

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL DE GERÊNCIA EM
SERVIÇOS DE SAÚDE**

Diana Carolina dos Santos Teva

**PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: O caso dos Agentes
Comunitários de Saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família em Manguinhos**

**Rio de Janeiro
2011**

Diana Carolina dos Santos Teva

**PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: O caso dos Agentes
Comunitários de Saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família em Manguinhos**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação no curso técnico de nível médio em saúde com habilitação em Gestão de Serviços de Saúde.

Orientadora: Márcia Valéria G. C. Morosini

Co-orientadora: Ana Lúcia de M. Pontes

**Rio de Janeiro
2011**

FICHA CATALOGRÁFICA

Diana Carolina dos Santos Teva

**PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: O caso dos Agentes
Comunitários de Saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família em Manguinhos**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação no curso técnico de nível médio em saúde com habilitação em Gestão de Serviços de Saúde.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Ana Lúcia de Moura Pontes (LABORAT / EPSJV / FIOCRUZ)

Angélica Ferreira Fonseca (LABORAT / EPSJV / FIOCRUZ)

Anna Violeta Ribeiro Durão (LATEPS / EPSJV / FIOCRUZ)

Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini (LATEPS / EPSJV / FIOCRUZ)

Dedico esta monografia aos trabalhadores da saúde, em especial aos ACS, que lutam permanentemente por uma sociedade justa e igualitária.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus, por estar presente nas minhas orações diárias e por me proteger e ajudar nos momentos ‘difíceis’.

Aos meus pais, pelo carinho, atenção, dedicação e empenho em me proporcionar sempre o melhor possível e serem tão compreensivos por tudo o que passei quanto à realização deste trabalho, assim como em relação ao incentivo diário de minha luta política.

Às minhas amigas, Brenda, Mariana e Isabelle, que de antemão peço desculpas pela minha ausência em certos momentos que sei que foram e são imprescindíveis em nossa trajetória. Saiba que meu amor por vocês é infinito!

Aos meus grandes amigos, parceiros, camaradas, companheiros de grêmio e de uma amizade sem fim e que vou levar para o resto de minha vida, mesmo que a distância nos atrapalhe neste novo episódio de nossas vidas. Quero que lembrem sempre dos momentos felizes que passamos juntos, das risadas, das tardes e noites no contêiner, dos momentos de discussão, das nossas saídas e de tudo mais, assim como do caminho que começamos a construir juntos. Agradeço muito a vocês, meus anjos: Giovanna (Minha Pretinha!), Jorge, Calazans, Leon, Oirã, Clarice (Minha Branquinha), Lucas (Você é muito importante pra mim, não se esqueça disso!), Michele, Cyntia, Mari, Cléo, Gui Téó, Gabi, Igor, João e Daniel (Ao qual conheço há pouco tempo e que tenho certeza que é só o início de uma longa amizade). Vocês estão do lado esquerdo (em todos os sentidos) do meu peito. Sem vocês meu mundo ficaria incompleto. Amo muito vocês!

Às ‘meninas malucas’, Isis, Karlla e Maria Clara, que só conheci este ano, mas que em pouco tempo me trouxe grandes alegrias e momentos de profundas risadas. Ajudaram-me por demais nos momentos de descontração. Agradeço demais por esses momentos, foram muito necessários! Saibam que se tornaram muito especiais em minha vida (é verdade)!

Às grandes amizades que construí nessa minha trajetória pela Escola Politécnica e que tenho certeza que nunca esquecerei. Agradeço muito a vocês por tudo, desde os esporros, beliscões, até os beijos e abraços. Muito obrigada: Valéria (Minha Val, Minha Florzinha!); Raquel Torres (Vou sentir muitas saudades de você. Obrigada mesmo por tudo. Sem você por perto não sei como seria aquela escola!); Raquel Junina; Leila;

Camila (Grande mestre, amiga, e conselheira. E, claro, muito nerd!) e Luciana (Amiga, conselheira e camarada. Ah, antes que eu esqueça: nosso Astro!).

À Angélica pelos grandes ensinamentos e por ser tão ‘bizarra’ me fazendo sorrir a todo o momento. Você se tornou muito especial para mim, vou sentir muito a sua falta nos corredores andando de um lado para o outro procurando algo ou alguém que você não lembra ou então não imagina o que/quem seja. Isso era muito estranho e engraçado ao mesmo tempo.

À Ana Lúcia pelos momentos de reflexão que me deixava, tanto depois de uma orientação, como em conversas aleatórias. Você foi muito importante para mim, principalmente neste ano de 2011. Muito obrigada pelas suas palavras sábias que me deixavam confusa por determinados momentos, mas que depois encaixavam todas as peças, montando-se assim um perfeito quebra-cabeça. Obrigada mesmo, sem você não sei o que seria de mim nesse ano tão complicado pelo qual passamos.

Acho necessário um agradecimento especial a duas pessoas que foram imprescindíveis nessa minha passagem pela escola e que, além de educadores, hoje em dia são grandes amigos. Refiro-me, portanto, à Márcia Valéria Morosini e André Malhão. À Márcia agradeço primeiramente por ter te conhecido, que foi uma das minhas maiores alegrias. Ter você como orientadora foi um dos momentos mais felizes pelo qual passei nesses últimos três anos. Foram muitos episódios que vivemos juntas, desde as reuniões com o grêmio, um dia quase inteiro de orientação, as idas em sua casa, as conversas de amiga, os conselhos que me passava, os ensinamentos, as brincadeiras que fazíamos durante a orientação, as implicâncias, as cismas, dentre os diversos momentos que, juntando todos, se resumem em uma palavra que tenho certeza que traduz tudo o que passamos juntas, que é: amizade. Grande amizade que construí e que tenho certeza que a tendência é se reforçar ainda mais. Muito obrigada por ser essa pessoa tão genial, generosa e amiga que você é. Palavras são poucas para lhe descrever e traduzir o quão importante você foi e sempre será na minha vida. Eu te amo muito, minha orientadora, amiga e mestre.

Quanto ao André, apesar de nunca ter sido meu professor, foi um grande mestre que reforçou em mim algo que vou levar para a vida inteira: a humildade. Agradeço muito aos grandes momentos e horas de conversa que tivemos sobre variados assuntos. Obrigada também pelos sustos que me dava quanto ao ‘Vou ligar para o seu pai!’. Vou ser sincera que sempre acelerava meu coração quando falava isso. Obrigada também pelos diversos ‘puxões de orelha’ e pelas conversas sinceras e amigas que tínhamos

quanto ao incentivo que nos proporcionava em relação aos estudos, aos nossos planos de futuro, como também à preocupação diária conosco quanto ao nosso bem-estar. Vou sentir muita falta de tudo isso! Obrigada por existir, André Malhão.

Agradeço também à EPSJV por ter me dado essa oportunidade que, felizmente, tanto aproveitei e na qual me integrei à busca constante pela contribuição daquilo que está em permanente construção, que é a própria escola politécnica. É certo que temos vivido momentos difíceis, mas o recado que deixo é que não devemos perder de vista o objetivo principal desta luta, que é a defesa de uma escola pública de qualidade para todos. As contradições e os conflitos sempre irão existir, mas devemos entender que estes não se explicam, se enfrentam.

Por fim, quero deixar a todos minhas sinceras desculpas pelos momentos de estresse, insensibilidade, frieza, impaciência ou desatenção, assim como as minhas ausências em determinados momentos.

“É certo que muitas coisas mudaram ao nosso redor, temos vivido momentos muito difíceis, mas não mudou a essência do processo revolucionário e não tem variado a meta mais importante, a formação de um ser humano mais completo e melhor preparado para formar uma nova sociedade.”(Aleida Guevara)

RESUMO

O presente estudo se baseia em uma análise do processo de precarização do trabalho em saúde na perspectiva do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), no âmbito da principal política de atenção básica do Ministério da Saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF). A precarização do trabalho do ACS é um processo histórico que se encontra desde a implementação da ESF até os dias atuais, e que recuperamos através de um resgate a criação do SUS e da ESF, pondo em questão os processos e concepções em disputa no cenário da saúde pública brasileira. Logo em seguida, o que se tem é uma análise específica sobre o trabalho em saúde na perspectiva deste sujeito, analisando as contradições que se fazem presente na efetivação de seu trabalho. Duas contradições podem ser imediatamente apontadas: a questão da ampliação de cobertura estar sendo acompanhada de um acirramento das condições de trabalho dos ACS, e a atribuição ao ACS de papel central na viabilização do cuidado em saúde. Em seguida apresentamos a análise do material coletado, teórico e empírico, a partir das categorias analíticas pré-definidas que são: reconhecimento, remuneração salarial, formação e vínculo empregatício. Neste sentido, tem-se uma análise específica da precarização do trabalho em saúde na perspectiva do ACS no território de Mangueiras, sujeitos que se integram diretamente ao tema da pesquisa. Compreendendo, com isso, as contradições e os conflitos que se fazem presente no trabalho do ACS e analisando assim, as implicações quanto aos impasses que a precarização produz no que se refere à concretização do SUS.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde. Precarização do Trabalho em Saúde. Saúde da Família.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1: Tabela sobre o percentual de equipe de saúde da família de acordo com o vínculo de trabalho dos ACS em âmbito nacional durante os anos de 2001 e 2002.

Ilustração 2: Mapa delimitado das equipes de Saúde da Família do território de Manguinhos que atuam no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria da ENSP.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS – Atenção Básica em Saúde
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AP – Área Programática
APS – Atenção Primária em Saúde
CAH – Comunidade Agrícola de Higienópolis
CLT – Consolidação das Leis de Trabalho
CMS – Centro Municipal de Saúde
CN – Congresso Nacional
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CSEGSF – Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria
CTACS – Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde
EC – Emenda Constitucional
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
EPI – Equipamentos de Proteção Individual
EPSJV – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
ESF – Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FIOTEC – Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde
FNS – Fundo Nacional de Saúde
FSESP – Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública
IEP – Iniciação à Educação Politécnica
MOPS – Movimento Popular em Saúde
MPT – Ministério Público do Trabalho
MS – Ministério da Saúde
MT – Ministério do Trabalho
NOB – Norma Operacional Básica
NVT – Nova Vila Turismo
ONG – Organização Não Governamental
OS – Organização Social
PA – Parque Amorim
PAB – Piso de Atenção Básica
PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde

PCC – Parque Carlos Chagas
PJG – Parque João Goulart
PL – Projeto de Lei
PNACS – Programa Nacional de Agente Comunitário de Saúde
POC – Parque Oswaldo Cruz
PSF – Programa Saúde da Família
RSB – Reforma Sanitária Brasileira
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TI – Trabalho de Integração
UBS – Unidade Básica de Saúde
UTGSF – Unidade de Treinamento Germano Sinval Faria
VD – Visita Domiciliar
VSP – Vila São Pedro
VT – Vila Turismo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 COMPREENDENDO O PROCESSO HISTÓRICO DE INSTITUIÇÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	20
2.1 RESGATE HISTÓRICO DO SUS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO MODELO DE REORIENTAÇÃO DO SISTEMA.....	20
2.2 TRAJETÓRIA HISTÓRICA E POLÍTICA DA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	25
3 TRABALHO EM SAÚDE: CONCEPÇÕES HISTÓRICO-CRÍTICAS ENGLOBANDO CONCEITOS DE TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE.....	34
3.1 UMA ANÁLISE DA DIMENSÃO ONTOLÓGICA E HISTÓRICA DO TRABALHO EM SAÚDE: COMPREENDENDO A PARTIR DO TRABALHO REALIZADO PELO ACS.....	34
3.2 A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: RELACIONANDO AO PROCESSO DE INSTITUIÇÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA	47
4 DISCUSSÃO DO PROCESSO DE PESQUISA.....	56
4.1 LOCALIZANDO O CAMPO DA PESQUISA: O TERRITÓRIO DA ESF EM MANGUINHOS.....	49
4.2 COLETA DE DADOS.....	61
4.3 CATEGORIAS PARA INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	62
4.4 IDENTIFICANDO OS ENTREVISTADOS.....	63
4.5 MÉTODOS DE ANÁLISE.....	64
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	65
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	66
5.1 OBSERVAÇÕES PRELIMINARES.....	66
5.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....	67
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	98
REFERÊNCIAS.....	102
APÊNDICE A.....	106
APÊNDICE B.....	110
APÊNDICE C.....	122
APÊNDICE D.....	124
ANEXO A.....	138
ANEXO B.....	140

1 INTRODUÇÃO

Meu interesse em estudar a Saúde Pública brasileira teve início no meu primeiro ano de estudos na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), no Curso Técnico Integrado ao Ensino Médio. Essa curiosidade em conhecer novos saberes, aspecto este que, de acordo com Paulo Freire (1996) é necessário e presente na investigação de um pesquisador, se prolongou através de um eixo/módulo do curso técnico chamado Iniciação à Educação Politécnica (IEP) que busca fazer uma reflexão crítica acerca da realidade da saúde pública brasileira. Esse eixo/módulo discutiu os conceitos e processos em disputa na nossa sociedade, a partir da reflexão do modelo hegemônico de produção, o sistema capitalista.

