito domiciliar. A experiência do ACE vivida com os moradores no cotidiano das ações revela que as relações domiciliares favorecem o desenvolvimento de saberes e práticas de convivência que aproximam o profissional da saúde e os comunitários. Isso acontece por causa das visitas domiciliares de rotina no decorrer do ano.

A posse por parte do ACE dos conhecimentos técnicos do controle e da prevenção de doenças e agravos à saúde não se constitui como suficiente para acessar aos domicílios e desenvolva os protocolos de trabalho. Os ACEs desenvolveram habilidades comunicacionais para serem ouvidos e realizarem as atividades necessárias ao cumprimento dos protocolos. Neste sentido, a ação é educativa por que puderam promover uma aproximação com o morador para que se procedesse as atividades de controle no domicílio. O protocolo não se

desmontou. O agente não tem poder para desfazer o protocolo de trabalho. A partir de relações construídas, houve mediação por que o agente considerou na ação educativa as singularidades do contexto sociocultural em que atua.

Entendemos que aí temos uma abertura potente para ser trabalhada a educação popular nas práticas dos ACEs com os moradores. Contudo, Percebemos que a maioria dos agentes pesquisados se considera como multiplicadores de conhecimentos e na maioria das vezes entende que fazem um repasse de informações ao morador, deixando a entender que na medida em que o morador consiga assimilar este conhecimento estaria contribuindo em termos de controle e de prevenção. O agente não se assume como educador popular em saúde. A percepção de que informar a população sobre os conhecimentos e as maneiras de evitar as doenças é uma visão compartilhada pelos agentes pesquisados, sendo determinante na ação educativa normativa. Os agentes pesquisados não assumem a educação popular em saúde como discurso nem como prática. Os agentes de endemias, como sujeito de saberes e de práticas educativas, dialogam com os conhecimentos e as vivências dos moradores nas relações cotidianas do trabalho da vigilância em saúde.

Percebemos nas entrevistas a preocupação do ACE com a transmissão da informação sobre a prevenção que espera acontecer a partir da ação do morador que recebe o conhecimento repassado. Tal compreensão revela segundo Oliveira (2002,2004) a educação em saúde normatizadora, concebida como um repasse de informações de orientações à população que diverge dos princípios da educação popular.

Contudo, não é necessariamente puramente uma transmissão de conhecimentos. Observamos que o ACE, como agente de saúde, ele, no contexto pesquisado, tem uma rotina de trabalho associada à realização de protocolos que consistem nos procedimentos técnicos inerentes aos programas de endemias, no caso estudado, a dengue. Por conseguinte, isso faz com que o ACE tenha a obrigação de executar o protocolo até por que se trata de uma ação supervisionada, porém, o diferencial está na maneira como ele realiza esse processo de trabalho junto ao morador. Neste sentido, podem nascer daí outras relações que envolvam o morador e o motive a se envolver na ação de saúde, criando uma rotina domiciliar de base, que pode contribuir com ações de vigilância.

Pelos depoimentos entendemos que os agentes receberam da gestão as instruções técnicas para orientar o morador quanto às medidas de controle e prevenção que devem ser adotadas para evitar a transmissão de doenças. Verificamos que essa é uma determinação passada a equipe de campo, que por sua vez, tem que cumprir adequadamente os protocolos definidos no PNDC e apresentar resultados satisfatórios. Pelo seu grau de importância essa é

uma questão central a ser considerada. O agente não é autônomo, segue ordens da gestão dos serviços de saúde. Fazer educação em saúde de base dialógica em contextos do trabalho de controle de endemias e da vigilância em saúde tem implicações políticas. Oliveira (2004) destaca que, no Brasil o controle das endemias e de suas práticas educativas aconteceram de maneira centralizada e autoritária.

Por outro lado, O ACE, a exemplo do ACS, tem no espaço domiciliar, o lócus privilegiado para realização do trabalho em saúde. No âmbito da nossa pesquisa, isso se tem revelado, em algumas situações, numa relação de trocas de saberes entre o agente e o morador. Uma troca que pode nascer de tensões e contradições e, ao mesmo tempo, da possibilidade do diálogo capaz de promover saberes e novas práticas.

Assim sendo, verificamos que nem todos os agentes pesquisados estão realmente preparados ou dispostos a realizar a prática educativa onde se vislumbra potencialidades de trocas de saberes. Os agentes pesquisados, em sua maioria, não demonstram clareza de que a mediação de saberes e a tradução de protocolos que fazem no dia-a-dia consistem num trabalho educativo potente, podendo ser explorado em muitas dimensões. A nosso ver, não é falta de compreensão, trata-se antes de uma decisão política.

Embora todos os entrevistados reconheçam a importância da ação educativa nas rotinas das endemias e da vigilância em saúde, a maioria declarou que faz um trabalho de orientação e de prevenção nas visitas em domicílios e noutros espaços da comunidade. Relatos indicaram que nas ações de educação em saúde cabe ao agente levar conhecimentos aos moradores na intenção de que estes por sua vez, ajudem na prevenção de doenças assumindo outros comportamentos. A prática educativa que dialoga com os saberes dos moradores e suas condições de vida é uma prática educativa individual e de resistência de agentes que atuam na ponta do serviço com escuta e sensibilizados pelas condições de vida da população, condições estas que, em grande parte, compartilham também. Práticas que revelam sujeitos de saberes e de compreensão política. Sujeitos que aprenderam e fizeram escolhas. O processo de trabalho dos ACEs normatizado e aligeirado inibe as práticas educativas dialógicas e que favorecem troca de saberes entre os agentes e os moradores.

Abaixo alguns trechos dos depoimentos coletados que ilustram a percepção do agente de endemias numa abordagem educativa normativa que identificamos no âmbito do estudo realizado:

“Eu me considero como uma multiplicadora de informação e formadora de opinião, porque eu divido aquilo que eu adquiri com o tempo de serviço, divido o conhecimento que eu vou

adquirindo com as capacitações e vou repassando pra população, pra que a população me ajude na prevenção.” (ACE 6)

“Eu faço uma orientação educativa, por que eu acho que isso é muito importante pra eles né.[...] E aí eu faço toda uma orientação, eu oriento, converso quando tem que conversar, por que eu não prolongo muito a minha conversa, por que eu tô lá só pra fazer a minha visita, o meu trabalho, né.” (ACE 11)

“[...] eu vou né, pra campo orientar, é mais orientar, é a educação em saúde né, é tentar fazer com que o morador é, tenha as obrigações dele, [...] eu faço com que ele me ajude, ele aprenda junto comigo, [...] não é só educação em saúde, mas sim é fiscalizar também. [...]”(ACE 7)

“[...] passo as informações pro morador, os cuidados que ele deve tomar, [...]” (ACE 14)

“a gente aborda as pessoas, a gente vai na residência, e fala sobre a dengue, tipo assim.[...] Orienta as pessoas[...]”(ACE 16)

“[...] educação em saúde é você repassar o teu conhecimento à pessoa, que ela entenda realmente o nosso trabalho, pra mim é isso, é você conhecer o que você faz e repassar com clareza pras pessoas.[...] é educação. É você tá repassando o seu conhecimento que você sabe pro morador[...]”(ACE 9)

“A educação em saúde pra mim é, funciona se as pessoas mudarem, esse comportamento de, como é que eu quero falar, esse comportamento popular, essa coisa popular [...]. Então, a questão é, pra mim, pra educação em saúde ela tem que ter fiscalização, por exemplo, nós vamos fazendo orientação, [...] eu faço educação em saúde, oriento, tudinho, [...]”(ACE 2)

Os depoimentos mencionados revelam que os ACEs consideram que seu papel educativo consiste em dar orientações ao morador para que este se convença e assuma um papel neste contexto e através de mudanças comportamentais possam ajudar nas ações preventivas, atendendo assim as expectativas institucionais do controle de endemias preconizadas nos protocolos de trabalho.

Os depoimentos sugerem que os agentes se esforçam em aprender os processos de trabalho que devem realizar e procuram se informar para não frustrarem as expectativas dos moradores, por que muitos moradores esperam do agente que este tenha orientações a dar, caso contrário, não se justificaria o exercício do trabalho. Há uma preocupação do agente em corresponder às expectativas dos moradores. No caso específico dessas práticas desenvolvidas pelos ACEs, podemos dizer que não há educação popular em saúde, por que não houve problematização dessa situação e de suas contradições. Houve sim, uma prática educativa conformadora.

Há esforço por parte do ACE no sentido de oferecer algo ao morador, contudo, essa ação educativa limita a contribuição ativa do morador. O morador, como parte integrante do processo, pode ter experiências e vivências importantes, que não devem ser desconsideradas, mas sim, valorizadas. O que pode ajudar a suscitar o diálogo e a problematização da realidade com vistas a construção de ações transformadoras e coletivas remeterá ao campo da educação popular, o que não foi o que verificamos. A educação popular em saúde demanda vivências e intencionalidades pedagógico-políticas que se chocam com as estruturas de organização dos serviços e práticas profissionais vigentes no controle das endemias e na vigilância em saúde.

Por outro lado, as ações educativas estejam somente limitadas às orientações para prevenção de uma doença, haja vista que, encontramos indícios de que o ACE tem uma prática de trabalho que também se pauta em conversas com os moradores, podendo ser ponto de partida para outras vivências no âmbito do serviço. Há também a escuta dos problemas enfrentados pelas comunidades, assim como há vestígios de que os moradores problematizam as questões mais amplas de saúde, como ação de crítica e de resistência. A questão central é que isso não é uma escuta coletiva e do interesse dos níveis de gestão atual.

Como afirmarmos anteriormente, os depoimentos dos agentes, em sua maioria, revelaram indícios da prática educativa normativa relacionada ao desenvolvimento das ações preconizadas pelas atribuições do trabalho do ACE nas rotinas de trabalho com os moradores, onde o repasse de informações, pode significar que não se valoriza os conhecimentos que o morador possa possuir, considerando-o um ser desprovido de conteúdo nesta relação.

Percebemos que a prática educativa normativa se faz presente no cotidiano do processo de trabalho das endemias do município estudado. Mas, entendemos que essa compreensão demonstrada pela maioria dos agentes pesquisados, que aparentemente pode ser considerada simples, é, ao mesmo tempo, complexa e pode ser reveladora de outros aspectos que podem estar sendo ignorados ou invisibilizados por diferentes razões. Neste sentido, observamos que o ACE, enquanto um profissional da vigilância em saúde desfruta de prestígio técnico junto ao morador, o que pode ser revelador de pistas importantes nessa compreensão, haja vista que o agente é orientado para uma responsabilidade técnica, estando apto para executar estratégias e procedimentos de contenção dos problemas no âmbito do território, o que também se expressa na expectativa do morador. Então, verificamos que essa postura também não é dada como única e exclusiva nessa relação, por conta de que se estabelece abertura nas conversas e diálogos, onde se problematizam muitas questões e onde o morador também questiona os conhecimentos e as práticas dos agentes e também demonstra muitas curiosidades, desconhecimento de muitas questões também e um apego aos saberes

que divergem dos conteúdos difundidos nas práticas dos agentes por que os moradores têm outras formas de se relacionar com os vetores das doenças e outras maneiras de viver. A fala dos ACEs abaixo traz elementos para reflexão nesta perspectiva:

“[...] os moradores, eles muitas das vezes conversam e fazem perguntas, são curiosos, outros, eles entendem, e acho que pelos estudos que eles fazem, nos ajudam ‘ah isso é verdade, isso, aquilo’ a gente conversa, interage com a gente em relação ao nosso trabalho.” (ACE 9)

“Apesar de eu ter feito curso, têm coisas que a gente ainda fica atrapalhado, porque têm pessoas que eles fazem muita pergunta, e a gente tem coisas que não sabe responder [...]. Por que pra mim, é o seguinte, pra mim nem todas as coisas você ouve, mas você não bota em prática, mas tem coisas que é bom, por que o morador ele tem o saber, ele tem aquela inteligência, ele conversa com você ele lhe explica quase tudo que tem nessa folha aqui, é com outros nomes é bom a gente conversar e você aprende muito com os moradores, então mas também é coisa, o morador ele tem tanta inteligência, mas ele pratica. É, uma troca de experiência, não é?” (ACE17)

Ao acolher as vozes dos moradores e se interrogar também, o ACE reconhece como legítima a leitura de mundo feita pelos moradores, o que é fundamental no conhecimento dos problemas de saúde do território por parte do agente. Contudo, a compreensão das necessidades de saúde da população por parte do agente, fruto das relações com os moradores não é compartilhada com os níveis de gestão, o que limita possíveis ações de enfrentamento. Não identificamos, atribuições exigidas dos agentes de combate às endemias nesta linha de trabalho. Valorizar os saberes dos moradores e sua cultura é fundamental na construção de práticas educativas que se apoiam no diálogo e na troca de experiências. O processo de trabalho intenso e aligeirado do ACE reforça relações de precarização dos serviços com a população e ao mesmo tempo, dificulta o desenvolvimento de ações educativas populares e efetivas.

As práticas e vozes da maior parte dos agentes pesquisados apontam a necessidade de se pensar à prática educativa desenvolvida nas rotinas de trabalho da equipe local. Mas esta compreensão precisa amadurecer na perspectiva de uma construção coletiva de realização de um projeto educativo institucional. Esta questão precisa ser mais bem explorada, pois ficou evidente que a abordagem educativa dos ACEs está mais relacionada com uma postura individual do profissional pela sua experiência pessoal do que necessariamente como uma prática profissional decorrente de orientações institucionais no âmbito local.

A ação educativa no trabalho de campo do ACE apresenta limites e contradições, mas também potencialidades educativas que devem ser mais bem conduzidas do ponto de

vista técnico-operacional para alcançar resultados mais animadores. No âmbito local, as ações nesta perspectiva ainda são tímidas e insuficientes, tornando-se um desafio a ser superado.

A valorização dos saberes locais na área da saúde e a aproximação com a lógica popular é um caminho importante para se pensar nas estratégias de envolvimento da população nas ações coletivas. Os depoimentos dos ACEs indicaram que quando as práticas educativas desenvolvidas abrangem os problemas de saúde do território, isso facilita o processo de trabalho em saúde nas comunidades, mas por outro lado, isso também acaba expondo os problemas locais de saúde enfrentados pelo município e os agentes se sentem pressionados pela população e alvo de cobranças a respeito dos serviços públicos gerais, colocando-os numa situação desconfortável diante das relações de poder local.

A prática educativa do agente de combate às endemias opera na realidade concreta da comunidade e nas necessidades de saúde da população, com capacidade de incomodar as estruturas de poder vigente e revelar as contradições no âmbito da gestão micro e macro política do SUS. A prática educativa popular pressupõe o envolvimento dos sujeitos individuais, da comunidade e dos movimentos organizados coletivamente no sentido de pensar e problematizar as questões de saúde e da vida na busca de transformações e soluções.

A leitura crítica do contexto de vida dos moradores por parte do agente e sua sensibilidade para com os problemas de saúde vivenciados no território pelos moradores, assim como o reconhecimento das questões socioculturais consideradas no âmbito das ações realizadas, são indícios que indicam proximidades com a teoria e prática da educação popular nas falas de agentes pesquisados, como podemos ilustrar a seguir:

“Eu gosto de me comunicar, converso com o morador, [...]. É ser popular né, conversar e educando, conversando.” (ACE8)

“É a parte da, como é, da educação, que a gente fala e procura explicar pra ele[...].É isso aí, tipo, eu faço orientação né, falo pro morador dos cuidados que ele tem que ter, mas, tipo assim,[...] por que tu tá ali, [...]Tudo engloba tudo ali, tu tem que saber o local onde tu tá, saber com as pessoas que tu tá conversando, tem que saber quem é a comunidade, entendeu? Para poder tu dialogar ali, [...]”(ACE12)

“[...] é coisa assim, muito diálogo, então tem que ter muita paciência pra tá conversando com as pessoas e eu trabalho, eu tenho que fazer o nosso trabalho direito, então, é isso.[...] me sinto fazendo um trabalho educativo, assim né?”.(ACE17)

Observamos que as falas citadas trazem elementos de uma compreensão crítica do trabalho que o ACE realiza e que aprendeu com suas vivências junto aos moradores e como membro da comunidade que respeitar a identidade sociocultural do morador pode lhe

possibilitar novas experiências. Podemos dizer que os depoimentos podem nos ajudar a ilustrar o papel de tradutor desenvolvido pelo ACE no contexto de sua atuação na comunidade, pois entendemos que assim, pela mediação que faz, o agente pode funcionar como um facilitador do protocolo. Estudos (NUNES et al.,2002; BORNSTEIN, 2007; MIALHE&DAVID,2011) corroboram com essa perspectiva de compreensão ao admitirem no processo de construção identitária dos agentes comunitários de saúde (ACS) que na ação educativa este profissional pode atuar como mediador de saberes técnicos e populares, podendo agir como um facilitador e tradutor entre a comunidade e o serviço de saúde.

O ACE desenvolve papel semelhante no âmbito das ações de vigilância em saúde, na medida em que é capaz de traduzir protocolos de controle e prevenção de endemias aos indivíduos, grupos e comunidade, ou seja, faz um papel de mediador de conhecimentos técnico-científicos dos serviços de vigilância em saúde junto aos moradores e seus saberes locais. A tradução do protocolo abre caminho para mediações.

Acrescentaríamos ainda, que nos relatos, identificamos que o ACE procura facilitar o entendimento dos habitantes do lugar a respeito dos protocolos de vigilância em saúde. Mesmo que essa atitude reforce uma certa compreensão as normativas, consideramos ser importante o desenvolvimento de rotinas de trabalho no controle das endemias para evitar danos e riscos à saúde. Nas observações de campo, constatamos que o agente frequentemente usava uma linguagem capaz de despertar e envolver os moradores através de seus saberes da cultura local e os problemas de saúde da comunidade. Uma prática educativa com esse viés, valoriza os saberes locais e colabora para que haja compreensão dos graves problemas de saúde pública por parte da população.