Ainda neste mesmo período, deparei-me com a escolha de participar de um Trabalho de Integração (TI) – considerado como uma subdisciplina do IEP – sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF é uma política nacional de atenção básica e é entendida como porta de entrada para o serviço público de saúde, sendo considerada também como uma estratégia de reorientação do modelo brasileiro de atenção à saúde.

Essa reorientação do modelo de atenção busca superar ou substituir o modelo biomédico que enxerga a saúde como ausência de doença, e entende que a doença é condicionada somente por questões biológicas, desprezando assim aspectos econômicos, culturais e sociais da população assistida. Esse modelo biomédico supervaloriza o papel do médico e tem gerado a medicalização da vida.

O novo modelo que se pretende implantar com a Saúde da Família, na reorganização da atenção básica em saúde, valoriza ações de promoção, recuperação e manutenção da saúde e a prevenção de agravos na população adstrita, de forma integral, contínua e permanente, que guardam relação com concepções de saúde, trabalho e educação.

O TI tinha como principal objeto de estudo o Agente Comunitário de Saúde (ACS), integrante da equipe de saúde da família, que é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número determinado de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Essa responsabilidade pelo acompanhamento integral das famílias coloca para as equipes de saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no contexto brasileiro, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sendo assim, localizo o início desta investigação no momento em que comecei a participar do TI, tendo sempre como ator principal deste trabalho, o ACS. A escolha por focar o ACS se justifica, pois identifiquei nele funções importantes e singulares que dependem de certas características que lhe são específicas, como por exemplo, o fato de ele estar sempre junto à comunidade – trabalhando e vivendo junto a esta – buscando promover a saúde da população local.

Outra motivação para prosseguir este estudo foi o sentimento de inquietação e indignação diante da contradição que existe entre o discurso de diversos autores e documentos que dizem que o ACS é o personagem principal na viabilização do cuidado em saúde, sendo considerado como peça-chave fundamental da atenção à saúde, contraposto ao fato de ser ele o trabalhador que mais sofre com as precárias condições de trabalho na Saúde da Família. Ou seja, ser considerado a peça-chave na viabilização da atenção à saúde não é suficiente para que o ACS seja reconhecido socialmente, tanto pela equipe de saúde, como pela comunidade em que atua. Ademais, esses trabalhadores também não recebem um salário capaz de suprir suas necessidades sociais; muitos possuem uma formação profissional simplificada, associada a um vínculo precarizado de trabalho, que por vezes não lhes oferece os direitos básicos de um trabalhador brasileiro.

Durante o Trabalho de Integração sobre a ESF, buscamos também entender e refletir sobre algumas experiências de saúde comunitária, que foram: Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) que, atualmente configuram-se na Estratégia Saúde da Família, a principal política nacional de atenção básica. Essa reflexão será retomada nessa pesquisa, compreendendo os processos em disputa no âmbito das políticas de educação e saúde e que se refletem no trabalho desempenhado pelos ACS na viabilização do cuidado em saúde, logo, na efetivação da Saúde da Família e, por conseguinte na consolidação do SUS.

Entendemos ao longo da disciplina que a ESF está relacionada com a política de ampliação da cobertura dos serviços de saúde, com a finalidade de obter resultados positivos quanto aos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida. No entanto sua ampliação vem sendo acompanhada de um acirramento das condições de trabalho dos ACS - profissional essencial e peça-chave neste modelo – que percebo estar sendo pouco valorizado e não reconhecido pelas equipes da ESF como um trabalhador da saúde, apesar de sua profissão estar reconhecida legalmente desde 2002,

quando foi publicada, após anos de luta, a lei nº 10.507 que regulamenta a profissão de ACS.

Portanto, a partir de tudo que já foi mencionado, explico que desejos se configuraram na elaboração desta pesquisa. Primeiro, durante o TI, quando surgiram inquietações principalmente em relação às condições de trabalho dos ACS e as contradições que permeiam a efetivação do exercício de sua profissão. Segundo, durante o desenvolvimento desta pesquisa, a qual espero que possa contribuir para a luta destes trabalhadores na busca por superar os limites travados e os processos contraditórios e de disputa em torno do seu trabalho. E por fim, o meu terceiro e último desejo está em dar continuidade a uma curiosidade epistemológica iniciada no meu primeiro ano de estudos na EPSJV com a minha participação no TI e que compreendo como algo que faz parte de um acabado provisório e inacabado permanente, pois concluo o meu terceiro e último ano com a continuação da mesma, que tenho certeza que não se limitará a este trabalho.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, inicio o primeiro capítulo com um resgate histórico sobre o processo de implantação da Saúde da Família em âmbito nacional, que hoje em dia é considerada como a principal estratégia de viabilização da atenção e do cuidado em saúde e reorientação do SUS. Para melhor analisar o processo histórico de instituição da ESF, busquei subdividir em dois momentos. O primeiro diz respeito a uma análise sintética quanto ao processo de democratização da saúde com a implantação do SUS até a discussão sobre a reorientação do sistema de saúde a partir da atenção básica em saúde, compreendendo a concepção e sua principal política nacional, que é a Saúde da Família. Já no segundo momento, busco analisar mais especificamente o processo de implementação da ESF como a principal política nacional de atenção básica no âmbito do SUS, percorrendo assim a sua trajetória até os dias atuais.

No segundo capítulo, subdividido também em dois momentos, na primeira parte apresentarei uma breve análise sobre o processo histórico do trabalho em saúde, buscando compreender primeiramente o sentido ontológico-histórico do trabalho e do trabalho em saúde a partir de concepções histórico-críticas, abordando o trabalho realizado pelo ACS. Na segunda parte, a partir da compreensão do trabalho em saúde, nos propomos a realizar uma reflexão e análise da precarização do trabalho em saúde na perspectiva do trabalho desempenhado pelo ACS, que é o objetivo geral desta investigação. Com isso, aprofundo-me na discussão sobre a precarização do trabalho do ACS relacionando-o ao processo de implantação da ESF, compreendendo assim os

projetos em disputa presentes nos diferentes contextos históricos - principalmente em relação aos conceitos de trabalho, educação e saúde que se fazem presente no exercício do trabalho dos ACS -, tanto na formulação da política, quanto no contexto atual, analisando assim a questão da efetivação desta política. Partindo assim, da análise e reflexão teórico-crítica de alguns autores que põem em questão as diversas contradições presentes na efetivação desta política pública, principalmente em relação às condições de trabalho que são oferecidas aos ACS. A questão central gira em torno da compreensão de que a ampliação de cobertura dos serviços de saúde vem sendo acompanhada por um acirramento nas condições de trabalho dos ACS, como já ressaltado anteriormente, e faz com que o trabalho desses atores se torne cada vez mais precarizado.

No terceiro capítulo explicito como se deu o processo de investigação da pesquisa, ou seja, a metodologia de pesquisa utilizada para a realização do trabalho. Explicando, portanto, como foram realizadas as entrevistas e suas análises para a construção dos resultados da investigação proposta, como também em relação às análises documentais, assim como a escolha das categorias de pesquisa e análise a partir do que foi estudado na revisão bibliográfica sobre a qualificação profissional dos ACS.

Já no quarto e último capítulo, mergulho em uma discussão mais específica, que faz parte do recorte desta pesquisa, que é a análise da precarização do trabalho em saúde a partir da experiência dos ACS que atuam no CSEGSF/ENSP/FIOCRUZ no território de Manguinhos. Este capítulo apresenta o entendimento da precarização do trabalho dos ACS a partir das falas dos próprios atores deste processo (os ACS), obtidas por meio de entrevistas. O capítulo foi desenvolvido a partir da análise feita nos capítulos anteriores, compreendendo o processo de implantação da saúde da família, como também o processo de precarização do trabalho do ACS em âmbito nacional. A partir dessa compreensão, foi possível fazer uma análise mais específica do que foi investigado em relação ao trabalho dos ACS no campo delimitado, utilizando a análise das entrevistas realizadas.

Sendo assim, perguntas foram sendo feitas ao longo da elaboração desta pesquisa, a saber: Qual a percepção dos ACS sobre seu reconhecimento profissional? Como eles percebem e avaliam seu vínculo trabalhista e remuneração salarial? Têm existido processos formativos para os ACS? Será que na realidade dos serviços o ACS é reconhecido como profissional peça-chave na atenção em saúde? Seu salário é

suficiente, ou melhor, equivale à complexa função que desempenha e o mesmo é capaz de suprir suas necessidades sociais? A partir dessas questões iniciais, outras foram construídas no desenvolvimento da pesquisa.

Por fim, considero que esta pesquisa faz parte de, não somente realizar um Trabalho de Conclusão de Curso, mas principalmente de continuar a investigar algo que era do meu interesse e curiosidade e que me fazia ‘tremar de indignação’ pelas injustiças evidentes, como disse sabidamente Ernesto Che Guevara. Também se trata de tentar responder perguntas e indagações que foram sendo travadas ao longo da investigação, e que, ao mesmo tempo em que as respondo, outras dúvidas e questões são formadas. Assim, essa minha curiosidade é explicada nas palavras de Paulo Freire (1996: 32) como aquela que tem como característica principal a inquietação indagadora - como *inclinação ao desvelamento de algo, como pergunta verbalizada ou não, como procura de esclarecimento, como sinal de atenção que sugere alerta e faz parte integrante do fenômeno vital*. Sustentado por essa curiosidade epistemológica que, ao criticizar-se, tende a aumentar cada vez mais, o meu desejo em superar essas novas indagações segue e espero que possa ser suprido doravante ao longo de outras novas pesquisas.

2 COMPREENDENDO O PROCESSO HISTÓRICO DE INSTITUIÇÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Este capítulo apresenta uma produção sintética do resgate histórico do processo de implementação da Saúde da Família em âmbito nacional, sendo considerada desde a sua criação até a sua conformação como a principal política nacional de atenção básica do Ministério da Saúde. O capítulo traz uma abordagem histórica desde o início da luta dos profissionais de saúde e de outras áreas pela democratização da saúde no Brasil, até os dias atuais.

Para a melhor compreensão deste processo, subdividi este capítulo em dois momentos, que não são distintos, mas que se articulam e interligam-se diretamente. O primeiro momento diz respeito à compreensão do processo de luta pela democratização da saúde, com isso, a implementação do SUS e, por conseguinte, a compreensão da atenção primária em saúde como central para a reorientação do então vigente sistema de saúde até os dias atuais.

No segundo momento, busco analisar mais especificamente o processo histórico de implementação da saúde da família no âmbito do SUS, entendendo-a como a principal política nacional de atenção básica.