Percebemos que na ação educativa desenvolvida pela maioria dos pesquisados. O ACE estava transitando no contexto das relações e na complexidade do território, se valendo dos conhecimentos técnicos e saberes aprendidos na vida. Por isso, sua posição diante de suas atribuições e da cultura local era conciliadora e não dicotômica. Verificamos que a orientação consistia de recomendações disponíveis nos serviços de saúde que poderia ser um ponto de partida para realização de seu trabalho cotidiano. É importante observar, que as orientações eram mais recomendações do que deveria ser seguido, inclusive para orientar o agir do morador na ausência do ACE.

De acordo com o relato de alguns ACEs, a prática educativa nem sempre pode acontecer. Em muitos domicílios visitados, o morador não aceita a conversa por diversas razões. Neste caso até a visita em si é comprometida, restando ao agente apenas vistoriar sem uma realizar uma abordagem educativa eficaz.

A falta de tempo que o morador alega não ter é outro fator destacado. A má vontade de alguns moradores para receber o agente também dificulta a realização deste tipo de trabalho educativo declaram alguns agentes pesquisados. Pelo que verificamos isso depende muito também do grau de envolvimento do agente com as comunidades visitadas e a situação de vulnerabilidade em que os moradores se encontram também. Relatos indicam que alguns agentes são mais insistentes, outros desistem facilmente da abordagem educativa e preferem não se expor, limitando-se a vistoriar os quintais sem trazer o morador para a conversa onde pode realizar uma abordagem educativa dialógica. Assim sendo, alguns se limitam a ser achadores de criadouros dos vetores transmissores das doenças, outros agentes, vão além e se tornam semeadores e cultivadores de novas relações.

Neste contexto, foram relatadas situações complicadas vivenciadas por alguns agentes que em suas ações de campo foram submetidos a agressões e hostilidades dos moradores. Vemos que em algumas circunstâncias relatadas como em bairros onde há forte presença da ação criminosa organizada ligada as bocas de fumo, a ação educativa em espaço domiciliar não é possível devido ao perigo real ao qual o agente está exposto.

“[...] a gente tem que chegar lá bem profissional mesmo, fingir que tu não sabes de nada, que tu não viu nada, e é só assim porque lá no bairro tal acontece muito isso, tem, e lá tem várias bocas de fumo, e tem que chegar, falar bem profissional, qual seu nome, com o dono da casa. E eles recebem de boa, recebem e mostram o quintal. Aí mostram o quintal, às vezes tão até usando por lá, entendeu? Tu tá olhando, mas não tá olhando. Tu tá olhando, mas eu não estou olhando, é como se eles fossem invisíveis ali, tu vai passando, vai fazer tua visita ‘ah tá tudo bem, beleza aí, obrigada, tchau’ entendeu, mas assim nenhum momento, fingir, é sempre assim nas visitas a gente tem que ter bastante jeito, tem que ser bem profissional. Nas visitas tem que ser bem profissional, porque é como eu tô te falando, a gente não sabe o que nos espera nas visitas, entendeu, tem coisas que tu vai encontrar, boas, ruins assim. [...]” (ACE12)

“Com certeza né, a gente aprende como lidar com a população, com as diversas culturas, com os diversos tipos de pessoas, então a gente junto com as orientações que a gente pega nas capacitações e o tempo de serviço a gente, eu falo isso por mim, eu adquiro a minha própria forma de conduzir lá no campo, a minha forma de me conduzir, a minha forma de abordar, baseado em tudo aquilo que eu adquiri ao longo desses anos, aquilo que eu aprendi nesses anos, é diferente do meu colega.”(ACE6)

Os relatos trazem questões importantes para pensar no cotidiano e modo de agir do agente nas rotinas de trabalho das visitas domiciliares. Segundo os agentes, nestas situações

fica difícil fazer uma abordagem de educação em saúde com os moradores, ainda que seja possível. Os agentes pesquisados alegam que não estão bem preparados e podem ser mal interpretados, por conta das incertezas e desconfianças dos moradores. Tais situações vivenciadas tendem a criar resistências por parte dos moradores e desmotivação dos agentes.

A nosso ver, o conhecimento do território pelos ACEs, a adequação das ações educativas para outros espaços sociais, a mobilização e articulação de segmentos organizados da comunidade como igrejas, escolas e associações podem contribuir para o entendimento e enfrentamento coletivo das situações identificadas. Neste contexto, ressaltamos que as parcerias são muito importantes para concretizar processos de trabalho num território com essa dinâmica social. Em outros depoimentos, temos relatos de agentes que afirmaram que em alguns bairros os próprios moradores se reúnem durante as visitas para ouvirem e conversarem com os agentes de endemias, sobretudo sobre as ações dos vizinhos e o que fizeram juntos para se envolverem nos mutirões de limpeza, que são organizados pelas secretarias municipais, sobretudo nos períodos mais propensos a proliferação do vetor. Valla observa que “Ao conclamar a população a combater o mosquito do dengue, por exemplo, os governos individualizam a questão: o culpado direto pela doença seria o mosquito transmissor e o indireto, a população[...]” (VALLA, 1998, p.9-10)

Nas rotinas de trabalho dos ACEs, as mobilizações sociais com ações de educação em saúde integradas com os ACS e outros profissionais da equipe da ESF podem aproximar mais os agentes das comunidades e enfrentar tais problemas com a participação popular. Quando o ACE conhece o território em que atua certamente deverá ficar a par das condições de vida local.

O conhecimento da determinação social da vida e do processo saúde-doença é outro aspecto que merece ser analisado no campo das práticas educativas em saúde. Assim, quem é esse sujeito com o qual o agente trabalha no seu cotidiano, como ele vive e o que traz de valores e de culturas. Isso vai nos mostrar a complexidade de se trabalhar as práticas educativas nos territórios. Também é importante pensarmos sobre como é que essas práticas se relacionam com as demandas da atenção básica e até mesmo das outras vigilâncias em saúde, por que o ACE ao trabalhar com educação em saúde é muito importante que ele compreenda como a população cuida da sua saúde e como pode participar da comunidade. Não devemos pensar que estas questões estão descoladas da prática educativa, pois não estão, elas precisam ser pensadas pelos agentes no contexto da determinação social da saúde. São várias questões ligadas à vida e ao contexto que vão definir as práticas educativas.

Obviamente o ACE não vai dar conta sozinho dessa tarefa no território e nem pode ser responsabilizado por tal.

Embora, alguns agentes pesquisados tendam a pensar a prática educativa em endemias e na vigilância em saúde a partir da doença e do seu combate. Esta é uma leitura insuficiente. Lógico que essa prática não vai poder partir exclusivamente do modelo de controle da doença por que ela precisa abarcar a saúde de maneira mais ampla. Por isso, não é só responsabilizar o ACE por essa prática, por que ela extrapola a área das endemias e da própria vigilância em saúde. Ressaltamos que o ACE pelas atribuições legais que lhes são imputadas este tem uma atuação na esfera operativa das ações.

Não devemos jogar a solução dos problemas para o ACE nem tão pouco para a eficácia da sua ação educativa, pois precisamos pensar nessas questões também, a partir das relações intersetoriais e interinstitucionais. A ação educativa não deve ser pensada de maneira a resolver todos os problemas das pessoas que vivem nos territórios. A questão é mais complexa e nos remete a compressão de outros fatores.

Entendemos que no campo das práticas educativas populares em saúde, o agir do ACE deve ser construído socialmente na relação com os sujeitos e orientado por objetivos da promoção da saúde e do SUS como um todo. Mas afinal, como promover essa prática educativa popular quando os determinantes da saúde não favorecem essas práticas?

Temos aí outra questão que é importante para a reflexão da prática educativa no contexto de trabalho do ACE. Imaginemos com o ACE se sente para produzir esta prática em sua rotina diária de trabalho. Estará ele identificado com uma prática dessa natureza ou bitolado num agir burocrático e cartorial, descomprometido com a lógica popular. Afinal, a ação educativa popular traz consigo um compromisso com a cidadania e a possibilidade de transformações no âmbito da saúde. Mas qual expectativa de transformação é vislumbrada pelo agente em sua ação educativa? Percebemos claramente nas observações das rotinas de trabalho dos agentes que esta dimensão não é muita explorada em suas atividades educativas de campo com os moradores. A maioria dos agentes pesquisados nas visitas domiciliares limitavam-se às orientações de como os moradores deveriam se prevenir das doenças. Talvez isso se explique no sentido de evitar conflitos e tensões, haja vista que nos depoimentos destes, demonstraram uma leitura crítica sobre as relações de poder, às necessidades de saúde da população e os problemas do município.

Nesta perspectiva, a eficácia do controle das endemias e em especial da dengue, está associada ao controle do vetor em índices de infestação aceitáveis<sup>86</sup>, com medidas preventivas e articuladas atuando na complexidade dos fatores que favorecem a proliferação do vetor, o mosquito *Aedes aegypti* que ocasiona a expansão da doença. A eficácia dependerá da capacidade de articulação de ações governamentais junto à sociedade.

O controle passa principalmente pelo caráter dialógico que há na relação entre o Agente de Combate às Endemias, que representa o braço do Estado em termos de políticas públicas para controle de endemias e a esfera do agir palpável que esse agente tem de acessar nas rotinas de trabalho, que é a esfera das relações populares e comunitárias. Entendemos que pode fazer-se presente aí um processo educativo popular com potente caráter dialógico, por que o agente, que deve ter domínio dos protocolos para controlar as endemias, pode utilizar-se de estratégias facilitadoras da compreensão dos moradores, como por exemplo, utilizar uma abordagem popular articulada com os saberes locais e uma linguagem simples, de maneira que possibilite um processo comunicativo adequado para se fazer a tradução dos protocolos aos moradores.

Verificamos que o ACE em muitas situações vivenciadas no dia-a-dia das visitas domiciliares recorre ao processo dialógico para quebrar as recusas que persistem nas relações. O diálogo se faz presente nas rotinas de trabalho do agente com os moradores, de tal maneira que pode possibilitar ao agente realizar suas atividades de controle e de educação em saúde nos ambientes domiciliares. Para que esta prática dialógica seja possível, muito depende do agente e de sua abordagem com os moradores. Mas também depende do aceite e disposição do morador. Quando o morador já não vê o agente como um estranho tentando adentrar seu espaço, a visita com um enfoque dialógico se torna mais fácil e possibilita a construção de vínculos. Percebemos que a maioria dos agentes pesquisados consegue fazer isso, sobretudo, os agentes que têm mais tempo de serviço na função de ACE. Por outro lado, a rotatividade de agentes de campo acaba criando obstáculos para este tipo de trabalho no cotidiano dos serviços. O fato do agente já ser conhecido nas comunidades em que atua facilita bastante as ações com caráter dialógico. Observamos nas rotinas que acompanhamos que muitos moradores são bastante acolhedores e recebem muito bem os agentes de endemias, principalmente os moradores dos bairros populares. Esse acolhimento não se dar por um acaso, pode ser fruto de relações reforçadas no trabalho cotidiano realizado pelo ACE com conversas e com respeito a maneira do morador pronunciar sua forma de ver os problemas de

---

<sup>86</sup> O índice de infestação considerado aceitável pelo Ministério da Saúde é de apenas 1%.(BRASIL,2009)

saúde com os quais convive. Pela própria vivência nas comunidades, o agente aprendeu que para trabalhar com sua realidade seria mais fácil respeitar os sujeitos e sua cultura. O diálogo flui por que o morador não se sente num campo minado, mas num ambiente seguro e onde a maneira do agente chegar com ele é de um jeito que ele conhece e se sente valorizado. Identificamos na nossa pesquisa que no trabalho de campo dos agentes na comunidade, o dialogo é a chave para abrir portas para o agente entrar e fazer seu trabalho educativo com o morador, conseguindo a atenção deste e sua participação. Neste contexto, cabe ressaltar que a educação popular em saúde é essa prática que facilita a relação dialógica do agente com a população. Os relatos abaixo ilustram bem esse aspecto:

“Primeiro, eu digo assim, a gente tem que respeitar o jeito do nosso povo do lugar, respeitar a forma de como cada um vive, a gente tem que aprender a respeitar a vida do morador [...]” (ACE 6)

[...] do nosso jeito, é educação em saúde. É porque cada um tem um jeito diferente, uma outra maneira de fazer educação, entendeu? A gente tem o nosso jeitinho mais peculiar de falar com nosso pessoal daqui que é mais caboco nosso caboco mesmo, que não fala como os que chegam por aqui. [...]. Eu não vou chegar com um morador e falar uma palavra que ele não saiba, então vou ter que falar mesmo no modo peculiar do morador... [...]” (ACE3)

As falas acima apontam uma preocupação com um fazer educativo que deve valorizar o saber popular, as especificidades socioculturais do contexto e a identidade dos sujeitos com os quais se relaciona em suas rotinas de trabalho. A nosso ver, a prática educativa do ACE não deve prescindir do reconhecimento do saber e do jeito de ser do outro, sob pena de criar entraves para a condução de seu trabalho. Para se atingir eficiência no trabalho de campo nas endemias, apoiado no trabalho de educação popular em saúde, é fundamental que o morador compreenda de que maneira a doença pode se instalar no ambiente em que vive e como cuidados simples podem ajudar na prevenção. Sendo assim, o ACE deverá agir na perspectiva de despertar o interesse do morador para essas questões e, por conseguinte, sua participação ativa no processo.

## **6.2 A tradução de protocolos como possibilidade da prática de educação popular no controle das endemias**

O ACE é profissional que pode ter condições de fazer tradução de protocolos para que a eficácia do controle de endemias possa instalar-se junto ao morador, para que este

desperte para ações de vigilância em saúde no seu espaço de moradia (imóvel) e possa ser atuante na comunidade numa perspectiva de ação política coletiva.

Na prática, quem faz realmente no dia-a-dia, o controle de endemias não é o braço do Estado, no caso aqui, o Agente de Combate às Endemias. O agente verifica periodicamente<sup>87</sup> se o controle está sendo efetivado pelo morador, que representa esse outro braço importante no controle das endemias.

Assim, é fundamental que o agente saiba traduzir e explicar os protocolos de vigilância aos moradores, pois, dessa maneira, o morador poderá despertar para uma atuação efetiva. Contudo, cabe salientar que a ação educativa não se reduz a ação tradutora do protocolo. A tradução pode ser parte integrante de um processo educativo que se propõe a facilitar a compreensão por parte do morador a fim de despertar sua participação nas ações. Valla (1998) observa que independentemente das estratégias de controle da dengue, sem negar os aspectos técnicos das ações, a participação das classes populares implica numa questão política que envolve decisões governamentais e expõe as limitações da vigilância em saúde e tende a responsabilizar a população que é vítima da endemia. “Na medida em que as autoridades não levam em conta essa cobrança, formas alternativas de participação popular se manifestam, e as combinações entre os governos, os mediadores (profissionais) e a população são múltiplas.” (VALLA, 1988, p.4). Convém ressaltarmos que Valla (1998) estudou situações em que as cobranças da população geravam mudanças concretas e amplas da prática sanitária, sendo que os agentes de saúde tiveram apoio político para reorientar a gestão.

É a relação que pode se originar entre o agente de endemias e o morador, por meio da tradução que ele faz dos protocolos e da realidade, é que entendemos poder ser trabalhada na perspectiva de uma prática de educação com o objetivo de despertar a participação popular no controle das endemias. Este poderá ser um ponto de partida para articulações. Então, pelas práticas efetivamente populares em saúde é que podem estar sendo construídas as relações com os moradores. Ou seja, em outras palavras, é de que na relação com os moradores os ACEs podem ter disponibilidade para uma educação popular.