2.1 Resgate histórico do SUS e a atenção primária à saúde como modelo de reorientação do sistema de saúde.

A luta pela democratização e universalização do acesso à saúde tem como marco histórico a década de 1970 e início da década de 1980 com o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que foi integrado por diversos setores da sociedade civil, sejam eles usuários e profissionais de saúde. Este movimento buscou superar a iniquidade na distribuição dos serviços de saúde e no acesso da população aos mesmos, compreendendo a saúde como direito de todos. Esta compreensão buscava superar a lógica do direito à saúde vinculado à contribuição e colidia com o modelo hospitalocêntrico, propondo níveis diferenciados e complementares de atenção à saúde e responsabilidades também diferenciadas e complementares entre os entes federados (Município, Estado e União)

O movimento pela RSB culminou mais tarde, em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), presidida por Sergio Arouca¹, e, dois anos, na formulação do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988, regulamentado inicialmente pelas Leis Orgânicas da Saúde (a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 e a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990). Este texto constitucional tem como marco central a participação popular em massa, nunca antes vista na construção de uma Constituição Federal brasileira.

O movimento pela RSB teve importância principalmente na configuração do artigo 196 da referida Constituição que define a saúde como um direito de todos e dever do Estado. O conceito de saúde expresso na Constituição de 1988 advém do relatório final da VIII CNS que trata a saúde em seu sentido ampliado, considerando assim a sua complexidade e extensão, como *resultante das condições de habitação, alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde* (BRASIL, 1986:04).

Em suma, o SUS surge desse movimento pela RSB, compreendendo a saúde em seu sentido ampliado e como dever do Estado, baseado numa outra concepção do processo saúde-doença. A saúde passa a ser enxergada para além da ausência de doença, como um fenômeno com dimensões individuais e coletivas, condicionado por diversos fatores – sociais, culturais e outros - além do biológico. Esse sistema foi formulado a partir de princípios para a melhor organização da atenção em saúde e que considero como os objetivos a serem alcançados através dos diferentes serviços de saúde, a exemplo da Estratégia Saúde da Família, que são: a universalidade, que é a garantia do acesso e atendimento a toda população; a integralidade, entendida como o conjunto de ações que visem à continuação dos serviços de prevenção e recuperação, sendo estes tanto no âmbito individual, como no coletivo; e a equidade, por meio do qual o atendimento deve ser realizado de forma igualitária, respeitando a diversidade e observando as desigualdades sociais e de saúde da população assistida.

Com isso, de acordo com Viana e Dal Poz (2005), o SUS pode ser explicado a partir de duas concepções reformistas. A primeira diz respeito a uma reforma mais radical, chamada pelos autores por do tipo *big bang*, que está relacionada à introdução de modificações expressivas e significativas no sistema de saúde, de forma rápida e

¹ Sergio Arouca era médico-sanitarista da Fundação Oswaldo Cruz e um ano depois da VIII CNS se tornou presidente da Instituição, falecendo no ano de 2003.

pontual, como foi a implementação do Sistema Único de Saúde, que produziu grandes mudanças na forma de organizar e operar o sistema de saúde no Brasil.

Já a segunda concepção está inserida nos tipos de reformas com que o SUS vem passando ao longo dos diferentes contextos históricos. Concepção esta que é entendida pelos autores como de ‘incrementos’, pois não ocorre de forma explosiva e, sim, de acordo com as necessidades que surgem ao longo das evidências e das contradições que ali se fazem. E assim, nesse mesmo movimento, entende-se, portanto, o processo de reorientação do SUS através dos diferentes modelos de atenção à saúde (VIANA & DAL POZ, 2005).

A Atenção à Saúde é compreendida conforme Matta e Morosini (2009) como *a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população. É expressa em políticas, programas e serviços de saúde consoante os princípios e as diretrizes que estruturam o SUS* (MATTÁ & MOROSINI, 2009:39).

Nesse mesmo movimento, considerando a reforma por incrementos, ainda na perspectiva do processo de reorientação do SUS, tem-se como finalidade sua reorganização a partir da atenção primária em saúde, com o objetivo de melhorar a assistência em saúde. Este movimento de reorganização dos sistemas de saúde, em âmbito internacional, decorre da Conferência de Alma Ata, realizada no ano de 1978, que passa a compreender, portanto, os princípios da Atenção Primária em Saúde como necessários para a efetivação e formulação de novas propostas quanto à organização dos serviços de saúde. E, com isso, pautados na compreensão do processo saúde-doença e nas práticas de saúde de forma ampliada.

É importante ressaltar a importância dos movimentos sociais na luta pela democratização e pelo direito à saúde, em âmbito nacional, que segundo Lopes *et al.* (2011), baseados na concepção de participação social

buscavam refletir sobre os problemas de saúde das populações pobres; as condições coletivas de carência dos bairros; as causas que geravam essas condições; e a percepção da necessidade de discussão e atuação sobre os determinantes sociais da saúde, visando mobilizar a comunidade e, nesse processo, fortalecer a conscientização e a luta pelo direito à saúde (LOPES, DURÃO & CARVALHO, 2011:167).

Compreende-se, portanto, a partir disto, que foram os diversos movimentos sociais que se expandiram em nível nacional que fortaleceram e ampliaram a necessidade de mudança do modelo de atenção e a luta pelo direito à saúde. Com isso,

um novo modelo de atenção passou a ser proposto baseado na Atenção Primária em Saúde.

De acordo com Matta e Morosini (2009), a concepção de Atenção Primária em Saúde foi utilizada com o objetivo de organização dos sistemas de saúde, como também como uma forma de contrapor ao então modelo vigente de atenção à saúde, conhecido como modelo biomédico, pautado no reducionismo biológico e na atenção individualizada de cunho curativista, enxergando o indivíduo somente como uma doença, desqualificando assim os aspectos sociais e culturais ao qual estava inserido. Este modelo tinha como algumas características o mecanicismo; o biologismo; o individualismo; a especialização médica; a medicina curativa como prioritária; a concentração de recursos na assistência hospitalar, pois priorizava as práticas médicas em hospitais, conhecido também como modelo hospitalocêntrico; dentre outras. Com isso, este modelo entra em crise, pois segundo Corbo *et. al.* (2007), estava causando desigualdades quanto às condições de saúde da população e no acesso aos serviços de saúde.

Portanto, com a crise do modelo biomédico, a APS vem como uma nova forma de compreender o processo saúde-doença e as diversas práticas de saúde, até então desconsideradas. Segundo Fausto e Matta (2007) e outros autores, a APS compreende-se como: um conjunto de ações/atividades relacionadas às práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde; um nível de atenção que deve estar interligado entre os demais; uma estratégia de organização dos sistemas de saúde, como já explicitado anteriormente, de forma a possibilitar a efetivação das diretrizes e princípios norteadores dos diversos sistemas de saúde, sendo esta também considerada como um princípio das ações do cuidado em saúde. Entretanto, os autores enfatizam que sua definição deve-se partir de uma contextualização e um olhar político, pois é necessário entender primeiramente os contextos histórico-sociais e os aspectos políticos, econômicos e ideológicos, para que assim, se entenda a concepção de APS a partir das variadas interpretações e abordagens.

A nomenclatura utilizada internacionalmente é a atenção primária em saúde, sendo que, no Brasil, utiliza-se atenção básica em saúde, pois do ponto de vista ideológico, segundo os mesmos autores, havia uma forte resistência de alguns atores à terminologia de atenção primária à saúde, principalmente pelo fato de ter sido veiculada por organizações internacionais.

Há diferentes interpretações quanto à concepção do modelo de atenção primária à saúde. É visto, de um lado, como uma política focalizadora da assistência, criada visando à redução dos custos e à reforma do Estado, proposta por organismos internacionais, sendo entendida como uma atenção de baixo custo e desligada dos outros níveis de assistência. De outro lado, temos também a concepção da atenção primária à saúde como um modelo de organização dos sistemas de saúde, e dessa forma, funcionando como uma rede integrada de serviços de atenção à saúde, articulada na promoção de uma atenção continuada (CORBO, MOROSINI & PONTES, 2007).

De acordo com um estudo feito por Gil (2006) sobre as sinergias e as singularidades da concepção de atenção primária e atenção básica em saúde, a autora, buscando compreender seus conceitos e concepções no cenário da RSB, conclui que a ABS é a mais utilizada no país, para se distinguir da concepção que remete a APS somente a cuidados primários à saúde, ou seja, como uma prestação pré-definida e limitada de serviços de saúde. Por isso, a utilização da concepção de ABS, pois de acordo com diferentes autores, refere-se não somente a cuidados primários, mas sim a um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, para a viabilização da atenção e do cuidado em saúde.

Conforme essa perspectiva, a Atenção Básica em Saúde é apresentada pelo Ministério da Saúde como

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2006: 2).

Entendendo, assim, a conceituação de atenção básica em saúde, pode-se passar à compreensão da Saúde da Família, tomada como sua principal estratégia na viabilização da atenção e do cuidado em saúde. Percebe-se, portanto, de acordo com Gil (2006), ainda na perspectiva do estudo já citado, a importância que a reorganização do SUS foi tomando desde a sua criação, concebida principalmente através da ABS, tendo como principal política de reorientação do modelo assistencial, a Saúde da Família.

A Saúde da Família é resultado da configuração de algumas experiências comunitárias, que foram o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) criado em 1991 e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, que, novamente segundo Viana e Dal Poz (2005), produziram modificações no modo de financiar a saúde e de organizar os serviços e as ações locais.

2.2 Trajetória histórica e política da Saúde da Família

Resgatando historicamente as experiências em assistência à saúde, nota-se que estas remontam à 2ª Guerra Mundial com a instituição dos Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP) - que se ampliou para Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP). Estes tinham como objetivo principal fornecer assistência em saúde às pessoas que trabalhavam na extração de minério de ferro e borracha, através de ações voltadas para o saneamento e combate às endemias da população assistida. Essa assistência em saúde estava permeada pelos interesses dos Estados Unidos e seus aliados na extração e preservação da produção dessas matérias-primas pelos trabalhadores.

De acordo com Silva e Dalmaso (2002a), foram diversas as experiências com programas de assistência comunitária em saúde que se seguiram quanto à ampliação de cobertura. Destacava-se nesses programas o trabalho de auxiliares, que eram conhecidas como 'visitadoras sanitárias' que atuavam em atividades de promoção da saúde e na prevenção de doenças, como também responsáveis pela mobilização comunitária. Atividades essas que permeiam os princípios e metas dos diversos programas que se seguiram até a implantação da atual Saúde da Família.

Dentre as experiências em saúde comunitária, pode-se destacar as propostas de Medicina Geral e Comunitária, em Porto Alegre, em meados da década de 1980; a Ação Programática em Saúde, em São Paulo, durante os anos 70; o Médico de Família, em Niterói, no mesmo período de criação do PACS, em 1992; dentre outros que se configuram como alternativas ao modelo hegemônico de atenção à saúde, anteriores à formulação e implantação do PSF

Com isso, a partir dessas e de uma série de experiências comunitárias vivenciadas no cenário brasileiro, tem-se em 1987, no Ceará, a criação do Programa de Agentes de Saúde, que tinha como característica central a utilização em ampla escala do trabalho de ACS, compreendido também como um plano emergencial para a seca que

atingia a região. Com o programa, o governo do Ceará tentou diminuir os problemas que atingiam a região com o emprego de moradores das áreas empobrecidas, em sua maioria mulheres, em atividades voltadas para a promoção da saúde.

Os ACS eram eleitos pela comunidade assistida, exigindo-se a residência deles na mesma e com participação popular. O seu vínculo consistia numa bolsa paga em âmbito estadual. Com relação ao treinamento para o exercício das atividades, obtinham uma capacitação inicial, com supervisão municipal, com duração de cerca de dois meses. As atividades eram focadas em ações voltadas para a educação e promoção da participação da comunidade.