A capacidade de ação do ACE no controle das endemias no território pode ser ampliada pela participação do morador, que a nosso ver pode ser ativada pela ação educativa que for capaz de despertar a compreensão do morador sobre os riscos à saúde e assim, ter outras relações com os vetores, bem como o meio ambiente. A apropriação de conhecimentos e entendimento dos riscos das doenças endêmicas pelo morador pode ocorrer por diferentes

---

<sup>87</sup> Geralmente as atividades do controle de vetores são realizadas por ciclos de trabalho com periodicidade bimestral, o que equivale a seis visitas anuais ao mesmo imóvel. (BRASIL, 2009)

maneiras, como o acesso às informações de saúde, cada vez mais disponíveis. O ACE poderá em sua prática operacional por meio da ação educativa popular despertar o envolvimento do morador para com essas questões fazendo a escuta. Para isso, o conhecimento que pode possuir dos protocolos de trabalho do controle de doenças tende a ajudá-lo nesse processo de facilitação junto ao morador. Segundo Evangelista et al (2018) os moradores reconhecem os agentes de combate às endemias como fonte de esclarecimento para diferentes questões relativas à área de competência da vigilância em saúde. Os depoimentos abaixo corroboram nesta perspectiva:

“Eu gosto de fazer as visitas, as visitas diariamente, por que eu gosto muito de orientar as pessoas, por que também eu às vezes um morador ou outro me para pra contar seus problemas né, eu ouço numa boa assim, perguntam muito sobre os assuntos da saúde e eu aprendo muito com as pessoas [...]”(ACE 11)

“A gente fala do nosso trabalho cotidiano, de prevenção, orientação, esclarece mais, assim, os moradores, na verdade é que passam a ser nossos multiplicadores. [...], eu consigo perceber que existe um retorno né! eles dividem com a gente o que sabem e eu escuto, eu escuto e guardo a informação[...].Com certeza, é muito importante saber ouvir, porque eu tô respeitando ele, e eu tô dando mais chance de eu ser ouvida também” (ACE 6)

No contexto estudado, os indícios revelados colaboram no sentido de que as práticas educativas dos agentes de endemias expressam traços identitários e elementos constitutivos da educação popular. Ou seja, estamos dizendo que as tentativas de construção de ações educativas com os moradores para controle de endemias revelam aspectos definidores dos referenciais teórico-práticos da educação popular, ainda que não seja essa a finalidade explícita do desenvolvimento das práticas na compreensão dos agentes pesquisados. Com isso, queremos dizer que a prática educativa popular foi uma maneira que encontraram pelas suas vivências e experiência de vida para realizar suas atribuições profissionais junto às comunidades e moradores. Percebemos que prática educativa do ACE não seu deu por conta de orientação técnica intencional por parte dos gestores da saúde local, ainda que pese as diretrizes da política de educação popular em saúde. Verificamos que os agentes pesquisados não receberam nenhuma orientação nesta perspectiva.<sup>88</sup>

Em outras palavras, estamos afirmando que, desafiado pelas tarefas concretas do controle vetorial e de outras demandas de trabalho, em suas rotinas de campo, o ACE nas atividades diárias e cotidianas se aproximou do morador com um olhar voltado para o

---

<sup>88</sup> Esclarecemos que em 2018 foi ofertado em Parintins o Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde, tendo sido selecionado, a maioria dos ACEs que participaram da nossa pesquisa.

conhecimento dos sujeitos e do contexto sociocultural local. Daí o sentido da sua prática educativa. Primeiramente, o ACE percebeu que a rotina de trabalho desenvolvida de cima para baixo, de maneira hierarquizada, certamente aumentaria às recusas a execução do processo de seu processo de trabalho. Sua experiência de trabalho na área levou a compreender que a rotina de trabalho é facilitada na medida em que o morador compreende a importância do controle de endemias no contexto de sua vida. Assim sendo, o agente entendeu que ouvir e dialogar com o morador e conhecer seus problemas de saúde seriam caminhos importantes no conhecimento e problematização da realidade.

“[...] porque na verdade isso é uma cultura, e quando a gente vai mexer em cultura, mexer na forma de viver das pessoas, não é do dia pra noite que você vai mudar, uma cultura de alguém que tem 30 anos e vive de uma forma de um jeito, que aprendeu daquele jeito, então essa educação em saúde, ela vai acontecer gradativamente, aos poucos.[...] lentamente, vamos mexer com cultura, vamos mexer com costumes, aí vai demorar um pouquinho né. [...]”(ACE 6)

“Acho que a partir do momento que você como comunitário e repassar direitinho as informações e fazer ele entender que não só eu, não é só a minha parte, não fazer só a minha parte, mas fazer a parte dele também, ele tá contribuindo com a gente, por que é como eu sempre falo pro morador, você é o nosso grande contribuinte com relação as doenças se você faz a sua parte na sua casa, dia a dia, com certeza você não vai atrair nenhum tipo de doença, então é esse, pelo tempo que eu tenho, eu converso muito eu levo muito assim, sabe, eu procuro fazer com que o morador entenda que realmente ele coloque isso, ele faça dia a dia por que assim a gente passa uma vez a cada dois meses na casa do morador até você voltar, a pessoa adocece, fica bom,[...]”(ACE 9)

Nas rotinas de trabalho dos agentes, aquilo que deve ser operacional e aplicável pelos protocolos pode depender principalmente, da capacidade de entendimento e acolhimento do morador. Então, a prática se torna eficaz, na medida em que a gente entende as pessoas e suas necessidades e quando aprende a conhecer a sua realidade, considerando as opiniões, as críticas e os saberes dos moradores e da sua comunidade. Essa compreensão acrescenta elementos importantes para pensar as práticas educativas necessárias ao controle de endemias e as ações de vigilância em saúde, sobretudo em contextos específicos.

A ação de rotina do agente se inscreve no cotidiano da vida privada do morador. No nosso entender esse campo é complexo e pode ser acessado pelo ACE com recursos da educação popular, o que permitiria avançar nas ações do dia-a-dia na perspectiva da prática educativa, que opere no contexto de relações da vida individual e social. As práticas

educativas estudadas no espaço micro trazem sinais de que o ACE se permitiu ao diálogo na aproximação com a lógica do morador. O diálogo ajudou na mediação dos propósitos dos protocolos nos contextos específicos, entre eles, os de vulnerabilidades sociais. Nesse sentido, o ACE poderá fazer a mediação entre os conhecimentos do sistema de saúde e os do morador. A mediação ajudará a criar vínculos com o morador.

“[...] é uma abordagem popular, a gente interage, interage, é como eu estou dizendo, interagir é muito importante, por que pra você ter confiança no morador e ele na gente, é preciso você, justamente dividir as questões né do trabalho do que a gente vai fazer [...], olha vamos sentar aqui justamente, e aí você vai conversar, tá entendendo por que da nossa visita em sua casa, eu quero que o senhor nos ajude a caminhar juntos e evitando esse tipo de doença tu está entendendo. É por isso que eu digo que se você faz uma boa abordagem da próxima vez você já nem conversa tanto, por que ele vai se sentindo mais confiante[...]”(ACE1)

Uma segunda ideia importante que essa conduta facilitou foi a criação de um ambiente favorável às relações que tendiam a fortalecer um clima de confiança entre o agente e os moradores. Ora, para que haja uma prática educativa popular essas condições são indispensáveis. Isso não quer dizer que a construção dessas relações seja fácil e que a recusa desapareceu do contexto. Pelo contrário, precisamos considerar que as ações de vigilância em saúde operam num campo da complexidade da vida humana e pressupõe que a população esteja sensível aos problemas de saúde e que os conheça e os compreenda. Por essas razões, entendemos que as práticas educativas em saúde devam ser contínuas e permanentes e ao tempo que sejam constantemente revistas e atualizadas.

Dessa maneira, a educação popular que estamos considerando como possibilidade é exatamente essa capacidade de compreensão e leitura crítica da realidade, cuja prática se faz na problematização dialógica que pode ser construída pelo agente de endemias na tradução dos protocolos com os moradores.

Em termos institucionais, os protocolos são desenvolvidos nas visitas domiciliares feitas na comunidade, contudo, embora instaurados pelo Estado, esse pensar e fazer orientador do controle de endemias é para ser transformado em linguagem popular pelo ACE.

“[...] porque conhecimento pro morador ele tem que ser o popular mesmo, assim, digamos sobre as doenças que eu falo, sim, se você tem uma outra forma de falar com outra pessoa, às vezes um não entende, se tu falar especificamente, nos termos técnicos, tem pessoas que não entendem ‘o quê que é isso?’ aí você tem que fazer de uma forma mais fácil, que ele possa entender.” (ACE 2)

“[...] eu converso muito com o morador tem pessoas que me dá confiança assim, e quando eu vou e começo a conversar eu digo ‘meus amigos, eu digo uma coisa pra vocês, além de agente, eu também sou morador de Parintins sou caboclo daqui, eu sou, pessoa que eu presto atenção nas coisas, não tem melhor vigilante dos nossos quintais do que nós próprios. (ACE17)

“a gente lida com vários públicos, várias pessoas que tem o nível de esclarecimento maior, tem aqueles que falam a linguagem do pescador, aquele lado interiorano, a nossa cidade tipicamente ela é, a população daqui ela vinda de as pessoas que moravam lá nas áreas de terra firme, nas áreas de várzea, acostumados a pescar, caçar, viver assim que nem pássaros livres, sem limites, e acham que podem fazer as coisas, que vieram pra cá pra cidade trazer seus filhos pra morar, que vieram pra cá trazer seus filhos pra estudar [...]. Todos são pessoas que vieram da zona rural. [...] É, porque nós precisamos entender um pouco de tudo isso, porque como agente de saúde estamos lidando com um ser humano, o ser humano é um ser imprevisível, não é um animal adestrado não, que você manda parar.” (ACE6)

Logo, as evidências mostram que o agente de endemias tem um papel formador nesta relação com o morador, por que pode tornar possível esse pensar e fazer governamental de controle de endemias, materializado pelos protocolos de trabalho podendo ser traduzidos ao morador pelo trabalho do agente de endemias. Portanto, reafirmamos que o agente é aquele profissional que de posse do fazer governamental pode fazer a tradução desses protocolos para que sua eficácia possa instalar-se de fato junto ao morador.

Neste sentido, é importante esclarecermos que a possibilidade de tradução do protocolo pelo ACE consistirá numa ação essencialmente educativa que implicará no entendimento da complexidade de relações decorrentes das diretrizes instituídas no sistema de vigilância em saúde para o controle e prevenção de endemias no território, bem como o envolvimento do morador e da comunidade na adesão aos protocolos estabelecidos pode depender da atuação sensível do ACE ou da equipe de endemias nos processos socioculturais. É importante atentarmos também para o poder do outro com o qual se estabelece a relação. Implicará também no reconhecimento da comunidade na capacidade de intervenção do agente nos problemas do território, enquanto um profissional da saúde e um representante das ações institucionais.

Assim sendo, os agentes que atuam na ponta do sistema deverão estar preparados para lidarem com os acontecimentos inesperados e as recusas aos processos de instalação dos protocolos. Por isso, é importante dialogar, escutar e negociar. É importante entender o que os moradores alegam nas recusas e resistências a implantação dos protocolos de controle de

endemias em seus ambientes residenciais, ampliando assim, a capacidade dialógica e de negociação. Mas, é válido ressaltar que a lógica dos moradores pode diferir dos protocolos, cabendo ao agente atuar como um ouvidor nas negociações. O ACE pelas atribuições imputadas deverá obedecer às normas e protocolos estabelecidos pela União, estados e municípios. Mas sua capacidade operativa, deverá também considerar os conhecimentos e as experiências dos sujeitos, os determinantes histórico-sociais e a diversidade sociocultural na organização das ações de vigilância em saúde no território.

O ACE, no âmbito da ação operativa, deverá assumir responsabilidades diante das situações complexas do cotidiano do trabalho. Sendo assim é fundamental compreender que as ações de vigilância em saúde implicarão na mediação dos interesses, direitos e deveres dos indivíduos e grupos das comunidades.

As diretrizes de controle das endemias expressa uma maneira do setor saúde pensar a saúde das pessoas, o que é importante e essencial na promoção da saúde e na vigilância das doenças e agravos. Por outro, precisamos refletir não somente como as ações de saúde pensam o homem, mas também, olhar para a maneira como o homem as repensa. A educação popular em saúde traz essa possibilidade de pensarmos nesta dimensão antropológica do controle da doença, o que é importante para negociar a participação da população nas ações, mas também compreender suas razões pelos quais muitas das vezes se recusam a defender determinadas condutas protocolares, que ignora ou desconhece a cultura local. Ou também, pode ser uma maneira de expressar seu descontentamento sobre a maneira com as ações de saúde são desenvolvidas, muitas das vezes, ignorando os problemas de saúde enfrentados pela população. “As classes populares desenvolvem uma participação popular como forma permanente e intrínseca de sobrevivência. Não é um convite dos governantes que determina essa participação [...]” (VALLA, 1998, p.4)

Assim sendo, junto a todos os aspectos e situações já mencionadas é importante destacarmos que quando as orientações dos protocolos forem consideradas inviáveis pelos moradores, caberá ao ACE exercitar a escuta dos problemas e dialogar na perspectiva de vislumbrar possibilidades de contar com a participação dos moradores e da comunidade no controle das endemias. O que fazer pode depender do grau de confiança do morador e da credibilidade das intervenções do setor de vigilância. Entendemos que discutir com o nível gerencial da vigilância local e com os setores organizados da sociedade poderá apontar caminhos e soluções para se resolver os problemas de maneira menos burocrática e emergencial.

A rejeição ou resistências aos protocolos de trabalho executados pelos agentes tem sido verificado no âmbito do estudo, sobretudo quando das ações de vistoria dos imóveis para identificação de criadouros ou na utilização dos inseticidas nas comunidades. Mas percebemos que as recusas tendem a ser superadas na medida em que o agente se faz mais presente na comunidade, o que nem sempre é possível devido ao número insuficiente de agentes para fazer as ações de rotinas e atender as demandas espontâneas.

Quanto maior for a presença da vigilância nas comunidades menor será a recusa. É preciso construir essas relações e, nesse sentido, a ação de educação em saúde tem muito a contribuir. Para isso é importante a manutenção das rotinas de trabalho. Caso contrário, se tornará mais complicado fazer a mobilização dos moradores e da comunidade somente em situações de surto ou epidemias.

Nas regiões do Brasil onde se têm persistido as doenças endêmicas e, por conseguinte, se tem registro de epidemias há de se refletir na perspectiva de que as ações verticalizadas e burocráticas de diferentes governos mostraram-se insuficientes e incapazes de resolver o conjunto dos problemas sem a participação da população local.

No campo específico e descritivo, as chamadas grandes endemias brasileiras seguem presentes e importantes no País, representando valiosas perdas humanas e financeiras, especialmente nos segmentos sociais menos favorecidos, que são por elas os mais afetados (Schmunis, 1997; Banco Mundial, 1993). Por outro lado, sua ocorrência reduz a autoestima da população e - claramente - a credibilidade do SUS (Briceño-León & Dias, 1993). De modo geral, o enfoque de todas elas não apenas admite, mas, hoje, requer a participação comunitária em todas as etapas de seu controle. Essa necessidade ocorre à luz tanto da doutrina do SUS, como do resultado das modernas análises epidemiológicas, que trabalham em conjunto os fatores de risco e as conotações específicas de cada agravo na sua distribuição histórica e espacial [...]. (DIAS, 1998, p.4)

Particularmente no contexto estudado, a estratégia de controle do vetor *aedes*, sobretudo controle químico contra o inseto adulto ou larvário não é suficiente para assegurar índices de infestação aceitáveis pelos órgãos de vigilância. Isto tem motivado o setor de vigilância local a adotar estratégias educativas com os moradores para sensibilizá-los a conter os focos domiciliares do vetor, interferindo na dinâmica populacional dos vetores e nos ciclos de transmissão das doenças.

Sendo assim, entendemos que o ciclo da doença, apesar de simples, tem uma complexidade social profunda que não deve ficar de fora do alcance das estratégias de controle da doença nos níveis individual e coletivo. A capacitação e organização da equipe local de endemias assim como o bom funcionamento do sistema vigilância em saúde, muito embora necessários, não são o bastante para o controle efetivo e permanente das endemias.

Dependerá também da capacidade do poder público de promover a participação da população nas ações, o que nem sempre se concretiza por razões políticas, o que, por conseguinte, limita a mobilização popular.

Pela atuação do ACE na vigilância e controle da doença é fundamental que opere de maneira protocolar na dinâmica populacional dos vetores e nos ciclos de transmissão, contando com a participação dos moradores e da comunidade para a eficiência das ações. No contexto estudado, pelos depoimentos dos agentes pesquisados podemos depreender que a não adesão do morador ao protocolo pode estar apontando para uma situação que requer atenção para a abordagem do processo saúde-doença e entendimento da interação do homem com a natureza. Nas ações de controle das endemias o conhecimento a respeito da dinâmica de transmissão de doenças no território local assume uma dimensão a ser considerada nas relações com a população. Para isso, é importante que sua ação não esteja limitada a tradução das orientações protocolares e ao convencimento do morador pelas forças das normativas e diretrizes de saúde. Mas sim, que a atuação esteja pautada nos critérios técnicos e epidemiológicos e na abordagem educativa que pode ser capaz de mediar negociações em diferentes contextos socioculturais que possibilitem fazer a inclusão de sujeitos e grupos e despertar uma maior participação da população. Eis aí, desafios à educação popular.

Primeiro, é importante dizermos que a relação do agente com os protocolos não deve ser concebida como um fim em si mesmo, mas sim, a partir das tramas da vida cotidiana e de suas dimensões. É importante não confundirmos o papel do agente com o papel deste na mediação do protocolo via tradução por que no nosso entender, a mediação é mais ampla, podendo ser a tradução uma possibilidade desta. Se considerarmos apenas o papel da tradução que o agente faz, deixaríamos de lado elementos importantes para a compreensão das relações e dos saberes que emergem nas práticas educativas. Entendemos que o papel de tradução dos protocolos expressa uma importante relação do agente com os saberes dos protocolos de trabalho e de maneira mais ampla com suas atribuições profissionais. A tradução é, neste caso, resultado de práticas profissionais e de práticas que a vida cotidiana exige.

Analisando desse ponto de vista, a prática da tradução não é cega e unilateral, tão pouco reduz as complexidades do papel do agente. A tradução aqui deve ser entendida como um recurso cognitivo do agente para possibilitar uma compreensão que é possível, inclusive com uso de uma linguagem acessível, capaz de dialogar com os saberes locais.

A relação com o objeto da tradução deve ser olhada na perspectiva da interlocução que se instaura. Ainda assim, a tradução pode não ser suficiente para assegurar a instalação dos protocolos junto aos moradores. Isto quer dizer que, a tradução pode não dissolver as

recusas para implantação dos protocolos. Em algumas circunstâncias, havendo disponibilidade de tempo (períodos não epidêmicos), deverão ser esgotadas todas as tentativas. Persistindo a recusa ao protocolo e em última instância, o agente poderá acionar dispositivos legais, sobretudo nos períodos críticos como nas situações de emergências em saúde pública (períodos epidêmicos). Poderão decorrer daí peculiaridades e conflitos.

Em tempos epidêmicos, as possibilidades de imposição de protocolos são bem maiores e frequentes, muitas vezes, desconsiderando-se os saberes e a capacidade dos moradores de reconhecerem seus problemas e agirem de maneira diferente. Por um lado, são normas necessárias para preservação da vida em última instância. Por outro, podem revelar a limitação das ações técnicas da vigilância em saúde ou a falta de compromisso governamental.

Sendo assim, verificamos que se as orientações do protocolo forem consideradas inviáveis ou não aceitáveis pelos moradores nos parece que a recusa é o menor dos problemas, pois temos aí uma contestação às práticas sanitárias e as medidas de vigilância em saúde adotadas. Para lidar com tais situações que podem ocorrer, entendemos ser importante a articulação coletiva com os moradores. Desta forma, por exemplo, se poderia trabalhar na perspectiva da sensibilização dos moradores com o argumento de que a elevada incidência da doença pode causar danos à saúde. Importante é não criar um clima alarmante, mas um ambiente favorável à troca de experiências, sobretudo ouvir o que eles têm a dizer. Neste sentido, é importante respeitar a cultura e evitar a adoção de medidas coercitivas para conter os efeitos negativos, isto por que, nos parece que ninguém pode escapar as regras de controle estabelecidas pelo sistema de vigilância em saúde.

Por outro lado, precisamos reconhecer que há limites nos processos de mediação de saberes feita pelos agentes de endemias, bem como seus efeitos colaterais, que a nosso ver devem ser tolerados e/ou negociados. É preciso escavar os próprios alicerces da mediação pretendida. Há sempre riscos e ameaças, assim como alternativas que podem iluminar novos caminhos. Importante é que se tenha uma compreensão para não se superestimar as práticas construídas ou deslegitimá-las. Concordamos que há aí um nível de complexidade presente.

Os valores e as experiências de vida decorrentes da identidade sócio cultural dos moradores, as relações das normas instituídas pelos níveis decisórios de gestão da vigilância em saúde e os espaços de liberdade da esfera privada dos moradores, as limitações e obstáculos dos protocolos praticáveis e as vulnerabilidades sociais existentes, os problemas sanitários e as condições de vida da população são indícios que indicam o lastro dessa complexidade.

Acreditamos que a tradução do protocolo no contexto da mediação dos saberes deve funcionar como um amplificador do conteúdo que se pretende difundir ao tempo que, cria possibilidades para despertar o interesse do morador para uma vigilância contínua nos ambientes domiciliares, vigilância esta útil no sentido de evitar cenários críticos em saúde. A nosso ver, essa tradução cumpre um papel educativo por que pode conferir aos moradores um papel importante no exercício da cidadania no controle de endemias e da vigilância em saúde.

Desse modo, esse domínio profissional do protocolo de endemias não deve, entretanto, ser confundido ou equiparado ao poder de tradução do agente. De modo geral, o agente também está subordinado aos protocolos e estar a mercê de ordens superiores e novas instruções normativas. De certa maneira, o agente de endemias também é controlado e regido por atribuições institucionais. Mas no exercício de suas atividades, poderá pela sua capacidade profissional, sem ferir as orientações legais, usar da prática criativa e contextualizada.

Por essas razões, parece-nos adequado dizer que a aprendizagem do protocolo se faz aparecer na capacidade de tradução exercida pelo agente. Assim, a tradução se expressa numa prática mediada por saberes. Mas não somente, sem incorporar o saber da experiência vivida acumulada pelo agente.

Assim, melhor explicando, quando o agente de endemias chega num imóvel para visitar e ao tempo que sua entrada é permitida pelo morador, é nesse espaço que o agente de endemias vai construindo uma relação educativa que traduz os protocolos por meio das conversas. Essas conversas dão sentido e significados aos protocolos que precisam serem aprendidos pelos moradores.

O envolvimento dos moradores, da comunidade e da população nas ações é fundamental para a eficácia do controle. As práticas educativas realizadas pelos agentes de endemias poderão despertar a colaboração da população para controlar vetores e prevenir as doenças que podem ser transmitidas, mas fundamentalmente devem estimular a participação ativa da sociedade na promoção da saúde, o que implica no conhecimento e enfrentamento dos fatores determinantes das condições de saúde. O que se espera da população, além de práticas e atitudes capazes de evitar doenças ou reduzir as possibilidades de sua transmissão, é que sejam capazes de atuar como cidadãos e possam cultivar práticas de cuidado com a própria saúde e manter uma postura de vigilância contínua diante dos agravos à saúde.

### **6.3 A reorientação do agir do ACE nas rotinas de trabalho como uma das possibilidades da construção de práticas educativas populares em saúde**

No município pesquisado, percebemos que a prática educativa está imbricada na rotina de trabalho do agente nas visitas domiciliares que se realiza na comunidade. São práticas educativas que fornecem elementos que nos permitem compreender como o agente de endemias se relaciona com os saberes locais que circulam na comunidade de tal maneira que possa realizar suas atribuições que lhes são conferidas por lei.

Os indícios levantados apontaram que há uma orientação de trabalho para que sejam realizadas ações educativas nas visitas domiciliares e nas demais atividades de trabalho de campo. Entretanto, no período de realização da pesquisa não identificamos elementos suficientes para afirmarmos precisamente que a orientação institucional é a educação popular em saúde.

Contudo, ressaltamos que indícios coletados na pesquisa evidenciaram que práticas educativas realizadas pelos ACES nas atividades de campo possuem uma abordagem dialógica e possibilita a troca de saberes com os moradores, podendo ser práticas potencializadoras da educação popular em saúde. O desenvolvimento de uma prática educativa popular pressupõe uma intencionalidade política e um fazer coletivo organizado, o que não verificamos no contexto estudado. A educação dialógica não é necessariamente uma educação popular, ainda que tenha um sentido valioso nessa direção, pois não há educação popular que não seja dialógica. O Agente, ao dialogar com os moradores e seus saberes locais, anima relações indispensáveis com a comunidade, contudo ainda não são suficientes para serem consideradas uma prática de acordo com os fundamentos da educação popular. A educação popular como uma prática orientadora do trabalho do agente de endemias envolve negociação, abertura dialógica e debate político. No âmbito institucional, há possibilidades, mas também há tensões e contradições. O projeto político pedagógico da educação popular visa ações transformadoras.

Nossa preocupação principal foi compreender como se dá a prática educativa do agente, no contexto das ações demandadas no controle de endemias. Neste sentido, com base nos indícios afirmamos há elementos da educação popular manifestados no controle de endemias, tendo sido identificados nas relações dos agentes de endemias nas rotinas de trabalho com os moradores. No âmbito da nossa pesquisa, Quando falamos em prática educativa popular estamos nos referindo às práticas realizadas pelos agentes que, na relação com os moradores se dá pela incorporação de lógicas e interesses populares. Aqui focalizamos as práticas que acontecem na dinâmica das rotinas de trabalho nos ambientes domiciliares. Importante destacarmos que: não são ações que partiram das decisões da gestão,

são práticas que emergiram das relações construídas pelos agentes com os moradores, práticas que vão sendo forjadas nas vivências do agente local junto aos moradores, práticas potentes e cheias de vida. O trabalho do agente no exercício de suas atribuições exige desse profissional mais do que cumprimento de tarefas, exige atitudes inteligentes e criativas.

Os indícios apontaram que é no contexto das rotinas de trabalho em visitas domiciliares que a prática educativa do ACE se revela com elementos constitutivos da orientação teórica e prática da educação popular. São Práticas que emergem da interação do agente com os sujeitos, grupos e comunidade. Práticas que acontecem de maneira mais expressiva e com muita força na visita domiciliar e de maneira mais pontual em escolas e unidades de saúde. Destacamos que as práticas educativas estão conectadas com as ações de controle e de prevenção de doenças.

Os depoimentos dos agentes pesquisados nos levaram a entender que os moradores mais familiarizados com as rotinas de trabalho de campo do agente estão dando sinais de que perceberam a importância do trabalho no controle das endemias, por que orientam os moradores sobre as maneiras de evitar as doenças e que ações da comunidade e da população podem contribuir para controlar os vetores e evitar danos à saúde.

Entendemos que a compreensão da prática de educação popular em saúde do agente de endemias se dá pelas configurações das relações construídas com os moradores que evidencia diálogo entre os conhecimentos que embasam as ações de controle e vigilância em saúde e os saberes que expressam o modo de viver e cuidar da saúde dos moradores no contexto local.

Numa abordagem que se baseia numa concepção ampliada de saúde, a centralidade do processo está no diálogo, na conversa, na busca de conhecer a vida das pessoas e seus problemas, antes de partir para a divulgação de orientações. Isso não é um “truque” para conquistar as pessoas, mas sim um fundamento do trabalho educativo, é um jeito de trabalhar a educação e que tem a ver com a concepção de saúde que o profissional possui. A concepção ampliada de saúde se aproxima da educação popular em saúde: considera o saber comum das pessoas sobre a experiência de adoecimento e de cura, adquirido através de sua história de vida e de sua cultura, o ponto de partida do processo educativo. É por isso também que os meios frequentemente utilizados pelos educadores populares têm mais a ver com a dinâmica da vida popular: rodas de conversa, diagnósticos participativos, assembleias e manifestações da cultura popular [...]. (STOTZ et al., 2009, p.491)

Pelos indícios revelados no âmbito da investigação essa prática é construída pelas vivências no dia-a-dia. O agente tem dado sinais de que ao dialogar com os moradores sobre o que fazer para evitar a proliferação dos vetores se chegou ao entendimento de que seu

trabalho é importante, mas é insuficiente no controle de endemias. Seria, portanto necessário um enfrentamento coletivo para promover ações efetivas. Com isso, se deu conta da importância das ações educativas e do exercício da cidadania. Assim, percebeu que na relação dialógica com os moradores poderia se despertar uma participação ativa e engajada dos moradores nas práticas de vigilância que corroborariam para o controle e a prevenção das endemias. Eis aí o grande desafio das práticas dos agentes. O diálogo está presente nessas relações. Mas, há tensões e contradições. O processo educativo pressupõe a prática desse agente, o envolvimento do morador e a contribuição da gestão. Nem toda educação com diálogo é educação popular. Tem que ser diálogo autêntico, em que as partes estejam abertas para mudar suas práticas.

Identificamos práticas educativas complexas desenvolvidas pelos agentes. Práticas que tem o propósito principal de orientar os moradores a assumir responsabilidades no controle das endemias no âmbito domiciliar e comunitário. Não há imposição de orientações ao morador, mas tentativas no sentido de sensibilizá-lo. O agente tem medidas de controle vetorial para serem cumpridas de acordo com as diretrizes definidas nos protocolos de trabalho. O trabalho do agente é operacional. Então devemos entender que a prática educativa se desenvolve neste contexto e consiste num esforço de mobilização do morador.

“Eu como agente de endemias, eu tô trabalhando, já há dezesseis anos, graças a Deus, é, eu faço com que ele (o morador) me ajude, ele aprenda junto comigo, que quando eu não estiver lá, aqueles três meses que eu não vou passar lá, ele fique ali no meu lugar praticamente, não é todos os que fazem assim, mas todos poderiam ser um agente multiplicador né!” (ACE7)

Garimpamos algumas pistas em documentos ministeriais que vão à direção do relato acima exposto. Entendemos ser este um ponto de partida importante para desencadear ações coletivas, pois a intencionalidade da prática educativa popular é despertar no morador e na população a ação consciente e cidadã no sentido da vigilância permanente. A nosso ver, a prática educativa nessas feições pode promover um processo de aprendizagem tanto do agente quanto dos sujeitos com os quais se relaciona em suas atividades profissionais. Uma aprendizagem constituída por múltiplas vivências da prática profissional e da vida cotidiana.

Recomendações do Ministério da Saúde para a estruturação de ações educativas no âmbito dos serviços de saúde apontam na perspectiva de que:

A prática educativa parte do princípio de respeitar o universo cultural das pessoas e as formas de organização da comunidade, considerando que todas as pessoas acumulam experiências, valores, crenças, conhecimentos e são detentoras de um potencial para se organizar e agir. (BRASIL, 1989,p.3)

Está lógica pode permear as práticas de educação em saúde nas atividades de controle de endemias. O saber dos moradores e suas experiências são importantes para que o agente possa conhecer a realidade com a qual trabalha. Precisamos entender as práticas educativas incorporadas às rotinas de trabalho de campo do agente de endemias.

Estudo sobre educação popular em saúde realizado com Agentes comunitários de Saúde destaca que

A essência do trabalho do agente é esta função mediadora, que nem sempre se apresenta de modo claro e objetivo, porque também tem a ver com a visão de mundo, com as percepções das pessoas. Mediar a relação entre os serviços e a população na perspectiva da melhoria das condições de vida não é uma tarefa fácil. Supõe um forte vínculo comunitário, uma abertura para o diálogo e uma reflexão sobre as possibilidades de ação em cada situação concreta. (STOTZ et al., 2007,p.50).

A mediação feita pelos agentes comunitários de saúde traz pistas importantes que nos ajudam a pensar as práticas educativas dos agentes de endemias pelas tarefas institucionais que lhes são atribuídas, sobretudo na relação entre os serviços de saúde e a população, salvaguardadas as especificidades de cada área profissional.

No cotidiano dos serviços de vigilância em saúde, as demandas de trabalho do ACE assumem um caráter fundamentalmente educativo, que acaba despertando habilidades pedagógicas dos agentes, sobretudo, quando estes são requisitados para realização de ações educativas em escolas, igrejas, centros comunitários, unidades de saúde, dentre outras. Pelo que verificamos os ACEs tendem a desenvolver suas ações educativas a partir da experiência acumulada nas suas vivências como profissionais da saúde. Com base em observações empíricas refutamos a tese de que o agente de endemias se reduz a ser repassador de conhecimentos e informações técnicas ou simplificador de protocolos.

O trabalho do agente de endemias tem uma dimensão educativa abrangente. Este profissional se movimenta nas relações com a população, partindo muitas vezes de conhecimentos técnicos limitados, dependendo, sobretudo da sua inteligência e capacidade crítica e criativa. É preciso considerar que quando os agentes de endemias conseguem desenvolver os protocolos em uma linguagem popular é por que pelas suas vivências já entenderam ser uma maneira melhor de ser compreendida. A nosso ver isso expressa uma competência pedagógica muito valiosa nas práticas educativas populares e nas ações educativas em geral. Aqui é importante compreendermos que a ênfase do processo educativo desenvolvido está na facilitação do entendimento pelos moradores.

É válido ressaltarmos que a maioria dos agentes de endemias do município pesquisado pelas práticas educativas observadas se permite ao diálogo com a população. Entendemos que essa conduta se aproxima da orientação da educação popular em saúde e sinaliza possibilidades de construção de relações participativas no controle das endemias, ainda que não sejam suficientes, já potencializa um caminho para ser pensado. É um passo, quem sabe, em direção a reorientação do controle de endemias por meio da educação popular.

O modelo de controle das endemias e de suas práticas educativas que foram implementadas no nosso país tiveram como características ter-se dado de forma centralizada, autoritária e fragmentada. Ao se aliarem aos interesses das elites brasileiras, contribuíram para a promoção da exclusão social das classes populares, como também, através do seu modelo gerencial, da desvalorização da subjetividade dos seus trabalhadores e trabalhadoras. Contribuindo, deste modo, na fragilização do “**poder brávio**” destes sujeitos sociais para participarem na luta pela melhoria da qualidade de vida. Assim, “**modernizar o passado**” do controle das endemias é uma decisão de muita coragem que requer deixar para trás velhas formas e buscar novos caminhos que “**soem bem aos ouvidos**” ou, dito de outra forma, que consigam ter uma coerência com os princípios do SUS, com as necessidades locais e suas realidades de saúde e vida. (OLIVEIRA, 2004, p.68. Grifo do autor)

A esse respeito, a operacionalização da Política Nacional de Educação Popular em Saúde pode oferecer novos elementos que potencializem novas práticas educativas no âmbito do controle de endemias e da vigilância em saúde. Nessa perspectiva, a estratégia do EDUPOSUS pode fortalecer práticas profissionais e ações coletivas nesta direção.

Importa ressaltarmos que no controle de endemias, a relação dialógica não está posta, dependerá do caminho a ser construído nas ações. Os indícios nos levam a compreender que a inserção do agente nas ações de rotina na comunidade pode contribuir para despertar a reflexão e participação da população nas ações programáticas de controle de doenças e vigilância em saúde. As práticas educativas desenvolvidas apontam nessa direção.

Parece-nos importante ressaltar que as ações de controle e de vigilância em saúde precisam estar mais bem articuladas com as lideranças comunitárias e da sociedade civil organizada. Práticas educativas populares poderão fortalecer a mobilização social e a aproximação dos movimentos sociais em favor da promoção da saúde.

Mas não é fácil trabalhar nesta perspectiva. Há obstáculos que precisam serem superados. A educação popular em saúde traz na sua história experiências significativas capazes de iluminar novas vivências. Neste sentido, parece-nos importante destacar que os avanços legais podem despertar possíveis transformações no âmbito local.

De modo geral, podemos afirmar que o desafio atual é a institucionalização das práticas e dos princípios da EPS no SUS, ou seja, publicizar a EPS a fim de contribuir com a melhoria da qualidade de vida das pessoas, seja pela agregação de

valores culturais, pela incorporação de práticas e saberes que estão na sociedade e nos movimentos populares. Institucionalidade assim entendida como o Estado reconhecer e legitimar valores da sociedade que historicamente foram marginalizados. (BONETTI et al. 2014, p.20)

O controle de endemias construído no diálogo e na participação popular é um desafio que pode vir a ser assumido por gestores, profissionais da saúde, movimentos populares e outros segmentos organizados da sociedade. Pensar e agir nesta perspectiva de mobilização ajuda na construção do SUS. Mas devemos não perder de vista que isso é luta contínua e permanente, passível de ameaças e ataques por parte de governos e grupos que não dialogam com os setores populares. O momento atual requer preocupação, reflexões e ação de mobilização para assegurar direitos conquistados na construção da democracia. É preciso reorganização popular para não se perder o que já se conquistou na caminhada do SUS.