Segundo Silva e Dalmaso (2002a) e Morosini *et al* (2007), importantes resultados positivos foram obtidos com as experiências em saúde comunitária no estado do Ceará, que dizem respeito ao aumento na cobertura de atenção à saúde e à ampliação do acesso, como também ao controle em relação aos indicadores de saúde da população assistida. Nesse processo destacou-se a importância do papel desempenhado pelo ACS, que influenciou a criação pelo Ministério da Saúde, em 1991, do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Pnacs), que, em 1992, tornou-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esse programa passa a ser utilizado em outras regiões do país, tendo suas atividades voltadas para a atuação em locais de difícil acesso, principalmente nas áreas rurais, e também aos grupos que estivessem com maior risco quanto à saúde. Através do PACS, o Ministério da Saúde (MS), não somente institucionaliza as experiências que já vinham se desenvolvendo em diversas regiões do país, como também garante a legitimidade quanto à realização da função dos ACS.

De acordo com alguns autores, entre os quais, Silva e Dalmaso (2002a) e Morosini (2010), sua implementação inicial se deu principalmente nas regiões do Norte e Nordeste, com um escopo e uma abrangência de atuação predominantemente seletiva e focalizada, priorizando áreas e estratos empobrecidos da população.

No início da década de 1990, mesmo após a criação do SUS em 1988, de acordo com Corbo *et. al.* (2007), o Brasil carecia de um modelo de atenção que suprimisse as necessidades de saúde da população. De um lado, temos a carência de cobertura na saúde, por falta de financiamento e gestão; e do outro, temos os resultados positivos alcançados pelo PACS quanto aos indicadores de saúde da população assistida, principalmente em relação à diminuição da mortalidade infantil e materna. Portanto, torna-se pauta política do MS a elaboração de uma proposta que ampliasse a capacidade do PACS em nível nacional, com possibilidade de expansão para os centros urbanos.

Esta proposta se concretiza em 1994, ainda em formato de programa, agora com a nomenclatura de Programa Saúde da Família (PSF), tendo como eixos norteadores a promoção da saúde, a integralidade na atenção e no cuidado em saúde, a territorialização e a continuidade das ações de saúde.

De acordo com as autoras, o êxito e a necessidade de incorporar outros profissionais, que não se restringisse somente ao enfermeiro e ao ACS (como acontecia no PACS) quanto às práticas de saúde, e para que o Programa não funcionasse de forma isolada, principalmente em locais de difícil acesso, em sua maioria nas áreas rurais, fez com que o PACS passasse a ser compreendido como uma estratégia transitória para o PSF.

O PSF passa a ser, então, configurado como uma política de introdução de modificações quanto às práticas de saúde nas áreas urbanas, principalmente onde se tem altos índices de mortalidade e morbidade em determinados locais. Com isso, tem-se a incorporação de outros profissionais de saúde no PSF, contribuindo assim para a melhoria da atenção básica em saúde da população assistida.

Portanto, o PACS e o PSF entram em jogo no cenário da saúde pública brasileira, agora em nível nacional, com suas normas e diretrizes aprovadas pela portaria 1.886 de 18 de dezembro de 1997. Esta Portaria define as atribuições dos ACS, de forma que suas ações estivessem voltadas para a promoção e prevenção de doenças, sendo a eles vedada a realização de atividades dentro do serviço ambulatorial, com o intuito de fortalecer sua inserção nas ações educativas direcionadas à sua participação nas atividades comunitárias (Brasil, 1997).

O PACS e o PSF ainda são considerados por muitos autores como uma política focalizadora, voltada para as populações mais pobres, nos locais onde a maior parte da população sofre por carência de assistência à saúde, ou seja, onde se tem um maior índice de morbidades, mortalidade, dentre outras consequências da ausência do cuidado em saúde para com essas pessoas.

Considero esta carência de assistência à saúde uma consequência da não atuação do Estado nesses locais, que são em sua maioria as conhecidas ‘comunidades’ ou ‘favelas’. Compreendo também que a atuação do Estado dar-se-á, muitas vezes, de forma contraditória, pois o mesmo Estado que tem o dever de conceber de forma igualitária os direitos à população, independente de sua classe social, é aquele que não cumpre com suas obrigações, que é a de garantir os direitos necessários à sobrevivência humana, questão esta intimamente ligada à concepção ampliada de saúde, como já dito

anteriormente. O Estado também pode ser entendido como aquele que privilegia certa classe e age de forma coercitiva com outra (que por sua vez é a maioria), como é característico na sociedade capitalista.

E, portanto, partindo desta análise, muitas vezes essas obrigações são entendidas pela maior parte da população, principalmente aqueles desprovidos de um serviço de saúde público de qualidade, como um favor que o Estado está prestando àquelas pessoas, e tem-se por consequência o entendimento da concepção de direito como gratuidade. Ou seja, um serviço público de saúde, mesmo sendo de má qualidade, é aceito pela população por se ter a concepção de direito ao acesso ao sistema público de saúde como algo gratuito, e não como um direito, como diz a Constituição Federal de 1988.

Mais tarde, a Portaria 1.886/97 é revogada e entra em vigor a Portaria 648 de 28 de março de 2006, que regulamenta as normas e diretrizes do PACS e do PSF, competindo a cada esfera de governo, seja ela municipal, estadual ou federal, as responsabilidades com o cumprimento dos princípios da atenção básica, pela organização e pela execução das ações em saúde.

O PSF, desde a segunda metade da década de 1990, passa a ser considerado como uma política central na organização do modelo assistencial, tendo assim, segundo o Ministério da Saúde, como objetivo:

a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e o hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (Brasil, 1998).

O PACS e PSF reúnem-se na Estratégia Saúde da Família, entendida como a principal política nacional de atenção básica no âmbito do SUS, operacionalizada através de equipes multiprofissionais. Estas equipes, em sua concepção mínima, são compostas por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um máximo de 12 (doze) ACS. Já em sua dimensão ampliada, compõem-se também de uma equipe de saúde bucal, contendo: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene dental. Cada equipe se responsabiliza por no mínimo 3 (três) mil pessoas e máximo de 4 (quatro) mil e 500 (quinhentas), ou então, por cerca de mil famílias. Essas equipes trabalham em unidades básicas de saúde e nas comunidades, atuando não somente na promoção da saúde, como também na prevenção, recuperação e manutenção da saúde da população local (BRASIL, 2006).

Sua mais recente nomenclatura, Estratégia Saúde da Família, delineou-se no sentido de romper com o conceito de programa que se vinculava à ideia de verticalidade e transitoriedade. Por ser considerada a estratégia central para a reorientação da atenção à saúde no Brasil está associada diretamente à reorganização da atenção básica em saúde, pautando-se também nos princípios e diretrizes configurados no âmbito do SUS.

Tem-se, assim, como princípios, ou fundamentos da atenção básica em saúde para a viabilização do cuidado por meio da Saúde da Família, os seguintes:

- I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e
- VI - estimular a participação popular e o controle social (Brasil, 2006)

Além destes, a Saúde da Família, visando à reorganização da atenção básica, configura-se nos seguintes princípios gerais para a viabilização da atenção e do cuidado em saúde:

- I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;
- II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
- III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e
- V - ser um espaço de construção de cidadania. (Brasil, 2006)

Os recursos financeiros para o funcionamento da ESF são repassados do governo federal para os municípios. Esse financiamento foi estruturado pela Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96), com o Piso de Atenção Básica (PAB)² variável, que repassa

² Implantado em 1997, o PAB é o total de recursos financeiros destinados ao financiamento da atenção básica. Tem-se um parte fixa – PAB fixo -, que é a parte destinada a população total de cada município, calculando-se através da renda per capita. Como também uma parte variável – PAB variável -, que é o destinado aos programas criados pelo MS, a exemplo da ESF e dos ACS (BRASIL, 2006; MOROSINI, 2010).

os recursos necessários para o financiamento dos programas da ABS, dentre eles o PSF, atual ESF. Mais tarde foi promulgada a portaria n. 157 de 19 de fevereiro de 1998, estabelecendo as normas de repasses dos recursos financeiros aos municípios que implantaram o PSF e o PACS, pois a NOB 96 não foi implementada em seu formato original. Hoje, os mecanismos de repasse têm como referência a Política Nacional de Atenção Básica, inicialmente, conforme a Portaria 648 de março de 2006 e, atualmente, segundo a Portaria 2488 de outubro de 2011.

Segundo Corbo *et. al.* (2007), analisar a Saúde da Família no Brasil, é compreender um processo de disputa de projetos de modelos assistenciais. Disputa esta que diz respeito à substituição, ao deslocamento, do modelo hegemônico de assistência à saúde, que é o biomédico - centrado na atenção individual médico-curativista -, para a atenção integrada à saúde, compreendida através da promoção, prevenção e o cuidado como uma ação contínua de intervenção da saúde. Entendendo assim, a saúde como resultante de um conjunto de necessidades sociais e historicamente construídas, ou seja, das condições de vida de toda a população. E, portanto, a Saúde da Família, segundo as autoras, surge como uma possibilidade de romper com as concepções já enraizadas nos profissionais de saúde e na população como um todo, pautada no modelo clássico de atenção à saúde, ou biomédico. Com isso, essa nova estratégia de atenção à saúde tem como objetivo romper com essas concepções, pautando-se assim, na compreensão do processo saúde-doença, compreendendo a saúde em seu sentido ampliado.

A política nacional de atenção básica, compreendida pela Saúde da Família, é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, e, portanto, considerada como porta de entrada para os serviços de saúde, ou seja, o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e das comunidades com o sistema de saúde, orientada através dos princípios configurados no SUS. Segundo as mesmas autoras, o princípio da universalidade está intimamente relacionado à acessibilidade, entendendo, portanto, que um sistema só é universal quando se torna acessível. Por isso se tem o desafio de constituir a saúde da família como porta de entrada do sistema de saúde brasileiro. Pretende-se, assim, que a população evite acessar o sistema por múltiplas portas de entrada, focando-se então em um serviço de atenção básica de qualidade, o que diminuiria a demanda nos demais níveis de atenção.

Entende-se que a melhoria da atenção e da qualidade da assistência na ESF, que tem por consequência a diminuição da demanda nos demais níveis de atenção, dar-se-á primeiramente através da organização do processo de trabalho da equipe de saúde da

família, principalmente quanto ao entendimento de que não é somente o ACS que deve ter o caráter de ‘pendor à solidariedade’, ou que deve ter a responsabilidade de promover a saúde. Todos que estão inseridos neste processo de cuidado em saúde deveriam ter estas características e responsabilidades para com a população assistida. Assim como, também todos os trabalhadores deveriam ter direito ao reconhecimento pelo trabalho realizado, em especial o ACS, que muitas vezes não é valorizado nem reconhecido pela sua própria equipe de atuação.

Na tentativa de facilitar o acesso da população aos serviços de saúde, ou melhor, de integrar, ou reintegrar parte da população que foi historicamente excluída do acesso aos serviços de saúde, a saúde da família precisa acionar um conjunto de ações e práticas que remetem ao cuidado em saúde, caso contrário, correm o risco de oferecer uma atenção reduzida.

Nesse sentido, alguns autores, de acordo com Gil (2006), apontam inquietações quanto à Saúde da Família. Caracterizam-na como uma *medicina simplificada, ou prática de saúde pobre para pobres* (GIL, 2006:1177), principalmente quando, ainda segundo o autor, tem-se a concepção político-ideológica de focalizar a assistência a populações carentes de serviços de saúde, que por sua vez são os pobres e marginalizados.

Romper com esta concepção remete à compreensão da importância de um dos propósitos da ESF, que concerne à participação popular para modificar e definir a execução das políticas públicas de saúde, caminhando no sentido da democratização da saúde, proposta desde a VIII CNS.

Na minha concepção, este rompimento inclui superar também a perspectiva da saúde da família como estratégia para tentar amenizar a pobreza e a desigualdade social que acomete a maior parte da população brasileira. Este desafio está intimamente relacionado à compreensão de todo o processo saúde-doença, analisando os diversos contextos históricos e sociais em que este processo se dá.

Pensar na reorientação do SUS a partir da atenção básica, logo, através da Saúde da Família, requer compreender também o quão importante se torna a organização do processo de trabalho neste contexto de produção e reorganização da atenção. Entendo que a mudança deste modelo está diretamente ligada à mudança do processo de trabalho, que advém primeiramente da mudança do processo de formação dos profissionais de saúde como um todo, compreendendo, portanto, questões sociais e culturais que permeiam a vivência da população assistida.