Podemos dizer assim, que na verdade é o morador quem de fato faz esse controle de endemias por que ele identifica a presença do vetor no seu quintal e atua com medidas preventivas para evitar a proliferação e a ação desse vetor no quintal de sua casa. Com essa ação preventiva, o morador que compreendeu a tradução do protocolo feita pelo agente de endemias poderá evitar a instalação e/ou aumento da endemia, bem como o provável processo de adoecimento que esse morador e sua comunidade poderia ser acometido.

À primeira vista, parece óbvio que o Estado e os sistemas de saúde controlam as endemias, até por que o controle sanitário é uma responsabilidade legal. Por essa razão, estabelece legislações com diretrizes para promover esse controle e, por conseguinte, o bem estar da população. Em nosso entendimento, as diretrizes são necessárias, mas, contudo, não são suficientes, pois o arcabouço jurídico não assegura de fato a materialização dessas intenções legais. Dependerão do contexto político, econômico e social. Em outras palavras, se deve levar em consideração as condições concretas da vida social, as desigualdades existentes e as disputas de poder. Dependerão também da vontade da população em participar deste processo. Tanto o Estado quanto a população não desejam que haja a doença por uma série de razões, porém não devemos esquecer que o controle das doenças e, em particular aqui das endemias tem uma dimensão política e que pode ser influenciado pelos interesses dominantes.

Nesta perspectiva, é importante destacarmos que o Estado motivado pela necessidade de controle das doenças, cria protocolos de controle e repassa essa responsabilidade ao agente. O agente, por sua vez, verifica se o controle está sendo feito pelo morador, pelos comunitários e população. Na prática concreta, o agente, na verdade, traduz esses protocolos para a população e periodicamente volta para saber se esse controle está sendo feito pelo morador.

Parece-nos até então que o governo pensa que controla as endemias e as doenças delas decorrentes. O Estado controla, mas, não controla sozinho, mas obviamente, cria dispositivos para que o controle seja efetivado. O Estado verifica se o controle está sendo feito, ou seja, se o protocolo está sendo aplicado. Então, a nosso ver, o sucesso do controle de endemias está também no processo de adesão do morador que de fato, pode se tornar o vigilante das ações, contribuindo para controlar o vetor no seu domicílio e na comunidade. É certo que, a adesão do morador aos protocolos não se constitui numa tarefa simples de acontecer. É antes, uma cultura de relação e de convivência do setor saúde com os moradores. Um trabalho fundado nos princípios da educação popular sugere que haja troca de experiências.

Então, argumentamos em defesa da tese que: a eficácia do controle das endemias dependerá da qualidade e da articulação dos serviços do setor saúde e de sua capacidade de mobilizar a participação popular. Neste sentido, poderá resultar da práxis da educação popular e para que essa práxis emergja é necessário que o agente de endemias que é o tradutor do protocolo e atua como mediador do processo, que ele consiga acessar esse morador a fim de despertar sua participação que é preciso estabelecer uma outra relação com esse vetor, diferente da que fora estabelecida no passado, por que para o morador a presença do vetor em seu quintal pode não necessariamente representar perigo ou ameaça de doença. Recusas à visita do ACE são comuns. Em boa parte as recusas se justificam pela capacidade de resistência de muitos moradores aos protocolos estabelecidos, por diversas alegações. No contexto da pesquisa, uma alegação bem conhecida dos ACEs é o fato de muitos moradores afirmarem que tem o corpo fechado para doenças e que os mosquitinhos não causam mal algum a eles, pois estão protegidos, sempre estiveram ali. É importante darmos atenção para essas advertências dos moradores, pois podem indicar sintomas de que protocolos devem ser atualizados ou revistos à luz de outras percepções, pois podem estar defasados. A percepção dos moradores expressas nas conhecidas “recusas” ao trabalho desenvolvido pelo ACE podem indicar sinais do esgotamento desse modelo de controle de endemias prescrito pelo MS.

Importante salientarmos que, segundo ACEs pesquisados, muitos moradores alegam que o vetor sempre existiu e nunca gerou um problema que eles não pudessem controlar. Contudo, convém observarmos que essa situação se agravou no contexto amazônico porque, até então os espaços onde esse vetor atuava que era a mata, eram espaços muito maiores então, as endemias elas não aconteciam por que os vetores estavam distantes do homem ou estavam numa relação de proximidade, mas não de contiguidade com esse homem, por que tinha mata, tinha outros espaços, para que o vetor pudesse estar se reproduzindo.

Entretanto, a partir do momento que o avanço desenvolvimentista da Amazônia ampliou as áreas de desmatamento, o vetor se aproximou numa relação de mais perigo perante o morador. Então esse morador, na cabeça dele, ainda está a relação antes de contiguidade e sem perigo, até por que ele sempre conviveu com esse mosquito, ele sempre conviveu com isso, isso nunca foi um problema para os sujeitos que vivem nesta região.

Então, o que está acontecendo para que o agente de endemias consiga fazer com que esse morador se transforme num outro morador com outro pensamento e modo de agir? Bem, entendemos que na práxis da educação popular que vai emergir dessa relação é que o agente de endemias tem que dialogar com esse morador a fim de explicar que houve uma mudança na relação dele com esse mosquito (vetor) por que houve uma modificação do espaço de convivência entre eles. Esse espaço de convivência se tornou muito mais próximo, então, o vetor hoje ele representa um perigo que não representara no passado. Isso, leva certo tempo e demandará cada vez mais ações de cunho educativo e de sensibilização. Esse cenário traz importantes questões para serem repensadas no campo das práticas de educação popular.

Por outro lado, a partir do momento que o agente de endemias consegue acessar esse morador e no diálogo que se dá com esse morador compreender o caráter nocivo que esse ser (vetor) que antes tinha uma relação com ele sem perigo se tornou um agente perigoso (transmissor de doenças) é que dessa relação quando houver o controle de endemias, ou seja, quando esse morador compreender que houve uma mudança de paradigma de convivência com esse vetor e que hoje ele precisa evitar é que esse vetor se reproduza no seu quintal e se prolifere nos espaços da comunidade. A educação popular aponta numa possibilidade.

Com base nestes argumentos, entendemos que quando há essa compreensão por parte do morador e consequentemente essa compreensão passa pelo processo educativo dialógico realizado pelo ACE. Então, quando há isso, emerge o que chamamos de educação popular, por que a educação popular é o resultado de uma relação dialógica entre dois espaços institucionais diferentes, institucionais não estamos nos referindo falando meramente ao espaço formal. Entendemos como instituição não formal, por exemplo, a família, as práticas de controle de doenças, as práticas de saúde popular ou de cura tradicional. Enfim, são relações que emergem em instituições diferentes e que podem ser mediadas por processos educativos populares.

A prática educativa popular promovida pelo agente de endemias aponta para a possibilidade de haver uma nova relação de convivência domiciliar com os vetores, pois os moradores, agora mais atentos e alertas, poderão adotar medidas preventivas para evitar o adoecimento sem que haja uma ruptura radical com os modos de viver na Ilha.

Nesta perspectiva, estudo realizado por Cordeiro (2017) sobre processos de adoecimento e de cura na cidade de Parintins, revelou que as práticas de cuidado com a saúde são também regidas não somente por uma lógica biomédica instituída no sistema/serviços de saúde, mas também por uma lógica cosmo-ontológica herdada, isso por que “tais procedimentos ainda mantidos na zona urbana da cidade podem ser compreendidos como estratégias de re-existência cosmo-ontológica dos diferentes povos que habitaram/habitam e/ou circularam/circulam por Parintins (AM)”. (CORDEIRO, 2017 p.263)

Wawzyniak (2009) em estudo sobre a ação dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS - em comunidades ribeirinhas do rio Tapajós, no estado do Pará, explica que os agentes de saúde dessas regiões da Amazônia têm uma atuação cotidiana que se situa numa zona fronteira entre o modelo terapêutico tradicional e o biomédico. Os ACS “vivenciam a experiência híbrida de atuar segundo o modelo biomédico simultânea ou alternadamente com as concepções e práticas terapêuticas tradicionais; atuam transitando entre as perspectivas cosmológica e científica sobre saúde, doença e cura, [...]” (WAWZYNIAC, 2009, p.65)

A compreensão desenvolvida por Wawzyniak (2009) considera que os ACS embora submetidos ao controle e ao modelo da biomedicina, estes por sua vez, no cotidiano de trabalho, assumem o papel de mediadores entre a perspectiva cosmológica local e a científica sobre saúde, doença e cura.

Cordeiro (2017) e Wawzyniak (2009) corroboram no entendimento de que a organização de ações e serviços de saúde em contexto amazônico deve considerar a existência dos múltiplos saberes e das diversificadas práticas de saúde regidas por lógicas nativas. Ressaltamos que o ACE transita neste contexto nas rotinas de trabalho para controle das endemias, o agente de endemias opera também com as lógicas decorrentes da cosmologia local e científica, tendo sido capaz de agir como tradutor de sentidos e de fazer a mediação de saberes entre essas lógicas nas suas atividades cotidianas. Na relação cotidiana com os moradores em atividades de controle de endemias, o agente de endemias articula essas lógicas segundo orientações técnico-científicas e a cosmologia local.

Dessa maneira, considerando o modo de viver local na ilha e as cosmologias que se expressam nas relações do cotidiano das práticas de saúde, reveladas no controle das endemias. As relações decorrentes das práticas dos agentes de endemias para controle de endemias evidenciam esses aspectos na medida em que o pensar/fazer educativo se opera em meio às lógicas de entendimento da realidade. Assim, transitando nesses campos, o ACE pode acumular experiências capazes de potencializar habilidades comunicativas e relacionais que contribuam ao agir educativo popular nas práticas da vigilância em saúde.

Diante do que foi exposto, podemos dizer que o controle das endemias é um campo de práticas educativas orientadas por protocolos fundamentados em saberes que normatizam e direcionam as ações nas rotinas de trabalho. Mas diante da complexidade e dinâmica da vida, a prática pode perder seu sentido diante de outras lógicas e possibilidades, como também conflitar se contradizer ou se reconstruir. Isso nos permite dizer que o agente de endemias opera e transita nesses caminhos onde se faz revelar a prática da lógica instituída e aonde se fazem existir e/ou resistir outra(s) lógicas(s) e possibilidade(s).

Por outro lado, não queremos dizer que o protocolo de controle da endemia perdeu seu estatuto e temos uma prática descaracterizada de normativas. Pelo contrário, estamos dizendo que o protocolo não deve ser um instrumento fixo e imutável, devendo ser flexível e capaz de na prática técnico-operacional dialogar com outras lógicas que reorientem essas práticas. O agente de endemias parece ter entendido bem isso, pois não deixou de cumprir as diretrizes e normativas dos protocolos e, ao mesmo tempo, pelas suas vivências e orientações culturais desenvolveu uma prática dialógica que pode incorporar outras possibilidades no seu fazer cotidiano.

Na nossa maneira de pensar, aparece aí um pensar/fazer educativo que pode expressar uma relação de pertencimento do agente ao lugar e as maneiras de pensar e viver. É um fazer mais amplo e conectado com as ideias e convicções que possui, ao tempo que tem aí também um fazer mais específico e profissionalizado, mais institucionalizado através das normativas dos protocolos de controle das endemias. Ao mesmo tempo, os indícios levantados dão conta de que, a articulação dessas maneiras de pensar e agir é que orienta e dá sentido aos processos educativos construídos pelos agentes de endemias com os moradores no contexto de realização da investigação que fizemos.

Estamos afirmando isso por que reside aí o encontro de diferentes cosmologias, como o partilhar de lógicas que dão sentido à existência das pessoas em determinado lugar, é a compreensão delas do mundo. Seus atos que dão sentido a essas cosmologias. Então, a relação que se tem com o meio ambiente, com a natureza, com os outros e com espaço em que vivemos, tudo que emerge dessa relação é cosmologia. A cosmologia indígena ainda é muito forte no campo em que fizemos a pesquisa. Podemos dizer que as práticas dos agentes de endemias dialogam com aspectos dessa cosmologia no pensar e agir. Em suma, o ACE tem se mostrado capaz de fazer a mediação dessas lógicas no cotidiano das endemias através de relações construídas com os moradores.

A partir do momento que dizemos que a educação popular pode emergir da articulação de saberes e das relações onde há o reconhecimento de cosmologias diferentes e

também de instituições diferentes estamos afirmando que esse agente de endemias quando ele consegue nessas relações entre duas cosmologias diferentes, a saber, a do Estado e seus agentes e a do morador, que haja uma relação, o que emerge dessa relação é o controle dos vetores que antes não havia pelo morador por que o vetor não era tido como perigoso pela percepção do morador. Neste sentido, entendemos que o que pode emergir desse processo é a educação popular, ou seja, a práxis da educação popular.

Desse modo, então, no entendimento que defendemos que foi corroborado pelos indícios da nossa investigação, o agente de endemias acaba sendo uma ponte, um elo entre duas cosmologias, uma que se configura na lógica do Estado e a outra, representada pela lógica do morador, que por sua vez, acabou tendo que mudar sua lógica ou ampliá-la por conta das relações todas que mudaram no meio em que vive.

Então, a partir do momento que entendemos que o agente de endemias consegue efetivamente construir uma práxis de educação popular estamos dizendo que tanto o agente de endemias quanto o morador operam na mesma lógica e que a lógica que está sendo mediada, que é a lógica outra, é a lógica do estado, e esta por sua vez, pode ser compartilhada. Temos assim, a lógica do Estado, a lógica do morador e temos o agente de endemias, que é aquele que pode fazer a ponte entre essas duas lógicas. Nessa perspectiva, o controle do vetor pelo morador poderá emergir dessa relação entre essas duas lógicas, entre essas duas cosmologias. Contudo, cabe salientarmos que, superar o papel de repassador de informações ao morador constituirá tarefa complexa ao agente de endemias por que implicará em tomar consciência do seu papel político-educativo. Reconhecemos que estão imbricados aí, os desafios, as possibilidades e contradições do processo.

Em termos de possibilidade, o sucesso da relação está justamente na capacidade que tem o agente de endemias de ser o educador popular, o diplomata de sentidos, o mediador de saberes, por que somente assim, conseguirá fazer a tradução de protocolos institucionais de uma outra esfera para que o morador compreenda esses protocolos também dentro de uma outra esfera de comunicação e de interação e de lógica e faça com que esse controle de endemias ocorra no quintal dele e se estenda pela comunidade numa relação de convivência.

Ressaltamos, que se o agente compartilhar da mesma cosmologia do morador, isso fica mais rápido, fica mais prático, mais efetivo, por que ambos partilham da mesma lógica. A educação popular poderá se expressar nessa cosmologia do morador. Em suma, argumentamos que a educação popular ou a práxis dessa educação popular é o que emerge dessas relações e dessas cosmologias, pois quando o agente de endemias consegue fazer isso ele expressa sua capacidade de compreensão dos protocolos de trabalho e ao mesmo tempo,

compartilha das formas de entendimento sociocultural que aparecem na realidade em que ele atua, transita e da qual pertence. É a práxis da educação popular emergindo aí por que o resultado desse diálogo do agente de endemias com o morador é o efetivo controle dos vetores transmissores das doenças endêmicas. Parece-nos que na relação construída com o caboclo amazônico da ilha, isso acontece por que o agente de endemias que já entendeu essa questão e, por essa razão, não despreza ou ignora, nem descarta os saberes dos moradores do lugar, ele os reconhece e dialoga com eles, ao tempo que, cultiva o respeito às especificidades culturais e o modo de viver local. Nesta linha de pensamento podemos dizer que “O respeito, então, ao saber popular implica necessariamente o respeito ao contexto cultural [...]” (FREIRE, 2016, p.119)

Assim, da compreensão dos sujeitos das práticas educativas podemos reafirmar que o agente é um mediador popular de protocolos, pois pode ser capaz de mobilizar conhecimentos e expertise suficiente para ajudar no controle de endemias nas ações de vigilância por meio do agir comunicativo aberto e flexível com os moradores, que poderá potencializar e fortalecer a articulação dialógica das normativas com os saberes locais no cotidiano dos serviços.

Entretanto, devemos salientar que, conforme vimos, o perfil profissional do ACE é alimentado por duas lógicas. A lógica técnica fundada na necessidade de desenvolvimento das rotinas de trabalho de vigilância em saúde e controle das doenças no território em que atua, embasadas nas políticas e programas de saúde. E a lógica popular que é assimilada pelo ACE em suas vivências no cotidiano do trabalho em saúde e pela sua própria história de vida e de compartilhamento da cultura do lugar, caracterizada por outros sentidos. Lógicas estas que se complementam, mas que também se tencionam e, por vezes, se contradizem. O mérito do ACE foi ter percebido como alimentar as relações com o morador de tal maneira que favorecesse o processo de trabalho demandado pelas suas atribuições sem quebrar a identidade cultural do morador. Reside aí a nosso ver, uma dimensão educativa que potencializa relações sócio culturais que permite a execução do trabalho do ACE na saúde. Em outras palavras, o ACE ajuda o protocolo instituído a permear a lógica do morador, sem que o morador se afaste de sua lógica de vida, o morador passa a se familiarizar com outras lógicas que circulam nos serviços de saúde na comunidade.

Desse modo, fica evidente que o ACE tem um trabalho de natureza técnica para ser desenvolvido nos ambientes domiciliares. Somente o domínio do saber técnico não é suficiente para assegurar a execução dos procedimentos em conformidade com as normativas estabelecidas. Cabe ao ACE se empoderar de habilidades comunicacionais para interagir com os moradores e adentrar os imóveis para realizar suas atividades.

No caso da pesquisa, predomina que o ACE se vale de saberes e práticas educativas populares para deflagração das relações que emergem por meio de conversas e diálogos, por meio também das recusas dos moradores e das tensões dessas relações no meio popular. Essa lógica de trabalho se configura de maneira bem sucedida nos meios populares em que o ACE atua, porém essas relações assumem outros sentidos com os sujeitos pertencentes às classes que gozam de mais prestígio social, pois a pesquisa revela também que nesta situação, o ACE mobiliza estratégias de relação onde o agir técnico do profissional da saúde se sobressai, considerando que nestes casos, se espera do ACE o pleno domínio dos protocolos da saúde e não necessariamente o desenvolvimento de um agir popular dialógico, haja vista que, os moradores que se consideram mais elitizados não têm a mesma disposição para o diálogo com o agente. Mas observamos que os agentes não se intimidam e executam sua programação de trabalho fazendo as recomendações previstas nos protocolos. Assim, evidenciamos que os agentes se articulam tanto com os meios populares quanto com os que se consideram mais prestigiados socialmente.

O ACE percebeu que as relações dialógicas devem ser promovidas e que isso incidirá na eficiência e eficácia do seu trabalho. Assim, entendeu que a familiarização com a comunidade é fundamental neste processo. Conhecer as pessoas, a comunidade e seu modo de viver é importante no sentido de se aproximar e não ser visto como um estranho ou visitante. As relações de convivência com as pessoas e com a cultura do lugar podem favorecer aberturas para a compreensão dos problemas de saúde do território.

É importante notarmos que as demandas da comunidade devem ser ouvidas. Sentir a saúde da comunidade é um bom caminho para abrir o diálogo na visita domiciliar sobre as necessidades e problemas, antes de colocar em prática as normativas instituídas. Depois, é uma questão de perspectiva e de abordagem dos problemas de saúde que pautam os protocolos de trabalho do ACE consoante as diretrizes programáticas do setor de Vigilância em Saúde. No nível local, a nosso ver, não se trata de cumprimento de um receituário ou modelo. O que constitui o grande desafio é promover a relação dialógica e, nesse sentido, a educação popular é um caminho que tem muito a oferecer.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema dessa pesquisa diz respeito à prática de educação nas ações de vigilância em saúde no SUS. Para tratarmos dessa temática de estudo elegemos como objeto de investigação a prática educativa do ACE no controle das endemias. Esse recorte contribuiu para uma compreensão da ação educativa do ACE no contexto local, evidenciando contradições, desafios e possibilidades. O estudo do objeto colabora na compreensão da educação no cotidiano de trabalho da vigilância em saúde e de suas feições no contexto amazônico.

A apreensão do objeto está inserida no campo das práticas e relações, onde se faz presente o agir da vigilância em saúde com suas estratégias de atuação. A prática de educação em saúde é prevista como um componente desse agir, que, envolve conhecimentos e se dá em meio às relações do cotidiano. Saúde e educação são campos complexos e conectados por teorias, saberes e práticas que decorrem do acúmulo de conhecimentos técnico-científicos e das experiências que emergem da compreensão dos sujeitos diante de suas realidades socioculturais. O campo de atuação da vigilância em saúde potencializa um agir educativo com muitos caminhos, desafios e possibilidades.

A preocupação principal do estudo foi compreender a prática educativa no contexto do controle e prevenção de endemias e como essa prática se configura nas rotinas de trabalho, tendo sido nosso propósito investigá-la na tessitura do dia-a-dia do ACE nos espaços de atuação na comunidade. Pelo recorte que optamos, a prática educativa do ACE foi estudada à luz do enfoque da Educação Popular, considerando os indícios dessa prática no cotidiano das ações de vigilância em saúde em âmbito local.

A educação popular, por si só já é de uma enorme complexidade, enquanto delimita seu objeto, e sabemos também que estudá-la imbricada nos saberes locais produz muitas implicações. Logo, tanto a educação quanto o estudo dos saberes têm diversas dimensões. Assim, nos concentramos nas práticas educativas, no caso as desenvolvidas pelos ACE's na tentativa de verificação de como é feita a interlocução dos saberes operados pelo campo das endemias com os saberes populares locais.

A pesquisa foi desenvolvida a partir do levantamento de indícios reveladores das práticas educativas dos ACEs da ilha de Parintins no Estado do Amazonas e trouxe elementos que ajudam a pensar na complexidade da ação educativa na vigilância em saúde fundamentada na práxis da educação popular. Por outro lado, também oferece elementos para a discussão sobre caminhos e desafios dos processos educativos populares no controle de endemias em contexto amazônico.

A tese partiu da premissa de que aproximarmo-nos da compreensão dos sujeitos da prática educativa popular cria possibilidades de diálogo de saberes e troca de experiências, fazendo emergir com mais nitidez as contribuições pensantes e as ações dos ACEs como sujeitos de saberes e convicções. As práticas educativas se expressam nas rotinas de trabalho como decorrentes de diretrizes e protocolos dos serviços de saúde. Mas também, revelam vivências locais e carregam consigo olhares, experiências e aprendizados socioculturais. São práticas que decorrem dos saberes do sistema de saúde, mas também, dos saberes que circulam na comunidade e permeiam o cotidiano do trabalho em saúde.

A prática educativa enquanto uma atividade preconizada nas diretrizes de vigilância, para ser construída no dia-a-dia das ações na comunidade, requer dos agentes, além da posse de conhecimentos e domínio dos protocolos de trabalhos, sobretudo, uma elevada capacidade de compreensão da realidade local, de seus sujeitos, de seus saberes e modos de vida. O ACE é sujeito de saberes e protagonista de práticas educativas no seu agir em saúde mobilizando recursos da inteligência criativa e da capacidade de aprendizagem acionados no decorrer da vida.

O ACE é um profissional importante na organização de ações e serviços da vigilância em saúde. Suas vivências concretas acontecem na base do território nas escalas mais próximas da população. Sua atuação nas rotinas de trabalho com os moradores das comunidades pode ser capaz de produzir relações dialógicas e participativas por meio da ação tradutora de protocolos e mediadora de saberes. Mas esse profissional precisa ser reconhecido pela sociedade e pela gestão das organizações de saúde. Um caminho para isso é o investimento na qualificação profissional e em planos de carreira, cargos e salários.

Ao reconhecermos os ACEs não como meros executores de tarefas e serviços contra as endemias, mas, como profissionais da saúde, concebidos como sujeitos pensantes, críticos, criativos e produtores do fazer vigilante nas relações sociais estabelecidas com os indivíduos, comunidade, grupos e população em geral, estaremos reafirmando que estes profissionais têm uma importância significativa na saúde, podendo ter uma atuação capaz de ir além do cumprimento de protocolos institucionais e das normativas de trabalho. Para isso é necessário muitos enfrentamentos políticos.

O ACE atua numa área fronteiriça, onde se situam os conhecimentos técnico-científicos que sustentam a vigilância em saúde e os diferentes modos de vida, onde uma de suas vias de expressão é a cultura constituída por muitos elementos, dentre os quais, os saberes populares. Percebemos que no contexto amazônico, os saberes são múltiplos e decorrem da cultura indígena, do modo de vida tradicional dos caboclos ribeirinhos, dos

agricultores, dos pescadores, dos extrativistas e de tantos outros que são ou se fazem, por conta das condições de vida do lugar. Suas práticas profissionais operam com as normativas de trabalho e fazem a interlocução com os saberes que circulam na comunidade, revelando elementos da educação popular por se tratarem de práticas carregadas de acolhimento, de vivências populares e de postura crítica. Práticas estas que, se fortalecidas, poderão dar um lastro diferenciado às ações da vigilância em saúde no âmbito local.

No contexto estudado, há indícios que evidenciaram que as práticas educativas seguem não apenas a orientação prevista nos protocolos dos serviços, mas também são o resultado das articulações vivas e conexões da vida social, ficando demonstrado seu conteúdo educativo de base popular. O estudo realizado com os ACEs nos permitiu olhar para outros ângulos e nos fez pensar no lugar e sentidos dessas práticas nos saberes da vigilância em saúde e nas possibilidades do agir popular em saúde.

Verificamos que a educação traduz uma das dimensões da vigilância em saúde e está explicitada nas diretrizes dos serviços, porém, por vezes, no âmbito do trabalho em saúde, é tratada de maneira insuficiente ou de forma tecnicista, pronta e acabada, privilegiando uma única forma de ver a realidade sob o prisma científico e biomédico. Reconhecemos que como componente de ação, a educação tem sido incorporada em programas e projetos da vigilância em saúde, assumindo diferentes orientações no campo da saúde pública.

Nas ações de vigilância em saúde ainda se fazem presentes ações educativas que, baseadas quase que exclusivamente no saber científico, tendem a desprezar ou ignorar o saber popular. Decorre daí que, a linha de trabalho da educação em saúde tem sido verticalizada e fundamentada numa de controle por meio de normativas de ações. Por conseguinte, pode se ter o trabalho descontinuado e sem enraizamento nas bases do sistema de saúde.

O conjunto da legislação atual evidencia que a educação popular é indicada oficialmente para o desenvolvimento das práticas dos agentes que atuam na ponta dos serviços. No período da pesquisa, verificamos que há desconhecimento por parte dos agentes a respeito dessas orientações para realização do trabalho educativo. Contudo, práticas desenvolvidas por agentes pesquisados são reveladoras de diálogo e respeito ao saber popular, elementos que são fundantes desse enfoque educacional em saúde. As práticas educativas desses agentes são reveladoras dos conhecimentos instituídos, mas também, expressam uma relação sensível com os saberes locais.

As rotinas de trabalho do agente estão estruturadas a partir de protocolos de procedimentos de controle, sobretudo de uma doença. A execução dessas rotinas tem nos nos ambientes domiciliares, um espaço privilegiado para além do cumprimento das normativas,

pois possibilitam relações dialógicas e troca de saberes entre agente e morador. São relações limitadas e não produzem efeito de organização coletiva dos moradores.

A prática educativa do ACE, de maneira pontual é realizada em espaços da rede de serviços de saúde e para atender demandas da comunidade. O foco dessa prática é a prevenção de doenças de controle vetorial associadas ao *aedes aegypti*.

A prática que acontece nas rotinas de trabalho em ambientes domiciliares, é reveladora de uma compreensão de educação que evidencia a experiência de vida e a vivência profissional do agente em suas múltiplas relações no cotidiano de trabalho, o que extrapola as ações do controle das endemias. As relações domiciliares são favorecedoras do desenvolvimento de saberes e práticas de convivência que aproximam o profissional da saúde e os comunitários.

A educação cumprirá papel fundamental nos processos de trabalho, desde que seja articuladora de relações dialógicas e de vivências que potencializem a troca de saberes entre as práticas de conhecimento institucional e as experiências populares. Reforçamos a necessidade de compreensão das práticas educativas realizadas nos territórios pelos profissionais de vigilância que estão de fato presentes na dinâmica de trabalho decorrentes das demandas das comunidades, pois vivenciam experiências significativas e carregadas de saberes que emergem de outras vias de conhecimento.

A Educação Popular tem um legado importante nessa direção. A política nacional de educação popular corrobora na valorização das contribuições pensantes dos agentes de combate às endemias e de outros profissionais da saúde que trabalham com a população. Nesta perspectiva, o processo de educação permanente em saúde é fundamental.

A participação popular assume importante papel nas ações da vigilância em saúde. A prática educativa do ACE assim como de outros profissionais que atuam nas escalas próximas da população deverá incidir no enfrentamento dos problemas identificados nos territórios de atuação. Orientada pela educação popular, a prática educativa do ACE poderá abrir o diálogo do setor saúde com os moradores, sobretudo na escuta e troca de saberes. O cultivo de relações dessa natureza aponta caminhos possíveis para vigilância em saúde. Envolver a sociedade organizada e os profissionais de saúde é fundamental para despertar uma maneira de pensar e agir para concretização dessa proposta.

A prática educativa popular do ACE no contexto local traz elementos importantes para a reflexão nessa perspectiva, sobretudo pela capacidade de tradução e mediação dialógica com a qual o agente pode interagir com os saberes da população em relação aos problemas locais. A nosso ver, essa prática educativa poderá corroborar na comunicação e sensibilização

dos moradores para construção de ações coletivas e integradas com os movimentos populares em saúde. Nessa perspectiva, verificamos que a TEIA (Teia de Educação Socioambiental e Interação em Agrofloresta) e a Articulação Parintins Cidadã constituem movimentos populares organizados que partilham de um modo de pensar e operar que protagonizam a construção de práticas educativas populares que se aproximam dessa proposta. Fazer a interlocução dessas práticas nos serviços de saúde em âmbito local sinaliza caminhos, desafios e possibilidades para profissionais da saúde, sujeitos e coletivos da educação popular.

Pistas indicaram que a articulação do setor saúde de endemias local com os movimentos organizados da sociedade civil é feita de maneira tímida e discreta. A dimensão participativa é importante na concretização das ações de controle e prevenção de endemias, sobretudo na troca de experiências e na construção das ações coletivas. É importante fortalecer o diálogo com a sociedade civil e com os movimentos populares visando o envolvimento da população. A prática educativa popular poderá despertar a consciência crítica dos moradores e dos coletivos para o engajamento contínuo e efetivo nas ações.

Compreendemos que a vigilância, embora considerada por muitos como uma área “dura” da saúde, a nosso ver se constitui também, numa área “doce”, quando é feita com sensibilidade e de maneira diferenciada, adaptando os protocolos, respeitando o modo de vida das pessoas, seu universo de saberes e suas experiências. Neste sentido, a educação popular tem a contribuir, pois está alicerçada num projeto político pedagógico capaz de semear a atitude crítica, criativa e sustentável na construção da sociedade que valoriza a diversidade sociocultural do pensar e fazer saúde, reconhecendo e dialogando com os saberes expressados nas diferentes práticas. Mas esse é um projeto que tem implicações políticas e que depende da organização coletiva dos setores populares. Um dos desafios da práxis da educação popular é despertar no Agente de Combate às Endemias a consciência crítica sobre a importância da necessidade da ação coletiva da comunidade para fortalecer a luta política em defesa da saúde pública.

## REFERÊNCIAS

ACRÍTICA. Professor ribeirinho de Parintins é indicado ao ‘Prêmio Nobel’ da Educação. Disponível: <http://www.acritica.com/channels/cotidiano/news/professor-ribeirinho-do-interior-do-amazonas-e-indicado-ao-premio-nobel-da-educacao>. Acesso: 03 ago. 2017.

AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas. **Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas**. Plano Estadual de Atenção Integral à Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos. Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas. Manaus, 2014.

ARAÚJO, Maria de Fátima Guedes de. **Conhecimento estrada de mão dupla a relação entre os saberes oficial e popular na construção da saúde, na cidade de Parintins – Am**. Trabalho de conclusão de curso de especialização em Estudos Latino-Americanos. Juiz de Fora: UFJF, 2008.

\_\_\_\_\_.TEIA: Estratégia Popular para Construção de Canteiros de Bem-Viver no Baixo Amazonas. In: MACHADO, R.C.F & GAMA, A.S. (Orgs.). **Mulheres, organização e produção agroecológica**: Floresta Nacional de Tefé. Curitiba, CRV, 2018.

ARCHANJO, Paulo Cesar Vieira. **Convivência contínua com esgotos a céu aberto**: modos de subjetivação de habitantes de Parintins-Amazonas. Tese (Doutorado em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia), Manaus, 2016: UFAM. 260 f. [Orientadora: Maria Inês Gasparetto Higuchi].

ARREAZA, Antonio Luis Vicente; MORAES, José Cássio de. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2215-2228, 2010. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000400036](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400036) Acesso: 22 mai. 2017.

BARATA, RB., and BRICEÑO-LEÓN, RE., orgs. **Doenças endêmicas**: abordagens sociais, culturais e comportamentais [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Retirado de :< <http://books.scielo.org/id/45vyc/pdf/barata9788575413944-04.pdf>>. Acesso em 03 de Setembro de 2013.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1979. 230 p.

BARTOLI, Estevan. **O retorno ao território a partir da cidade**: sistemas territoriais urbano-ribeirinhos em Parintins (AM). Tese (Doutorado em Geografia). Presidente Prudente, 2017. Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Tecnologia. 297 f. (Orientador Eliseu Savério Sposito)

BATISTA, Djalma. **O complexo da Amazônia**: análise do processo de desenvolvimento. 2 ed. Manaus: Editora Valer, EDUA e INPA, 2007.

BENCHIMOL, Samuel. **Amazônia**: formação social e cultural. Manaus: Editora Valer, 1999.

BEZERRA, Anselmo César Vasconcelos. Das brigadas sanitárias aos agentes de controle de endemias: o processo de formação e os trabalhos de campo. In: **HYGEIA. Revista Brasileira**

de **Geografia Médica e da Saúde**. ISSN: 1980-1726, Disponível: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia> Acesso: 29 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. A Consolidação das Ações de Campo da Vigilância em Saúde Ambiental: heranças e desafios à territorialização. 2012. Tese (Doutorado em Geografia), Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012. Disponível: <https://www3.ufpe.br/posgeografia/images/anselmocesartese.pdf> Acesso: 20 jan. 2016.

BONETTI, Osvaldo Peralta, CHAGAS, Reginaldo Alves das, SIQUEIRA, Theresa CA. A educação popular em saúde na gestão participativa do SUS: construindo uma política. In: 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.