Para a transformação do modelo de atenção não se pode restringir as atividades de promoção da saúde, prevenção de agravos, de educação permanente em saúde, do cuidado em saúde etc., ou seja, ações de cidadania, somente ao trabalho dos ACS, sob a justificativa de estes estarem mais perto e mais diretamente ligados com a comunidade. Deve-se também expandir essas ações aos demais profissionais de saúde, o que poderia levar a mudanças importantes no processo de trabalho, com efeitos na melhoria da atenção à saúde.

Esses desafios são postos, principalmente, na configuração e no processo de trabalho das equipes multiprofissionais, no rompimento quanto à concepção de como é dividido o trabalho, que por muitas vezes resulta na dicotomia de quem ‘pensa’ o trabalho e de quem o ‘executa’, ou seja, na separação do trabalho manual do intelectual entre os profissionais de saúde. Isso é especialmente importante, quando se pensa no trabalho do ACS, antes capacitado em serviço, com atividades muito pragmáticas e, por muito tempo, sem reconhecimento como um profissional, o que facilitou essa dicotomia entre os ACS e os demais profissionais da estratégia saúde da família.

Cabe lembrar que este trabalhador teve sua profissão regulamentada, após anos de luta, somente em 2002 através da lei 10.507 que, por sua vez, o apresenta como um trabalhador estratégico para a viabilização da atenção e do cuidado em saúde, assim como para a reorganização do SUS.

E, portanto, entende-se também nesta pesquisa, a partir da compreensão do processo de construção da saúde da família, os processos de disputas que foram sendo travados, tanto na formulação, quanto na concepção de ampliação de cobertura, principalmente, em relação ao trabalho desempenhado pelo ACS, que muitas vezes não é considerado por alguns autores e demais profissionais como um profissional de saúde. Tem-se, portanto, a concepção por parte de alguns autores da não necessidade da formação profissional dos ACS, devido à compreensão de seu trabalho como simples³ - mesmo considerando a complexidade de suas atribuições-, não necessitando, portanto, de uma formação para o exercício; como também por ser este um trabalhador inserido na classe popular, ou seja, considerado um trabalhador pobre para pobre.

Sendo assim, compreendendo os sujeitos desta pesquisa como a força de trabalho de maior representatividade numérica em âmbito nacional e considerado como

³ Segundo apontam Lima, Neves e Pronko (2006), trabalho simples é um conceito formulado por Marx que caracteriza um trabalho cuja natureza seria indiferenciada, não requerendo uma educação especial para ser realizado. Sendo assim, esse tipo de trabalho pode ser executado por qualquer homem comum, com as habilidades que dispõe.

sujeitos estratégicos no cenário de reformulação da atenção básica, ou seja, da saúde da família, busco, portanto, no próximo capítulo, entender com mais clareza quais desafios se colocam em questão e os projetos em disputa quanto às concepções de trabalho, educação e saúde, que se travam na efetivação do trabalho em saúde realizado pelo ACS no âmbito da ESF.

3 TRABALHO EM SAÚDE: CONCEPÇÕES HISTÓRICO-CRÍTICAS ENGLOBANDO CONCEITOS DE TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE

Neste capítulo, busco compreender o sentido do trabalho em saúde, vinculado ao trabalho que o ACS desempenha e o seu papel, analisando os processos em disputa que se fazem presente na compreensão do trabalho do ACS dentro dos serviços públicos de saúde, principalmente em relação às questões sobre trabalho, educação e saúde. Com isso, partindo desta compreensão do trabalho dos ACS e dos processos em disputa vigentes, busco compreender por fim, a precarização do trabalho em saúde deste ator no âmbito do SUS e da política de atenção básica na qual este ator se insere que é a ESF.

Para fazer esta análise, subdividi-o em duas etapas. A primeira diz respeito a uma análise mais específica da concepção do trabalho em saúde, compreendendo seu sentido ontológico e histórico para, depois, entendê-lo a partir do trabalho realizado pelo agente comunitário de saúde, compreendendo seu perfil e o seu papel como um profissional de saúde.

Na segunda etapa busco compreender a precarização do trabalho em saúde de acordo com os processos em disputa que se fazem presente, tanto no exercício de sua profissão, reconhecida atualmente, como também, vinculado a esta questão, o processo de implementação e extensão de cobertura da estratégia saúde da família. Compreendendo assim, os projetos em disputa que se configuraram ao longo de sua trajetória, principalmente em relação às concepções de trabalho, educação e saúde, que se fazem presente no exercício do trabalho dos ACS.

3.1 Uma análise da dimensão ontológica e histórica do trabalho em saúde: compreendendo a partir do trabalho realizado pelo ACS

Buscarei a compreensão do trabalho em saúde a partir de uma perspectiva ontológica e histórica do sentido do trabalho, entendendo também este sentido em uma sociedade com disputas entre diferentes projetos de trabalho, educação e saúde. Isto porque compreendo, antes de tudo, que concepções de trabalho, educação e saúde estão diretamente ligadas entre si e vinculadas ao conceito de trabalho em saúde, como também no trabalho realizado pelo Agente Comunitário de Saúde.

A concepção de trabalho, de acordo com Ramos (2007) e Frigotto (2009), parte de uma definição marxista que entende o trabalho como condição necessária da existência humana em qualquer tempo histórico, como também a questão do trabalho assumir formas históricas nos diferentes modos de produção da existência humana. Nas palavras de Marcelo Badaró⁴, o trabalho se define como uma ‘atividade social que os seres humanos estabelecem entre si para produzirem as condições de sua existência’.

O trabalho tem como característica principal a distinção do homem para o animal, pois o homem produz a sua própria existência, transforma a natureza para a sua sobrevivência, agindo conscientemente, ou seja, ele adapta a natureza e os meios de produção a seu modo de existência. Segundo a definição dada por Liedke em Ramos (2007), o trabalho é a energia posta em movimento que tem por finalidade *a transformação dos elementos em estado de natureza ou, ainda, a produção, manutenção de bens ou serviços, necessários à sobrevivência humana* (Ramos, 2007:29 in Liedke, 1997:268).

Compreende-se então que o trabalho em seu sentido ontológico é o que permite diferenciar a atividade humana do animal, pela sua capacidade de produzir e transformar a sociedade na convivência com outros indivíduos, conscientemente. Ou seja, a diferença é a racionalidade na produção de sua existência. Com isso, o ser humano tem a capacidade de transformar a natureza não somente para si, mas também para os que se encontram ao seu redor. Ou seja, o indivíduo ao se transformar, ao produzir, ao se modificar, ele transforma também os que estão ao seu redor, logo, é capaz de modificar a sociedade em que está inserido.

O animal se diferencia assim do homem, por produzir somente o que será necessário para o dispêndio de sua necessidade física imediata, ou seja, só produz absolutamente o que é necessário para sua existência, produz em uma só direção, enquanto o homem produz universalmente. Assim, o animal somente produz a si, enquanto o homem reproduz toda a natureza e os que estão no entorno (RAMOS, 2007).

Ainda neste mesmo sentido, diferenciando o homem do animal, pode-se exemplificar melhor quando se entende que o trabalho humano tem uma finalidade, um resultado, que é a transformação da natureza a partir dos meios de produção para a manutenção de sua existência.

⁴ Marcelo Badaró é professor da UFF e concedeu uma entrevista para a matéria de capa da Revista Poli: Saúde, Educação e Trabalho, Ano IV, Nº 19, setembro/outubro de 2011, da EPSJV/FIOCRUZ., que tinha como tema ‘Trabalho: o que mudou?’.

Embora se tenha claro que o homem é um ser da natureza, o que o diferencia dos outros seres existentes é a sua assunção da autonomia como espécie do gênero humano que pode projetar-se, criar alternativas e tomar decisões, como menciona Frigotto (2009). Esta, portanto, pode ser compreendida como a concepção ontológica ou ontocriativa do trabalho, que é descrita por Gaudêncio Frigotto (2009) como uma

atividade que responde à produção dos elementos necessários e imperativos à vida biológica dos seres humanos como seres ou animais evoluídos da natureza. Concomitantemente, porém, responde às necessidades de sua vida intelectual, cultural social, estética, simbólica, lúdica, afetiva. Trata-se de necessidades, que, por serem históricas, assumem especificidades no tempo e no espaço (FRIGOTTO, 2009:400).

Portanto, o processo de satisfação das necessidades do ser humano, sendo esta uma condição necessária à existência da vida humana, pode ser considerado como um processo de transformação, tanto da natureza, como do próprio ser humano. Sendo assim, o trabalho pode ser considerado como inerente à produção da vida humana, pois é necessário à sua existência. Entende-se, com isso, que o trabalho é uma determinação ontológica. Ontológica no sentido do conhecimento do ser enquanto ser, independente do modo de produção existente.

O trabalho também assume, de acordo com Ciavatta (2009), a determinação de princípio educativo, pois a relação entre trabalho e educação é intrínseca, entendendo que estes possuem um importante papel na ação humanizadora e formadora através das diversas potencialidades existentes no ser humano. O trabalho como princípio educativo assume como vertente principal a educação politécnica. Conceito este esboçado inicialmente por Karl Marx, durante o século XIX, também entendida, de acordo com Rodrigues (2009) como ‘concepção marxista de educação’ que parte da análise da formação de sujeitos críticos e construtores da sociedade em que vivem.

A educação politécnica se baseia em princípios norteadores como: a defesa pela educação pública para todos, rompendo com o monopólio, por parte da burguesia, do caráter detentor do conhecimento; a compreensão integral do processo produtivo (não separação de trabalho manual e intelectual); a formação omnilateral, ou multilateral (compreensão do todo no processo produtivo e na produção social); e, por último, a superação do estranhamento entre as práticas educativas e as sociais, feita através da integração entre escola e sociedade. Estas definições estão intimamente ligadas à concepção do trabalho como um princípio educativo.

Esta última questão, de entendimento do trabalho como princípio educativo, pode ser considerada como contraditória, quando se pensa no sentido do trabalho na

sociedade atual, como um trabalho alienante, que ao invés de dignificar o homem, *assume formas históricas muitas das quais degradantes, penalizantes, nas diferentes culturas, na estrutura capitalista e em suas diversas conjunturas* (CIAVATTTA, 2009:413). Portanto, tem-se uma síntese de que o trabalho não é especificamente educativo, pois ele depende das condições de sua existência, dos fins ao qual é destinado e de quem se apropria desse produto e do conhecimento ao qual se gera a partir do trabalho. A expropriação do trabalho humano por parte dos capitalistas ou detentores dos meios de produção fez com que, no campo da saúde, assim como da educação, o que era considerado como um direito se tornasse uma mercadoria, transformando em uma atividade como outra qualquer submetida ao mercado.

Em suma, o trabalho assume formas específicas nos diferentes modos de produção da existência humana, seja ele entendido nas diversas formas de trabalho, como, por exemplo, o trabalho primitivo, o servil, o escravo e o assalariado. Sendo este último o inserido no modo de produção capitalista. Por isso a determinação da concepção histórica que o trabalho assume. Já sua determinação ontológica parte da compreensão do trabalho como produto da atividade humana, logo, inerente à existência da vida humana.

Com isso, a partir da compreensão do sentido do trabalho, como condição para que se possa analisar o trabalho desenvolvido pelo ACS, faz-se necessária outra compreensão, que não se desvincula da já analisada, que é o sentido ontológico e histórico do trabalho em saúde. Por conseguinte, analisar de uma forma mais ampla e completa o sentido que o trabalho do Agente Comunitário de Saúde assume, entendendo a construção de sua identidade e de seu perfil profissional enquanto um trabalhador da saúde.