BORNSTEIN, Vera Joana; STOTZ, Eduardo Navarro. O Trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. **Trab. educ. saúde** [online]. 2008, vol.6, n.3, pp.457-480. ISSN 1981-7746. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462008000300004>.

BOURDIEU, Pierre. O campo científico. In: Renato Ortiz (org.). Pierre Bourdieu: **Sociologia**. São Paulo, Ática, 1983.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **A educação como cultura**. Ed. rev. e ampl. Campinas: Mercado de Letras, 2002.

\_\_\_\_\_. **O que é educação popular**. ed. Brasiliense, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 816 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978-85-334-1632-1

\_\_\_\_\_. Manual de instruções – unidade sentinela. Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Poluentes Atmosféricos – VIGIAR, – 2015. Disponível: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/31/Manual-Unidade-Sentinela-VIGIAR.pdf> Acesso: 04 abril 2019

\_\_\_\_\_. 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 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.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União Secção 1, Nº 183, sexta-feira, 22 de setembro de 2017 página 68, ISSN 1677-7042, **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Disponível:

<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017> Acesso: 16 jan. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Parto e Nascimento Domiciliar Assistidos por Parteiras Tradicionais**. O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e Experiências Exemplares. Editora MS. Brasília-DF, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

56 p.: il. (Série B. Textos Básicos em Saúde). Disponível: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf) Acesso: 23 abr. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Territórios da Cidadania levam desenvolvimento aos povos ribeirinhos do Baixo Amazonas. In: **Revista Brasileira Saúde da Família**. – Ano IX, n. 18 (Abr./Jun. 2008). Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Diário Oficial da União, 20 Nov 2013. 2013a. Disponível: <http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2013/01/NT-16-2013-Educac%CC%A7a%CC%83o-Popular-em-Sau%CC%81de.pdf>, Acesso: 10 jun 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. - 2. ed. rev. - Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 195 p. : il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21) Disponível: [http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad21.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad21.pdf) Acesso: 23 out. 2016.

\_\_\_\_\_. 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](http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/livro_100-anos.pdf) Acesso: 27 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde: zoonoses** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Decreto-lei nº 3.672, de 1º de outubro de 1941**. Legislação Informatizada. Disponível: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3672-1-outubro-1941-413541-publicacaooriginal-1-pe.html> Acesso: 18 janeiro 2018

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa. Departamento de Apoio a gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília, 2007. 1.

\_\_\_\_\_. 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.

\_\_\_\_\_. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. 291 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 1)

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. **100 anos de Saúde Pública: a visão da Funasa / Fundação Nacional de Saúde.** Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004. 232 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. 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](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html) Acesso em 28 de maio de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 304 p. – (Série Promoção da Saúde; n. 6). Disponível: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas\\_promotoras\\_saude\\_experiencias\\_brasil\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas_promotoras_saude_experiencias_brasil_p1.pdf). Acesso em 30 de agosto de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 56 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação Básica. **Resolução CNE/CEB n.2**, de 11 de setembro de 2001. Institui diretrizes nacionais para a educação especial na educação básica. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2001 set 14; Seção 1E:39-40.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Definições e Normas das instituições e serviços de saúde.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1977 abr 05; Seção 1:3929.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília. Ministério da Saúde, 1997. Disponível: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf) Acesso em 18 Jun. de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Parto e Nascimento Domiciliar Assistidos por Parteiras Tradicionais.** O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e Experiências

Exemplares. Editora MS. Brasília-DF, 2010. Disponível: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto\\_nascimento\\_domiciliar\\_parteiras.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf) Acesso em 20 Mai. 2016

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais**: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 90 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=152](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=152) Acesso: 20 mai. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Cadernos de Atenção Básica n. 5** – Saúde do Trabalhador. Brasília, 2001, 66p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 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.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM No 1.378, de 9 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. Diário Oficial da União 2013; 9 jul.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1996** de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Seção 1.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: primeiro e segundo ciclos**: meio ambiente, saúde. Brasília: MEC/SEF. 1997c. BRASIL. Lei n.9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília. 1996.

\_\_\_\_\_. LDB. Lei 9394/96. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Disponível em < [www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br) >. Acesso: 25 Jun. 2016.

\_\_\_\_\_. **Estatuto da criança e do adolescente**: lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata [recurso eletrônico]. – 9. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010. 207 p. – (Série legislação; n. 83) Atualizada em 15/5/2012.

\_\_\_\_\_. **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/programa-saude-da-escola/legislacao> Acesso em 16 de outubro de 2016.

\_\_\_\_\_. **Resolução CNE/CEB Nº 2, de 11 de setembro de 2001** que institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação. Disponível: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CEB0201.pdf> Acesso em 30 de julho de 2016

\_\_\_\_\_. **Resolução CNE/CEB N° 2 de 2001.** Disponível em <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CEB0201.pdf>. Acesso em 17 de setembro de 2016.

\_\_\_\_\_. 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. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia prático de tratamento da malária no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 36 p. : il. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

\_\_\_\_\_. 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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Programa de Qualificação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 3252, de 22 de dezembro de 2009.** Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/102068-3252>> Acesso em: 16 maio. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.007, de 4 de maio de 2010**, disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1007\\_04\\_05\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1007_04_05_2010.html)>. Acesso em: 16 de mai. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9). Disponível: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto\\_saude\\_volume9.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf) Acesso: 17 de mai. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Diretrizes nacionais para a prevenção e controle de epidemias de dengue. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos.)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Educação em Saúde** – Diretrizes. Brasília: MS/DNES, 1989.

\_\_\_\_\_. 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://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf)  
Acesso: 08 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria no 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2016 fev 18;Seção 1:23. Disponível:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204\\_17\\_02\\_2016.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html) Acesso: 21 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 51 p.

CAMPOS, R. S. S. **Educação do Campo**: Olhares, dilemas e perspectivas dos trabalhadores rurais da FETAGRI no estado do Amazonas. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação, UFAM, 2007.

CARMO, Eduardo Hage. Construção de novos pressupostos para o controle de endemias. In: BARRETO, ML., *et al.*, orgs. **Epidemiologia, serviços e tecnologias em saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 235 p. Epidemiológica series, nº 3. ISBN 85-85676-49-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

CARRILLO, Alfonso Torres. Educação Popular como prática política e pedagógica emancipadora. In: STRECK, Danilo R. & ESTEBAN, Maria Teresa (Orgs). **Educação Popular**: lugar de construção social coletiva. Petrópolis, RJ: Vozes, p.15 - 32, 2013.

\_\_\_\_\_. Educación Popular y Producción de Conocimiento. In: **Revista La Piragua**, nº 32, p.8-25, CEAAL, 2010.

\_\_\_\_\_. **La educación popular**: Trayectoria y actualidad. 2ed. Bogotá: Editorial El Búho, 2012.

CARVALHO, Marília Sá. Informação: da produção à utilização. In: Rozenfeld, Suely (org.) **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2000. 301p. Disponível: <http://static.scielo.org/scielobooks/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258.pdf>  
Acesso: 8 set. 2016.

CARVALHO, OS., COELHO, PMZ., and LENZI, HL., orgs. Glossário. In: **Schistosoma mansoni e esquistossomose: uma visão multidisciplinar** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, pp. 1085-1103. ISBN 978-85-7541-370-8. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação permanente em saúde. 2.ed. In: **Dicionário da educação profissional em saúde**. Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. 478 p. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>>. Acesso em 28 de maio de 2016.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1995

CONANDA. **Resolução nº 41 de 17 de outubro de 1995**. Dispõe sobre os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. Diário Oficial da União. Brasília, Seção I, p. 16319-16320, 17/10/95.

CONASS. Nota Técnica. **Diretrizes e orientações para o Programa de Qualificação dos Agentes de Combate às Endemias e demais Agentes que atuam em Vigilância em Saúde**, 2011. Disponível: [http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2012/01/NT-08\\_2011-QUALIFICAC%CC%A7A%CC%83O-ACE.pdf](http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2012/01/NT-08_2011-QUALIFICAC%CC%A7A%CC%83O-ACE.pdf) Acesso: 24/10/2016

\_\_\_\_\_. Progestores. Nota Técnica 08/2011. **Diretrizes para o Programa de Qualificação do Agente de Combate às Endemias**, 2011. Disponível: [http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2011/01/NT-08\\_2011\\_qualificacao\\_ace.pdf](http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2011/01/NT-08_2011_qualificacao_ace.pdf) Acesso: 24/10/2016.

CONFALONIERI, Ulisses E. C.. **Saúde na Amazônia: um modelo conceitual para a análise de paisagens e doenças**. *Estud. av.* [online]. 2005, vol.19, n.53, pp.221-236. ISSN 0103-4014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142005000100014>. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v19n53/24090.pdf> Acesso: 03 agosto 2017.

CORDEIRO, Maria Audirene de Souza.. **“A canoa da cura ninguém nunca rema só”**: o se ingerar e os processos de adoecer e curar na cidade de Parintins. 2017. 282 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Programa de Antropologia Social da Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2017. [Orientadora: Profa. Dra. Deise Lucy Oliveira Montardo].

\_\_\_\_\_. e MONTARDO, D.L.O. **Práticas populares de cura em Parintins (AM): agenciamentos sociais entre a borda e a norma dos poderes do Estado**. XI RAM - Reunión de Antropología del Mercosur, 2015.

CRUZ, Manuel M. Sítios agroflorestais na várzea do Careiro. **Revista de Geografia da Universidade do Amazonas**, Manaus, v. 1, n.1, p. 105-122, jan./dez.1999.

DIAS, J. C. P. Problemas e possibilidades de participação comunitária no controle das grandes endemias no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 14 (supl.2):19-37, 1998. (Suplemento Especial sobre Endemias e Participação Comunitária). Disponível: [www.scielo.br/pdf/csp/v14s2/1323.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s2/1323.pdf) Acesso: 08 out. 2017.

DINIZ, Maria Cecília P.; FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves; SCHALL, Virgínia Torres. Hortênsia de Hollanda: a arte da educação em saúde para prevenção e controle das endemias no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.533-556, abr.-jun. 2009.

DUARTE, Elisabeth Carmen e BARRETO, Sandhi Maria. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiol. Serv. Saúde**. [online]. Dez. 2012, vol.21, no.4 ):529-32

ECO, U. **Como se faz uma tese**. 22 Ed. Perspectiva, São Paulo, 2009, 170p.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa** (3a ed., J. E. Costa, Trad.). São Paulo: Artmed, 2009.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 42 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

FRANCO, Maria Amélia do Rosario Santoro. Prática pedagógica e docência: um olhar a partir da epistemologia do conceito. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos RBEP-INEP** [online]. 2016, vol.97, n.247, pp.534-551. ISSN 0034-7183. <http://dx.doi.org/10.1590/s2176-6681/288236353>. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S217666812016000300534&script=sci\\_abstract&tlng=p](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S217666812016000300534&script=sci_abstract&tlng=p) t Acesso: 23 fev. 2018.

\_\_\_\_\_; LIBÂNEO, José Carlos; PIMENTA, Selma Garrido. As dimensões constitutivas da Pedagogia como campo de conhecimento. **Revista Educação em Foco**. Belo horizonte, MG. Ano 14- n. 17 – julho 2011, p.55-78. Disponível: <http://www.uemg.br/openjournal/index.php/educacaoemfoco/article/view/103/138> Acesso 10 setembro 2016.

FRAXE, Therezinha de Jesus Pinto; WITKOSKI, Antônio Carlos and MIGUEZ, Samia Feitosa. O ser da Amazônia: identidade e invisibilidade. **Cienc. Cult.** [online]. 2009, vol.61, n.3, pp.30-32. ISSN 2317-6660. Disponível: [http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0009-67252009000300012](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252009000300012) Acesso: 23 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. **Cultura cabocla-ribeirinha: mitos, lendas e transculturalidade**. São Paulo: annablume, 2004.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

\_\_\_\_\_. **Política e educação**. São Paulo: Cortez Editora, 1997.

\_\_\_\_\_. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 1999.

\_\_\_\_\_. Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação. In: C R Brandão (org.) 2ªed. **Pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1982.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo:Atlas,2008.

GINZBURG, Carlo. Sinais: Raízes de um paradigma indiciário. In: Carlo Ginzburg. **Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história**. Tradução de Frederico Carotti. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

\_\_\_\_\_. **A micro-história e outros ensaios**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1991.

GONÇALVES, Luiz Gonzaga. Conhecimento do mundo como sabedoria de vida na cultura popular: horizontes a partir da contribuição de Paulo Freire. In: LUCENA, R.F.;SOARES,S.P.L; CARLOS,E.J.(Orgs.). **Temas contemporâneos de educação**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2009. 200p.

\_\_\_\_\_. **Formas Inventivas de Transitar pelo Mundo: Uma Contribuição dos Saberes e Práticas Populares no Brasil**. Relatório de Estágio Pós-doutoral. PPGE/UNISINOS, São Leopoldo- Rio Grande do Sul, 2011.

HOLLANDA, Hortênsia Hurpia de. Educação sanitária na profilaxia das endemias rurais. **Hist. cienc. Saúde - Manguinhos** [online]. 2009, vol.16, n.2. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702009000200017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000200017) Acesso em 23 set. 2016.

HURTADO, Carlos Nunez. Contribuições para o Debate Latino-Americano sobre a Vigência e a Projeção da Educação Popular. p.147 a 155. In: PONTUAL, Pedro, IRELAND, Timothy (organizadores). **Educação Popular na América Latina: diálogos e perspectivas**. Brasília: Ministério da Educação: UNESCO, 2006. 264 p. (Coleção Educação para Todos; v. 4)

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico de 2010**. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, dados referentes ao município de Parintins (AM). Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/parintins/panorama>. [Consultado em 14 de novembro de 2018].

LENZI, M.F. **As invisibilidades do dengue: um olhar sobre suas representações em uma favela do município do Rio de Janeiro – Retratos de uma vulnerabilidade**. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública. 2008.

LIMA, Débora de Magalhães. A construção histórica do termo caboclo: sobre estruturas sociais no meio rural amazônico. IN: **Novos cadernos do NAEA**, v. 2, n. 2, 1999. Belém: NAEA/UFPA. Disponível: [http://repositorio.ufpa.br/jspui/bitstream/2011/3125/1/Artigo\\_ConstrucaoHistoricaTermo.pdf](http://repositorio.ufpa.br/jspui/bitstream/2011/3125/1/Artigo_ConstrucaoHistoricaTermo.pdf) Acesso: 09 jan. 2019

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

LIMA, M. C. A cidade, o urbano e o rio na Amazônia. **Revista ACTA Geográfica (UFRR)** , v. 1, p. 107-117, 2008. Disponível: <https://revista.ufrr.br/actageo/article/download/203/367> Acesso: 25 set 2018

LIMONGI, J.E.; MENEZES, E.C; MENEZES, A.C . Vigilância em Saúde no Programa Saúde da Família. Hygeia. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 4, p. 35-44, 2008.

LUDKE, Menga & ANDRÉ, Marli. **Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986 (Temas básicos de educação e ensino)

MAFFESOLI, M. **Elogio da razão sensível**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

MARINHO, T. P. ; SCHOR, T. . Segregação socioespacial, dinâmica populacional e rede urbana na cidade de Parintins/AM. **REVISTA GEOGRAFARES** , v. 7, p. 77-92, 2009. Disponível: <http://www.periodicos.ufes.br/geografares/article/view/152> Acesso: 28 out 2017

MEJÍA, Marco Raúl. Aprofundar na Educação Popular para construir uma globalização desde o Sul. In: UNESCO. **Educação Popular na América Latina: diálogos e perspectivas**. Brasília: UNESCO, MEC, CEAAL, 2005.

\_\_\_\_\_. **La educación popular: una expresión de construcción de lo propio**. Documento apresentado na XXV reunião anual da ANPED. Porto de Galinhas. Brasil, 2012.

\_\_\_\_\_. Posfácio – La Educación Popular: una construcción colectiva desde el sur y desde abajo. In: STRECK, Danilo; ESTEBAN, Maria Teresa (Orgs.). **Educação Popular: Lugar de construção social coletiva**. Petrópolis: Vozes, 2013.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e Organização Social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo, Hucitec/Abrasco, 1994.

MIALHE, F. L.; DAVID, H. M. S. L. . Os discursos dos agentes comunitários de saúde sobre suas práticas educativas. In: Fábio Luiz Mialhe. (Org.). **O Agente Comunitário de Saúde: Práticas Educativas**. 1ªed. Campinas: Editora Unicamp, 2011, v. , p. 83-120.

MINAYO M.C.S. Contribuições da Antropologia Para Pensar e Fazer Saúde. In: **Tratado de Saúde Coletiva**. Gastão Wagner de Sousa Campos (Org.). São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC; 1999.

MONKEN, Maurício; BATISTELLA, Carlos. Vigilância em Saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. EPSJV. FIOCRUZ, 2016. Disponível: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/vigsau.html>. Acesso: 27 set. 2016

OLIVEIRA, José Aldemir de. **Cidades na selva**. Manaus: editora Valer, 2000.

\_\_\_\_\_. A cultura, as cidades e os rios na Amazônia. **Cienc. Cult.** [online]. 2006, vol.58, n.3, pp.27-29. ISSN 2317-6660. Disponível: <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v58n3/a13v58n3.pdf> , Acesso 10 de junho de 2017.

OLIVEIRA, Maria Verônica A. de Santa Cruz. **A educação popular em saúde e a prática dos agentes de controle das endemias de Camaragibe:** uma ciranda que acaba de começar. Revista APS, v.7, n.2, p.66-79, jul./dez. 2004

OLIVEIRA, Rosely Magalhães de; VALLA, Victor Vincent. **As condições e as experiências de vida de grupos populares no Rio de Janeiro:** repensando a mobilização popular no controle do dengue. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 2001.