Entendendo, a partir de Ramos (2007), que as necessidades sociais são historicamente construídas, através das relações que os homens desenvolvem entre si para a produção de sua própria existência, seja ela material ou espiritual, temos então que esta produção é realizada pelo trabalho, visto anteriormente como uma condição necessária à vida humana. E, com isso, entende-se que a saúde é vista como uma necessidade social e histórica, e, por conseguinte, compreende-se a concepção de atenção à saúde em seu sentido ontológico como uma ação humana com destino ao cuidado de um com o outro e também, como pode ser visto por Matta e Morosini

(2009), em um sentido mais amplo, como uma *organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em respostas às necessidades da população* (MATTA e MOROSINI, 2009: 39). Em suma, o trabalho em saúde é o meio pelo qual a existência humana é produzida e mantida como bem-estar biopsicossocial.

Compreendendo que as necessidades de saúde de uma determinada população são historicamente e socialmente construídas nas relações sociais que se estabelecem entre os indivíduos, como já dito anteriormente, entende-se então que essas necessidades são atendidas, de acordo com Ramos (2007), por meio de políticas que *expressam os princípios, os valores e as normas de sociabilidade próprias de determinadas fases de desenvolvimento do modo de produção capitalista* (RAMOS, 2007:53). Com isso, as ações para o atendimento dessas necessidades são realizadas de acordo com a organização dos serviços de saúde e com a organização do sistema produtivo no qual se inserem.

As necessidades de saúde podem ser consideradas como um dos aspectos que determinaram a organização e a luta do povo brasileiro por um sistema de saúde público e de qualidade e de acesso universal a todos. Como já visto no capítulo anterior, esta luta culmina na VII Conferência Nacional de Saúde, em cujo relatório lê-se:

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (BRASIL, 1986: 4)

A partir da compreensão da saúde como uma necessidade social construída historicamente, assim como, o é a forma de organizar e oferecer as respostas a essas necessidades da população, passemos para a compreensão do trabalho em saúde na perspectiva do trabalho realizado pelo agente comunitário de saúde.

Entendo, primeiramente, que o trabalho em saúde é uma prática social, logo, desenvolvido por sujeitos sociais, que além de construírem, transformam e intervêm para a melhoria das condições de vida da população e da sociedade como um todo.

Como uma prática social, o trabalho em saúde é realizado por sujeitos sociais que devem refletir e agir com o intuito de transformação da realidade, o que nos leva a compreender a necessidade do trabalho em equipe. De acordo com a conceituação marxista, os sujeitos se constroem coletivamente com o objetivo de construção e transformação da realidade, e com isso, entendo a dependência do trabalho em equipe, principalmente na atuação em saúde da família. Esta última, por sua vez, é

operacionalizada através de equipes multiprofissionais, atuando em comunidades carentes de um serviço público de saúde que possa suprir a demanda e as necessidades de saúde da população e que tem a família como objeto de intervenção em saúde.

O trabalho em equipe, de acordo com Peduzzi (2009), a partir da introdução do PSF, em 1994, como estratégia de reorganização da atenção à saúde, é visto como pressuposto e diretriz fundamental para a reorganização do processo de trabalho em saúde. Entretanto, mesmo entendendo este como fundamental na viabilização da atenção em saúde e essencial para o trabalho do ACS, tem-se, de acordo com alguns autores, além de Peduzzi (2009), mas Oliveira & Spiri (2006) e Silva & Dalmaso (2002a), que este está associado à realização de tarefas, relacionada também à divisão social do trabalho, à desigualdade no trabalho, aos diferentes graus de autonomia profissional. Essa divisão tem se expressado também como restrição de algumas atividades, dentre elas a promoção da saúde, que deveria ser realizada por todos os profissionais inseridos na ESF, como também o requisito do vínculo com a comunidade, mas que acabam restritos à figura do ACS, por residir onde atua, que é na comunidade.

A experiência com equipes multiprofissionais é caracterizada, de acordo com as autoras, como uma dedicação quanto às atividades diárias do cuidado em saúde, que perpassa o entendimento da integralidade da assistência, como também remete à concepção de humanização quantos às práticas de saúde, buscando assim a satisfação dos usuários do serviço, através da compreensão de que deve haver um estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, tendo sempre a concepção de que saúde é um direito de cidadania. Essa experiência é compreendida também através da interação entre todos os membros para as ações integrais, em que cita o ACS como um trabalhador que não é valorizado, mas que se constitui em elemento primordial de ligação entre a comunidade e a equipe, levando os problemas para serem discutidos em equipe, propondo assim, soluções e intervenções (OLIVEIRA & SPIRI, 2006).

Segundo essas mesmas autoras, na Saúde da Família, é essencial o estabelecimento de vínculo entre a equipe - não se restringindo somente ao ACS, como também aos demais profissionais da equipe de saúde da família -, e a comunidade, pois a população se sente melhor cuidada, e com isso, se compromete com as atividades propostas, permitindo que um vínculo seja estabelecido quando se sente satisfeita com os serviços de saúde oferecidos, promovendo assim, a qualidade de vida e o bem-estar da população assistida e a disseminação do programa pelo país.

Ainda na perspectiva do trabalho como uma prática social realizada por sujeitos sociais, faz-se necessário localizar melhor o sujeito principal da investigação proposta, que é o ACS.

O Agente Comunitário de Saúde é parte integrante da equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família, compreendida, conforme visto anteriormente, como a principal política de atenção básica em saúde e essencial para a reestruturação do SUS, caracterizada também, por muitos autores e documentos institucionais, como a porta de entrada do sistema de saúde.

Este sujeito teve sua profissão reconhecida em 2002, após anos de luta da categoria, através da lei 10.507. De acordo com esta lei, o âmbito de exercício da profissão de ACS é exclusivamente o SUS, sendo esta profissão caracterizada *pelelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local*. Tanto na Lei 10.507 de 2002 quanto na Lei 11.350 de 2006 que a substituiu, temos os mesmos requisitos para o exercício da profissão, que são: residir na comunidade, haver concluído o ensino fundamental e haver concluído o curso de formação inicial e continuada. (BRASIL, 2002; 2006)

Podemos encontrar também através da lei 11.350/06 as atividades regulamentadas para o exercício da profissão de ACS na sua área de atuação, como:

- I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade;
- II - a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;
- III - o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
- IV - o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
- V - a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e
- VI - a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida (BRASIL, 2006).

A partir das concepções postas anteriormente em discussão, compreende-se que o trabalho realizado pelo ACS é um trabalho em saúde, pois além de ser um integrante da equipe multiprofissional da atual Estratégia Saúde da Família (compreendida no SUS), desempenha um papel fundamental, considerado por diversos autores e documentos institucionais como “elo” ou “ponte” entre o serviço/Estado e a comunidade neste novo modelo de atenção à saúde. O ACS atua, portanto, como um mediador entre esses setores da sociedade, desempenhando um papel que inclui a prevenção de doenças, os cuidados com os usuários e englobando ações que transitam

entre a prevenção, a promoção, a recuperação e a manutenção da saúde da população adstrita. Este trabalho, de acordo com Morosini *et. al.* (2007),

(...) requer pensar criticamente situações vividas e desenvolver ações mediante essas reflexões; assumir a concepção de educação como um processo que possibilite a população ver-se como construtora da sociedade, podendo alterá-la; compreender a saúde como expressão das condições objetivas de vida, isto é, entender a saúde na concepção ampliada e crítica. (MOROSINI, FONSECA e PEREIRA, 2007:22).

Ainda quanto ao trabalho do ACS, de acordo com Silva e Dalmaso (2002b), identificam-se dois componentes principais de sua proposta de atuação: a primeira que é uma mais estritamente técnica, relacionada a atendimentos dos indivíduos e das famílias, a prevenção de agravos e o monitoramento de problemas específicos; e o segundo que é mais político, que se volta para a organização e transformação das condições de vida da comunidade, atuando principalmente com o conceito amplo de educação em saúde.

Essas duas dimensões podem ser incorporadas ao papel que assume de mediador, que também pode ser incluído nas suas atribuições descritas pelo Ministério da Saúde, como pode ser encontrado através da portaria n. 648, de 28 de março de 2006 e que se incorporam às atividades dos ACS descritas pela lei 11.350 de 2006, como já visto anteriormente. Vejamos suas atribuições:

- I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adstrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- II - trabalhar com adstrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
- IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
- VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e
- VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002 (BRASIL, 2006).

De acordo com um estudo feito por Gomes *et. al.* (2009) e outros autores, alguns ACS têm encontrado intensas dificuldades em cumprir com suas atribuições, por diversos motivos que os cercam, mas especialmente pelo leque de exigências ao qual estão submetidos, como também pelas condições econômico-sociais das famílias

acompanhadas, que remetem a problemas cujas soluções transcendem o setor saúde. Fora estes motivos que dificultam sua atuação, deve também ser considerada a situação de violência que acomete a maior parte das comunidades assistidas. Violência esta que é reflexo de diversas questões da sociedade atual, que mais explicitamente pode ser explicada pela desigualdade social. Estas dificuldades, entretanto, precisam também ser compreendidas em relação com a forma como esses trabalhadores são formados e preparados para a execução de suas funções, como pretendemos ver ao longo da pesquisa.

Voltando-se para o papel desempenhado pelo ACS tanto na comunidade, como no serviço de saúde, de acordo com alguns autores, dentre eles Nunes *et. al.* (2002), é a partir destes que se constrói a sua identidade e o seu perfil social. Ou seja, a construção do ACS como um sujeito social, ou melhor, como um trabalhador da saúde, é determinada através de sua atuação na comunidade e na equipe de saúde da família na qual está inserido. Portanto, a sua identidade e o seu perfil social são construídos na sua vivência, no processo de trabalho e no seu papel junto à comunidade e ao serviço de saúde.

Porém, autores como Nogueira *et. al.* (2000), consideram que o seu perfil social, caracterizado como *sui generis*, não é construído por meio de sua atuação nos dois setores já mencionados, mas sua gênese está exclusivamente na sua origem comunitária, na qual se insere o seu pendor à solidariedade. Compreensão esta que os autores construíram em resposta à questão da vinculação institucional dos ACS que era vista como um desafio, pois um dos requisitos para o exercício de suas atividades é ter que morar na comunidade em que atua. Usou-se este argumento para justificar a não vinculação direta do ACS com o Estado, ou seja, pelo fato de ele ter que residir na comunidade e ter forte vínculo com a mesma. Esses são critérios que não podem ser exigidos em concurso público, meio de ingresso do trabalhador no serviço público.

Por outro lado, o ACS é considerado um trabalhador *sui generis* também pelo fato de suas atividades transcenderem o campo da saúde, exigindo-lhe, portanto, uma maior atenção a múltiplos aspectos que estão permeados às condições de vida da população. Entretanto, problematizando esta questão, mesmo que suas atividades transcendam o campo da saúde, pelo fato de abordar temas diversos, que se inserem na situação de vida com a qual o ACS se depara em suas visitas domiciliares (VD), deve-se ter o conhecimento de que seu foco principal é a saúde, como pode ser encontrado em Bornstein (2007). Além disso, o conceito ampliado de saúde nos ensina que devemos

considerar os diversos fatores que incidem sobre o processo saúde-doença que são multicausais. Nesse sentido, reforça-se o entendimento de que o ACS é um trabalhador da saúde, tanto pelo reconhecimento da população deste ator como um mediador do acesso ao serviço de saúde local, como pela própria orientação da instituição de saúde onde se insere o seu trabalho.

Portanto, ainda sobre o perfil e a construção da identidade dos ACS, entendo que estes não podem e não devem se restringir, ou ao serviço, ou à comunidade, mas se encontram interligados e dependentes um do outro, devendo, portanto, serem construídos conjuntamente. Com isso, tem-se a compreensão de que o ACS constrói o seu perfil e sua identidade a partir daquilo que vivencia e trabalha, assim como os demais profissionais inseridos tanto na área da saúde, como nas diversas outras áreas; ou seja, o ACS, além de ser um trabalhador da saúde, compreendido numa política pública de atenção básica, é também um morador da comunidade em que atua, portanto, a construção de seus saberes dar-se-á nesta ligação, construída na dependência de um com o outro.

Compreendo então, que o trabalho do ACS, de acordo com Morosini *et. al.* (2007), antes de tudo é realizado por um trabalhador da saúde que desempenha um papel educativo, e, portanto, tem a exigência de reflexão e ação conjuntas, com o mesmo objetivo, que é o de alcançar a transformação da realidade. O trabalho educativo realizado pelo ACS é mais claro quando se tem a ideia da prevenção e da promoção da saúde, a qual este trabalhador, assim como os demais, devem estar habilitados.

Tem-se então, a educação em saúde, segundo as mesmas autoras, como formas de reunir e dispor de recursos necessários para a intervenção e transformação das condições objetivas de vida (compreendidas no conceito ampliado de saúde), com a finalidade de alcançar mais e melhor saúde à população (MOROSINI, FONSECA & PEREIRA, 2007).

A partir disto, compreende-se que educar está intimamente ligado ao ato de comunicar, em que aquele trabalhador da saúde que educa no caso o ACS, está informando, comunicando e, por conseguinte, está realizando uma mediação entre os saberes. Ou seja, realiza um trabalho de mediação entre o seu conhecimento sobre saúde e a população a qual visa informar, como também a população se coloca no seu papel de educador quando comunica o seu conhecimento adquirido em sua experiência diária e realiza, portanto, um trabalho de mediação entre o conhecimento da realidade em que

vive com o trabalhador da saúde com quem dialoga, seja ele o ACS ou outros integrantes da equipe.

Compreendo que este papel de mediação entre conhecimentos, não pode separar, nem privilegiar um dos pólos da mediação. Ambos são necessários e podem estar presentes na prática do trabalho em saúde e, portanto, não deveriam ser trabalhados separadamente. Pois em muitos casos, como aponta Nunes *et. al.* (2002), o ACS é visto somente como um tradutor dos saberes científicos biomédicos à linguagem popular de entendimento de toda a população, e muitas vezes há uma imposição destes saberes, desconsiderando os saberes populares ali construídos. Portanto, o papel de mediador dos conhecimentos, seja ele o científico ou o popular, deve sempre estar em diálogo um com o outro, contribuindo assim, ambos para o bem estar, e, por conseguinte, levando a valorização das pessoas em sua forma de ser.

Entretanto, ainda nesta perspectiva de mediação de saberes, segundo os autores, há, por vezes, uma imposição de um saber por parte da equipe médica sobre a população, que é o conhecimento científico biomédico. Sendo o ACS o ator que se encontra na responsabilidade por esta mediação, tem-se por consequência conflitos na aceitação deste ator na própria comunidade enquanto um representante da equipe e do serviço de saúde dentro da comunidade. Por isso a necessidade dos saberes atuarem conjuntamente, sem prioridades ou imposições.

Em suma, de acordo com Bornstein (2007), tem-se que esta posição de mediação entre o serviço e a comunidade, exercida pelo ACS, é feita através de diferentes tipos de mediação, mas que no final exercem o mesmo papel. Os três tipos ou formas de mediação são: a convencidora, a reprodutora e a transformadora que dependem, entre outros fatores da formação realizada com as equipes de saúde da família que pode reforçar ou construir as variadas lógicas de mediação exercidas pelos diferentes profissionais.

Essa função mediadora, ainda na perspectiva da autora, é por vezes contraditória, e depende em parte das opções individuais dos agentes, assim como das cobranças institucionais. Ou seja, por um lado, devido a sua origem e experiência de vida, o agente se encontra inserido por inteiro no conhecimento popular da comunidade onde atua, e do outro, pensando na sua formação e experiência profissional, se incorpora no conhecimento científico. Com isso, entende-se que a forma de mediação praticada pelos ACS é resultado desta ambiguidade existente, em que este ator se insere nos dois principais segmentos mediados, que é a comunidade e o serviço de saúde.

As estratégias de mediação que os ACS utilizam na realização do seu trabalho se originam muitas vezes de sua experiência no processo de trabalho, tanto na comunidade, como no serviço de saúde. Essas estratégias se configuram no diálogo de um com o outro; no ouvir os problemas dos moradores/usuários; do entendimento da ação educativa como um processo, que não acontece de imediato; ou seja, se volta para uma compreensão da situação do outro, que é o morador, para o desenvolvimento de seu trabalho (BORNSTEIN, 2007).

Essa função mediadora que os ACS assumem, pode ser de grande importância na reorientação do modelo assistencial, entretanto, é cabível ressaltar que, segundo a autora, as características descritas pela atuação em Saúde da Família (como o enfoque sobre a família, adscrição de clientela, estruturação da equipe multiprofissional, ação preventiva em saúde, dentre outras.) estão mais vinculadas a características organizativas do serviço, não influenciando, portanto, na mudança de um modelo que contemple os princípios instituídos no SUS, que são a equidade, a integralidade, a humanização e a participação popular. Ou seja, é necessário que se pense, principalmente, em uma formação para estes trabalhadores que contemple nesta função mediadora as características da saúde da família, assim como os princípios norteadores do SUS. Para que assim, essas questões ditas como fundamentais para o modelo assistencial, possam corresponder às necessidades de saúde da população (BORNSTEIN, 2007).

Compreendo que, sendo o trabalho em saúde uma prática social, não podemos considerar que as transformações no campo da saúde dependem exclusivamente da aplicação de conhecimentos científicos. Sabemos que existem relações sociais entre os membros da comunidade, assim como entre a população e o território na qual está inserida, como também entre as instituições públicas, a exemplo do serviço de saúde local, e que, por conseguinte, essas diversas relações existentes ‘entre’ e ‘na’ comunidade podem ou não prejudicar a saúde da população local. Com isso, de acordo com Morosini *et. al.* (2007), diz-se que o trabalho dos ACS na comunidade não pode ser compreendido como uma prática social ‘sobre’ a população, mas sim ‘com’ a população. Por isso, também considero que não há dissociação do ACS da comunidade e o ACS do serviço de saúde, mas um ACS inserido nestes dois setores, atuando junto com a população, alterando e transformando a realidade local, sendo a educação em saúde uma dessas possibilidades no trabalho dos ACS.

Como pode ser visto pelas autoras, tem-se então que o trabalho educativo em saúde desempenhado pelo ACS inclui nos seus objetivos de trabalho a intenção de:

partilhar conhecimentos sobre saúde; contribuir para que as populações reconheçam as situações de risco à saúde nas quais estão envolvidas; promover a mobilização popular para garantir direitos que nos permitam melhorar nossas condições de vida. (MOROSINI, FONSECA & PEREIRA, 2007:20).

Com isso, tem-se claro a importância do trabalho do ACS, em que suas atribuições perpassam diretamente esses objetivos citados pelas autoras e, portanto, o trabalho desempenhado por este sujeito deveria estar baseado em uma formação que lhe possibilite refletir sobre diversas questões de educação em saúde, como também compreender as características do trabalho que ele realiza como um trabalho humano, que nos remete à concepção ontológica de trabalho e de trabalho em saúde, em que, a capacidade de pensar/refletir e agir devem estar sempre atuando juntas para a construção e transformação da sociedade. Assim como nos remete também à não dissociação de trabalho manual e intelectual, sendo estes necessários no desempenho do trabalho em saúde realizado pelos ACS, como pelos demais profissionais do setor. Essa dicotomia existente em algumas práticas em saúde, assim como as contradições que se fazem presente na prática do trabalho realizado pelo ACS, serão analisadas no próximo subcapítulo que tem como tema central a precarização do trabalho em saúde na perspectiva do trabalho desempenhado pelo ACS, que é o objetivo principal desta investigação.

Deve-se compreender também, na perspectiva da discussão do trabalho em saúde realizado pelo ACS, a importância do trabalho em equipe, principalmente na ESF e no que concerne ao trabalho dos ACS, que depende intrinsecamente tanto dos demais profissionais da equipe multiprofissional, como também da própria comunidade em que atua.

Por fim, a importância deste sujeito para a Estratégia Saúde da Família, como um trabalhador da saúde, está ligada ao papel que ele assume nos dois âmbitos em que se insere, tanto na comunidade como no serviço de saúde. Entendo que este papel não deve se voltar para a restrição de um desses âmbitos, mas deve buscar a atuação conjunta visando o mesmo fim, a viabilização do cuidado em saúde. Penso que esta questão está relacionada à possibilidade do ACS assumir a educação em saúde em seu sentido amplo, como meio de transformação da realidade local da população assistida. Entendo, entretanto, que a educação em saúde como forma de mediação do cuidado em saúde, depende do tipo de projeto de sociedade no qual se insere e que, no cenário

nacional e internacional, o projeto hegemônico de sociedade se vincula ao sistema capitalista de produção. Portanto, concluo que o que está sendo mediado está permeado intensamente pelo projeto de sociedade vigente.

3.2 A precarização do trabalho em saúde na perspectiva do trabalho do agente comunitário de saúde: relacionando ao processo de instituição da Saúde da Família.

Neste subcapítulo busco trazer uma discussão e compreensão sobre a precarização do trabalho do ACS, buscando relacionar essa questão ao processo de instituição da Saúde da Família no âmbito do SUS. Com isso, para que se consiga compreender a precarização, faz-se necessário um sintético resgate histórico da década de 1990, em que a flexibilização e a terceirização das diversas áreas (a exemplo da saúde e da educação) se fizeram presentes no contexto brasileiro.

A precarização é tratada no âmbito das categorias selecionadas para a análise do material teórico, que se encontra ao longo da monografia, assim como no material empírico, que se encontra no quarto capítulo, que são os resultados e a discussão.

O momento histórico citado anteriormente durante os anos de 1990, se explica através da reconfiguração econômica do Estado, ao qual tinha acabado de sair de uma crise financeira na década de 1980, como dando ênfase a um modelo econômico com o objetivo central de quitar a dívida externa brasileira que havia se formado durante os anos da ditadura civil-militar. Os organismos internacionais se fizeram presente neste momento, principalmente no que diz respeito à saúde, impondo medidas de fortalecimento de setores não governamentais, assim como a descentralização dos sistemas públicos de saúde (CHINELLI *et. al.*, 2011).

Na perspectiva do Estado mínimo, tem-se a desconstrução do Estado de Bem-Estar, que formula e desenvolve diretamente políticas sociais, assim como participa da produção em setores estratégico da economia nacional, substituindo-o por um modelo de Estado que formula a política econômica, visando ao desenvolvimento econômico e à manutenção dos níveis de acumulação do capital, associados à promoção de políticas compensatórias.

Nesta perspectiva, tem-se a flexibilização dos contratos de trabalho como forma de reduzir os gastos públicos, assim como a terceirização do processo de trabalho,

caracterizando assim, a precarização das condições de trabalho e vínculo empregatício. Precarização esta que implica a não garantia de direitos trabalhistas que deveriam ser assegurados, desmontando as conquistas obtidas pela luta organizada dos trabalhadores.

Partindo do entendimento do termo ‘precarização’, temos, de acordo com Pires (2009), a forma de designar a perda de direitos trabalhistas ocorrida principalmente no contexto das transformações do mundo do trabalho, como também na perspectiva de retorno às idéias liberais de defesa do Estado Mínimo. Em suma, refere-se a um conjunto amplo e diferenciado de mudanças em relação ao mercado de trabalho, às condições de trabalho que os trabalhadores são submetidos, assim como tem relação com as mudanças que estão ocorrendo gradualmente no que se refere à qualificação dos trabalhadores (PIRES, 2009).

Nos últimos anos, desde a década de 1990 até os dias atuais, o que se percebe no âmbito do trabalho em saúde no Brasil, segundo a autora,

é o crescimento do número de trabalhadores sem garantias trabalhistas de que gozam os demais trabalhadores assalariados da instituição. Encontra-se: contratos temporários; trabalhadores contratados para realizar atividades especiais (plantonistas em hospitais, por exemplo); flexibilização na contratação de agentes comunitários de saúde e equipes de saúde da família pelo governo brasileiro; e o trabalho temporário previsto no Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PIRES, 2009:318).