OLIVEIRA, Inês Barbosa de. **Boaventura e Educação.** Belo horizonte: Autêntica, 2006. 168 p. (Coleção Pensadores & a educação, 8)

PAIM, Jairnilson Silva. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI.** Salvador: EDUFBA, 2006.

PEDROSA, J.I.S. Avaliação das práticas educativas em saúde. In: Vasconcelos E.M (org.). **A saúde nas palavras e nos gestos:** reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo (SP): Hucitec; 2001. p. 261-81

REVEL, Jacques (Org.). **Jogos de escala:** a experiência da microanálise. Tradução Dora Rocha. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998. 264p.

REVEL, Jacques. **Micro-história, macro-história:** o que as variações de escala ajudam a pensar em um mundo globalizado. Revista Brasileira de Educação, vol. 15, n. 45, set./dez. 2010, p. 434-444.

RENOVATO, R.D.; BAGNATO, M.H.S. Práticas educativas em saúde e a constituição de sujeitos ativos. **Texto Contexto Enferm.**, v.19, n.3, p.554-62, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a18v19n3.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2011. doi: 10.1590/S0104-07072010000300018.

SANTOS, B. S. **Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social.** São Paulo: Boitempo, 2007.

\_\_\_\_\_. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. In: SANTOS, B. S. **Conhecimento prudente para uma vida decente:** um discurso sobre as ciências revisitado. São Paulo: Cortez, 2004.

\_\_\_\_\_; MENESES, Maria Paula. (Orgs.) **Epistemologias do Sul.** São Paulo; Editora Cortez. 2010. 637páginas.

SCHMID, Ary Walter. **Glossário de Epidemiologia.** Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Volume 10 – junho/dezembro, 1956, números 1/2. Disponível: <http://www.revistas.usp.br/afhsp/article/viewFile/85426/88246> acesso 20/12/2016 Acesso: 20 dez 2016.

SCHWEICKARDT, Júlio & LIMA, Nísia Trindade. Os cientistas brasileiros visitam a Amazônia: As viagens científicas de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas (1910-1913). **História, Ciências e Saúde – Manguinhos.** Rio de Janeiro, vol. 14, Suplemento, dez, 2007. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14s0/02.pdf> Acesso: 20 jan 2017

SCHWEICKARDT, Júlio Cesar. Território e Saúde Pública: O Saneamento Rural no Amazonas, 1921-1930. **Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH • São Paulo**, julho 2011. Disponível: [http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1300889552\\_ARQUIVO\\_TerritorioeSaudePublica\\_textocompleto\\_anpuh2011.pdf](http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1300889552_ARQUIVO_TerritorioeSaudePublica_textocompleto_anpuh2011.pdf) Acesso: 15 mar. 2017

SEVALHO, Gil. Apontamentos críticos para o desenvolvimento da vigilância civil da saúde. **Physis** [online]. 2016, vol.26, n.2, pp.611-632. ISSN 1809-4481. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000200014>. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-3312016000200611&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-3312016000200611&script=sci_abstract&tlng=pt) Acesso : 28 set. 2016

SILVA, Luiz Jacintho da. O controle das endemias no Brasil e sua história. **Cienc. Cult.** [online]. 2003, vol.55, n.1, pp. 44-47. ISSN 2317-6660. Disponível: <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v55n1/14855.pdf> acesso em 22 out. 2016

SILVANO, Renato Azevedo Matias & BEGOSSI, Alpina. Ribeirinhos e caçaras: a vida entre terra e água. In: Dossiê 193 Povos Tradicionais. **Com Ciência Revista Eletrônica de Jornalismo científico**. UNICAMP, São Paulo, 2017. Disponível: <http://www.comciencia.br/ribeirinhos-e-caicaras-vida-entre-terra-e-agua/> Acesso: 19 dez 2018

SOUZA, Nilciana Dinely de. **O Processo de Urbanização da Cidade de Parintins (AM): Evolução e Transformação**. Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Geografia Humana, da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas (FFLCH) da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2013. Disponível: [www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/.../2013\\_NilcianaDinelyDeSouza\\_VCorr.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/.../2013_NilcianaDinelyDeSouza_VCorr.pdf) Acesso: 28 mar. 2018.

SOUZA, José Camilo Ramos de. **A Geografia nas Escolas das Comunidades Ribeirinhas de Parintins: entre o currículo, o cotidiano e os saberes tradicionais**. Tese (Doutorado em Geografia Física). Universidade de São Paulo, 2013.

\_\_\_\_\_. **Parintins: uma ilha urbanizada**. Manaus, 1998. 60 f. (Monografia do Bacharelado em Geografia) – Instituto de Ciências Humanas e Letras – Departamento de Geografia, Universidade Federal do Amazonas. Manaus, 1998.

STOTZ, Eduardo Navarro; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; BORNSTEIN, Vera Joana. Educação Popular em Saúde. In: MARTINS, Carla Macedo; STAUFFER, Anakeila de Barros(Orgs). **Educação e Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. 192 p. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 6.)

\_\_\_\_\_; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; BORNSTEIN, Vera Joana.. **O agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde**. Rev APS 2009; 12(4):487-497. Disponível: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/AgenteComunitario.pdf> Acesso: 30/10/2018

Rev. APS, v. 12, n. 4, p. 487-497, out./dez. 2009

\_\_\_\_\_. Enfoques sobre educação e saúde. In: VALLA, V.; STOTZ, E. N. (Orgs.). **Participação Popular, Educação e Saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p.11-22, 1993. Disponível: [http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/\\_uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal\\_10993.pdf](http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/_uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal_10993.pdf) Acesso: 30 set. 2016.

\_\_\_\_\_, E.N; David, H L S; Wong Um, J. **Educação Popular e Saúde: Trajetórias, expressões e Desafios de um Movimento Social**. Revista de APS, v.8, n1: 1-23, 2005.

SOARES, Elaine Pires. **O Processo de Integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica em Parintins/Am**, 2011, Monografia (Especialização em Saúde Pública para Gestores do SUS) – *Lato Sensu* - Instituto Leônidas e Maria Deane/Fiocruz Amazônia, Manaus, 2011. (Orientador: Prof. Dr. Marcílio Medeiros)

STRECK, Danilo. Territórios de Resistência e criatividade: Reflexões sobre os lugares da Educação Popular In: STRECK, Danilo e STEBAN Maria Teresa (Org.). **Educação Popular: lugar de construção social coletiva**. Petrópolis, Vozes, 2013

TEIXEIRA, Carmen Fontes. **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](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2002000700015&script=sci_abstract&tlng=pt) Acesso: 14 setembro 2017

\_\_\_\_\_, PAIM JS, VILASBÔAS AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **IESUS** 1998; 7(2):7-28. Disponível: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/iesus/v7n2/v7n2a02.pdf> Acesso: 30 mai. 2017

TRINDADE, Deilson do Carmo. **As benzedeiras do Amazonas: a atualidade da cura popular na cidade de Parintins**. In: Congresso Norte e Nordeste de Pesquisa e Inovação, 2012, Palmas. Anais do VII CONNEPI. Palmas: IFTO, 2012 Disponível: <http://propi.ifto.edu.br/ocs/index.php/connepi/vii/paper/view/1761> Acesso 17 mai 2016.

VALLA, Victor Vincent. Participação popular e endemias: uma nova conjuntura. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14(Sup. 2):4-5, 1998

\_\_\_\_\_. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. Saúde Pública** [online]. 1998, vol.14, suppl.2, pp.S07-S18. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1998000600002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1998000600002&script=sci_abstract&tlng=pt) Acesso: 19 out.2016.

\_\_\_\_\_. Parte IV - Educação e participação popular: Revendo o debate em torno da participação popular: ampliando sua concepção em uma nova Conjuntura. In: BARATA, RB., and BRICEÑO-LEÓN, RE., orgs. **Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. 376 p. ISBN: 85-85676-81-7. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. disponível: <https://books.google.com.br/books?isbn=8575413945> Acesso: 28 set. 2016

\_\_\_\_\_. Educação popular e conhecimento: a monitoração civil dos serviços de saúde e educação nas metrópoles brasileiras. In: STOTZ, E. N.; VALLA, V. V. (Org.). **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993b. p. 103-112.

\_\_\_\_\_. **A crise de compreensão é nossa:** procurando compreender a fala das classes populares. *Educação e Realidade*, n. 21, p. 177-190, 1996.

\_\_\_\_\_. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1999, vol.15, suppl.2, pp.S7-S14. Disponível:[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1999000600002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1999000600002&script=sci_abstract&tlng=pt) Acesso: 24 out 2016.

\_\_\_\_\_. Educação, saúde e cidadania: investigação científica e assessoria popular. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1992, vol.8, n.1, pp.30-40. ISSN 1678-4464. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1992000100004>. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1992000100004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1992000100004) Acesso: 30 set. 2016.

\_\_\_\_\_. As classes populares, apoio social e emoção: propondo um debate sobre religião e saúde no Brasil. In: MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JR, C.E.A (org). **Críticas e atuantes:** Ciências Sociais e Humanas na América Latina [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 708 p. ISBN 85-7541061-X. Disponível: <http://books.scielo.org/id/w5p4j/pdf/minayo-9788575413920-06.pdf> Acesso: 28 abr. 2016.

VASCONCELOS, E.M. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 8, 2001.

\_\_\_\_\_. **Educação Popular e a atenção à saúde da família.** 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

\_\_\_\_\_. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: Eymard Mourão Vasconcelos. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos:** reflexões da Rede de Educação Popular nos Serviços de Saúde. 1ed.São Paulo: Hucitec, 2001, v. 1, p. 73-100.

\_\_\_\_\_. **Educação Popular nos serviços de saúde.** 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1991, 139 p.

WAGLEY, Charles. **Uma comunidade Amazônica:** estudo do homem nos trópicos. (Coleção Reconquista do Brasil). 3ª ed. Belo Horizonte: Itatiaia, 1988.

WALDMAN, Eliseu Alves. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. *Inf. Epidemiol. SUS* [online]. 1998, vol.7, n.3, pp.7-26. ISSN 0104-1673. <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16731998000300002>. Disponível: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/iesus/v7n3/v7n3a02.pdf> Acesso: 23 mai.2017

WAWZYNIAK, João Valentim. **Assombro de olhada de bicho:** uma etnografia das concepções e ações em saúde entre Ribeirinhos do Rio Tapajós, Pará - Brasil [Tese de Doutorado]. São Carlos: Programa de Pós-graduação em Antropologia, Universidade Federal de São Carlos; 2008. Disponível: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/1411/2147.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso: 6 jun. 2017

\_\_\_\_\_. Agentes Comunitários de Saúde: Transitando e atuando entre diferentes racionalidades no rio Tapajós, Pará, Brasil. **Campos** 10(2), 2009, pp. 59-81. Disponível: <https://revistas.ufpr.br/campos/article/view/20164> Acesso: 05 dez.2016.

## APENDICES

### APENDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

**Prezado (a) Sr/Sr<sup>a</sup>**

Convido o Sr. (a) para participar como voluntário (a), na pesquisa que tem como título **SABERES POPULARES NAS PRÁTICAS EDUCATIVAS DOS AGENTES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO CONTEXTO DE ÁGUAS E FLORESTAS NO AMAZONAS**. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. A pesquisa tem como objetivo principal compreender as especificidades e sentidos dos saberes populares da Vigilância em Saúde pela dinâmica dos processos educativos, considerando a fundamentação teórico-prática da educação e da vigilância, pelas diretrizes estabelecidas para esse campo, explicitando as práticas de saúde e sua mediação de saberes tendo em vista os elementos presentes no contexto amazônico. No caso de aceitar fazer parte da pesquisa, o Sr. (a) será solicitado a responder a algumas questões que possuem alguns temas orientadores, esta entrevista será gravada e possivelmente o Sr. (a) será fotografado. A sua colaboração, que vem pautada na sua experiência e formação profissional será importante para contribuir para o fortalecimento da educação e da vigilância em saúde no Estado do Amazonas. Os riscos e, ou desconfortos previstos em decorrência da sua participação na nossa pesquisa, pode ser o constrangimento em responder aos questionamentos, a invasão de sua privacidade, de sua comunidade, entretanto, o Sr. (a) terá liberdade para pedir esclarecimentos sobre qualquer questão, bem como para desistir de participar da pesquisa a qualquer momento que desejar, mesmo depois de ter assinado este documento, e não será, por isso, penalizado de nenhuma forma. Caso desista, basta avisar ao pesquisador e este termo de consentimento será devolvido, bem como todas as informações dadas pelo Sr. (a) serão destruídas. As informações obtidas através dessa pesquisa serão

confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o senhor (a), podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento com o pesquisador. Como responsável por esta pesquisa me comprometo em manter sigilo de todos os dados.

### **Assinatura do pesquisador**

---

#### **Pesquisador Responsável**

Raimundo Sidnei dos Santos Campos

Endereço residencial: Rua Diogo Nunes de Quesada, Redenção, nº 93 A. Manaus-AM. CEP: 69047530

Endereço eletrônico: sydneycamposstm@gmail.com

Telefone para contato: Cel: (92) 99442-6307 e Res: (92) 3321 1843

#### **Universidade responsável:**

Universidade Federal da Paraíba – Centro de Educação

Endereço institucional: Jardim Cidade Universitária, Campus I, S/N, João Pessoa-PB

Telefone para Contato: (83) 32167140

#### **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba – Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba- CEP/CCS/UFPB**

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900

UF: PB Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

Eu, \_\_\_\_\_ declaro

que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo participar das atividades da pesquisa intitulada: **SABERES POPULARES NAS PRÁTICAS EDUCATIVAS DOS AGENTES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO CONTEXTO DE ÁGUAS E FLORESTAS NO AMAZONAS**. Fui devidamente informado que serei entrevistado e minhas entrevistas serão gravadas, e ainda que estarei sendo acompanhado pelo pesquisador em alguns processos de trabalho nas comunidades como nas visitas domiciliares

e nas práticas de educação em saúde podendo ainda ser fotografado (a). Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade, e que os dados de identificação e outros pessoais não relacionados à pesquisa serão tratados confidencialmente.

**Assinatura do(a) participante**

---

**Local:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **APENDICE B- Roteiro para realização de Entrevista**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA COLETA DE DADOS COM OS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS – ACE**

I - Leitura e assinatura do TCLE

II - Estas questões foram elaboradas como forma de orientação das entrevistas que serão realizadas com os Agentes de Combate às Endemias a fim de coletar dados presumidos pela investigação. O objetivo é analisar a percepção dos Agentes de Combate às Endemias-ACE's sobre os saberes populares presentes nas práticas educativas da Vigilância em Saúde nos espaços amazônicos de florestas e de águas.

### **III – Questões Norteadoras para coleta de dados**

1- Descreva sua atuação como profissional da Vigilância em Saúde. Em sua opinião qual a importância dos ACE's para a área de Vigilância em Saúde e para a comunidade?

2- Que tipo de atividades você realiza no seu dia-a-dia? Como é feito o trabalho de campo nas comunidades? O que dificulta a realização do trabalho? O que facilita? Fale sobre o assunto.

3- No trabalho realizado como ACE o que é feito para envolver os comunitários, os sujeitos populares nas ações? Qual a importância da participação popular para as endemias e em geral para as ações de vigilância em saúde das comunidades?

4- Nos lugares onde não tem a presença dos agentes de vigilância em saúde como é feita a vigilância? Você tem conhecimento se fazem uma vigilância popular e comunitária? Como os comunitários fazem para cuidar da saúde e evitar as doenças nos lugares onde moram (várzeas, na beira do rio, na terra firme, dentro da floresta, etc.), inclusive nos tempos das enchentes e das vazantes dos rios? Fale sobre o assunto.

5- No trabalho realizado você se depara com os saberes populares? Fale sobre alguma vivência nesse sentido ou que você tenha conhecimento. Fale sobre os saberes populares que você conhece que ajudam no trabalho das práticas de vigilância em saúde nas comunidades?

6- Em sua opinião os saberes populares tem alguma utilidade (importância) para o trabalho das endemias e da vigilância em saúde em geral? Qual seria essa utilidade? Fale sobre o assunto.

7- Que tipo de ações no campo das endemias e da vigilância em saúde que você participa no seu dia-a-dia que é levado em consideração os saberes populares? Isso facilita a realização do trabalho. Fale sobre o assunto.

8- Fale sobre as atividades de educação em saúde que os ACE's desenvolvem quando estão atuando nas comunidades. A comunidade se envolve e participa?

9- Qual a importância de fazer educação em saúde? Que resultados são alcançados com essas ações nas práticas de Vigilância em Saúde? Em sua opinião que papel tem o saber popular na prática educativa da vigilância em saúde?

10- Como você lida com os saberes populares em relação às normas e protocolos das endemias e da vigilância em saúde? Dá pra conciliar ou gera conflito? Como você faz?

**Pesquisador Responsável:**

Raimundo Sidnei dos Santos Campos

Endereço residencial: Rua Diogo Nunes de Quesada, Redenção, nº 93 A. Manaus-AM. CEP: 69047530

Endereço eletrônico: sydneycamposstm@gmail.com

Telefone para contato: Cel: (92) 99442-6307 e Res: (92) 3321 1843

**Universidade responsável:**

Universidade Federal da Paraíba – Centro de Educação

Endereço institucional: Jardim Cidade Universitária, Campus I, S/N, João Pessoa-PB

Telefone para Contato: (83) 32167140

**Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba – Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba- CEP/CCS/UFPB**

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900

UF: PB Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