A flexibilização e a terceirização, citadas anteriormente, são caracterizadas como forma precarizada de trabalho na medida em que são utilizadas como alternativas para a diminuição dos custos com a remuneração da força de trabalho e também para fugir das conquistas salariais e dos direitos trabalhistas. Nessa perspectiva podem ser problematizadas as diversas formas de contrato a que estão submetidos os ACS, como pode ser visto na tabela 1 em uma relação feita pelo Ministério da Saúde durante parte dos anos 2000 adaptado de Morosini (2010).

Tabela 1 – Percentual de equipe de saúde da família de acordo com o vínculo de trabalho dos ACS em âmbito nacional, no período 2001-2002.

Vínculo Contratual	Porcentagem de equipes de saúde da família
Estatutário	4,4
CLT	23,3
Contrato Temporário	30,2
Cargo Comissionado	3,7

Bolsa	5,5
Prestação de Serviços	11,6
Cooperado	3,4
Contrato Informal	10,7
Contrato Verbal	1,9
Outro	5,2

Obs.: Adaptado pela autora de tabela feita por Morosini (2010).

Compreendendo que trabalho precarizado se caracteriza pelos vínculos de trabalho no SUS que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, como analisa Pires (2009), vê-se na tabela, que a maioria dos ACS inseridos nas equipes pesquisadas pelo MS no início dos anos 2000, caracterizavam-se como trabalhadores precarizados, tendo contratos de trabalho que não lhe asseguravam seus direitos trabalhistas, conforme a CLT e, muito menos, os direitos associados ao serviço público.

A precarização do trabalho realizado pelo ACS se faz presente desde muito tempo, até mesmo antes da criação da Saúde da Família, remontando a meados da década de 1960, como já analisado no capítulo anterior, com a SESP, que tinha como ator deste processo as auxiliares sanitárias, que eram submetidas também a variados tipos de contrato, com salários desvalorizados e não recebendo formação adequada para a realização das atividades.

Foram diversos os projetos de lei que tramitaram no âmbito do Poder Legislativo quanto à regularização dos vínculos de trabalho dos ACS, quanto à regulamentação do exercício de suas atividades, assim como em relação ao piso salarial da categoria, que desde muito tempo se configura como equivalente a um salário mínimo, em alguns locais até mesmo inferior a este valor. Questões estas que podem ser encontradas na linha do tempo feita pela pesquisadora (Apêndice A).

De acordo com Pires (2009), o trabalho precário também é caracterizado por algumas entidades sindicais, dentre elas o SINDACS e a CONACS⁵, como a ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego

⁵ A ex-presidente desta entidade, Tereza Ramos, defendeu em uma aula inaugural proferida por ela própria na EPSJV, a necessidade de concurso público para os ACS como forma de segurança, estabilidade e desprecarização do trabalho realizado por estes sujeitos.

público do SUS. Relacionando ao ACS, tem-se este sujeito como um integrante de programas do SUS, que são o PACS e a ESF, contraposto ao fato de não ser um servidor público e se encontrar em modalidades diversas de contratação, como já visto anteriormente através da tabela 1.

Com a ampliação de cobertura em saúde da família, o que se verifica quanto ao ACS é o acirramento das suas condições de trabalho, por meio de variadas características que compreendemos configurar um trabalho precarizado, o que poderá ser visto através da discussão dos dados de trabalho de campo, com relação às categorias analisadas - o vínculo empregatício, a remuneração salarial, a formação e o reconhecimento profissional.

Com relação à formação do agente comunitário de saúde, tem-se de acordo com Morosini (2010) a caracterização de um aligeiramento, assim como uma simplificação do processo formativo, pois alguns autores e documentos institucionais consideram o trabalho realizado por este sujeito como simples na forma como suas atribuições estão definidas em lei. Entretanto, o trabalho realizado pelo ACS, além de estar configurado nas atribuições que lhe foram definidas, realiza-se no enfrentamento de condições adversas, que fazem necessárias não somente a identificação e a definição das estratégias para suprir as demandas e necessidades sociais dos indivíduos, mas também a compreensão dessas condições, sejam elas econômicas, sociais e/ou culturais, para a viabilização do cuidado em saúde da população assistida.

Assim, nesta perspectiva faz-se necessária uma formação adequada para estes profissionais de saúde, o que não lhe tem sido oferecido. Uma formação especialmente voltada para a atuação em atenção básica, de modo a torná-los capazes de enfrentar os diferentes problemas que se configuram como resultantes da pobreza e da desigualdade social existente no cenário brasileiro atual (GOMES *et. al.*, 2010).

De acordo com as autoras, ainda em relação à formação dos ACS, o que se enfrenta nos dias atuais é a lacuna que se encontra quanto à compreensão do processo saúde-doença voltada para a saúde da família, representando um grande desafio para o êxito do modelo sanitário proposto, de substituição ao modelo biomédico.

A formação simplificada se expressa também no desconhecimento por parte dos ACS quanto aos princípios do SUS em incorporação à ESF, como pode ser visto no estudo feito por Gomes *et. al.* (2010). Além disso, há também outra preocupação que incide sobre a formação referente ao fato de os ACS precisarem compreender o poder

que podem ter como sujeitos construtores e transformadores da realidade em que estão inseridos.

Com isso, tem-se a compreensão de que a capacitação oferecida aos ACS é simplificada, ou seja, incompleta. Nesta perspectiva um dos desafios encontrados para a formação dos ACS encontra-se na dimensão de contribuir para a construção de um sujeito político com característica transformadora, de pensar em processos de construção contra-hegemônicos, gerando, assim, uma nova maneira de contribuir com a construção da viabilização do cuidado em saúde através de um modelo de atenção integral que se fundamente nos princípios que configuram o SUS.

Ainda no que se refere a esta questão, tem-se que, mesmo com a ampliação das ações em saúde realizadas pelo ACS, ligadas principalmente à promoção a saúde, em contraposição, o que se percebe ainda nos dias atuais, mesmo com a publicação das leis que regulamentam a profissão de ACS (10.507/02; 11.350/06) , assim como a publicação em 2004 do Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, o processo de qualificação profissional deste trabalhador ainda é desestruturado, fragmentado, simplificado, aligeirado, ou seja, insuficiente para o desenvolvimento pleno de suas atribuições especificadas ou não em lei.

No que se refere ao Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, apesar de continuar valendo como diretriz política, permanece inviabilizado por parte da maioria dos municípios, pela falta de investimento de recursos financeiros para sua implementação (MOROSINI, 2010). Representam exceção os municípios que prescindem dos recursos federais e, nos quais, o projeto político de formação técnica para os ACS tem se desenvolvido, a exemplo do município do Rio de Janeiro. Este município formou em 2011 a primeira turma de técnicos em ACS, em curso realizado a partir de um projeto piloto de formação técnica para ACS na EPSJV/Fiocruz⁶.

Entretanto, pensando na perspectiva de uma formação técnica compreendida a partir de um projeto político que tem por característica a formação de sujeitos políticos capazes de transformar a realidade local, não se pode deixar de analisar o processo de trabalho na saúde da família em que se insere a maioria dos ACS em âmbito nacional. Esse processo de trabalho tem sido problematizado por diversos autores, que têm

⁶ É válido ressaltar que a formação dos ACS na EPSJV/Fiocruz tem o compromisso político com um projeto de sociedade e de saúde no qual os trabalhadores de nível médio, entre eles, os ACS, têm um papel fundamental como sujeitos políticos e técnicos para a superação das contradições presentes no SUS.

apontado para uma formação voltada para o modelo biomédico, que tem como característica presente no processo de trabalho em saúde a separação do trabalho manual e intelectual, em que o ACS se insere mais especificamente no trabalho manual. Sua formação tem se voltado, portanto, para a realização de práticas de caráter sanitário e de compreensão da educação em saúde como ‘bons modos’ ou ‘limpeza’, não compreendendo as condições em que se insere o indivíduo assistido. Suas atividades acabam voltando-se somente para a realização de tarefas pré-definidas, separando-se com isso, o sujeito que pensa do sujeito que age.

Por fim, no que se refere à formação, observa-se, nas leis e portarias que foram apresentadas ou aprovadas durante o processo de construção da Estratégia Saúde da Família, a ausência da exigência de uma formação profissional. O que se produz inicialmente como requisito para o exercício das atividades da categoria ACS é saber ler, escrever, residir na comunidade e ser maior de idade, não se exigindo, portanto, uma formação prévia para o exercício da profissão (MOROSINI, 2010). Com a conquista no âmbito do Poder Legislativo da regulamentação das atividades de ACS, através da lei 11.350/06 que revogou a lei 10.507/02, passando a ser referência para o exercício das atividades de ACS, tem-se a reprodução do que já havia sido encontrado na lei revogada, que é ter ‘ensino fundamental’ e ‘formação inicial e continuada’, não incorporando a perspectiva da formação técnica. Esta questão configura-se, portanto, como uma problemática, pois a formação dos ACS ainda se encontra marcada pela tendência ao aligeiramento e à fragmentação.

No que se refere à categoria vínculo empregatício, sua análise pode se relacionar diretamente com o reconhecimento deste sujeito como um trabalhador inserido no SUS, mas que não se configura como um servidor público, como visualizado na tabela 1 e analisado por diversos autores, como Morosini (2010) e Lopes *et. al.* (2011).

Nesse sentido, foram sendo discutidas as formas de vinculação institucional dos ACS, ao longo desses anos de construção da Saúde da Família, principalmente no que se refere à inserção deste sujeito em uma política de atenção básica voltada para a atuação em comunidade e que tem como foco principal de intervenção em saúde, a família. Segundo o documento institucional de autoria de Nogueira *et. al.* (2002), no que se refere à vinculação institucional deste trabalhador o que se põe em questão é o local no qual este sujeito se insere, que é a comunidade, do qual se originaria o seu ‘pendor à solidariedade’, como também o fato de possuir forte vínculo com a comunidade que atua e reside, sendo assim considerado um profissional *sui generis*.

A caracterização de profissional *sui generis* associada ao fato de suas ações transcenderem o campo da saúde reforçam a idéia de alguns sujeitos políticos de que p ACS não pode ser considerado um trabalhador da saúde. Entretanto, como já analisado no subcapítulo anterior, de acordo com Bornstein (2007), compreender a saúde requer pensar questões não ligadas diretamente a este conceito, mas que contribuem para sua compreensão. Além do que, saúde, em seu sentido ampliado, é compreendida na interseção de diversas questões, que são: sociais, econômicas, políticas, culturais, psicológicas etc.

Ainda nesta perspectiva de caracterização do ACS como profissional *sui generis*, não se deve considerar que a solidariedade deve estar presente somente no ACS, mas sim em todos os profissionais inseridos em um serviço público de saúde. Deve-se compreender, portanto, a solidariedade e a cidadania como princípios para as relações sociais entre os indivíduos, seja no campo da saúde, seja em qualquer outro campo (SILVA e DALMASO, 2002b).

São diversos os contextos em que se pode discutir a precarização do trabalho deste sujeito, desde a criação do PACS em 1991 até os dias atuais, na configuração da Estratégia Saúde da Família como principal política nacional de atenção básica, que tem o ACS como personagem-chave na viabilização da atenção e do cuidado em saúde. Entretanto, ser considerado peça-chave na atenção básica em saúde não o retira de sua posição de trabalhador precarizado. Essa contradição se faz presente no que diz respeito aos diversos entraves que os ACS encontram no cotidiano de seu trabalho, como menciona Gomes *et. al.* (2009), no que concerne ao seu perfil profissional, na sua valorização e reconhecimento profissional e social, assim como aos baixos salários a que estão submetidos. Além disso, tem-se a intensificação do processo de trabalho e o aumento de responsabilidades.

No que se refere às responsabilidades que lhe são atribuídas, fora as já referenciadas por lei, não se pode restringir ao ACS o árduo e complexo papel de ser considerado como a mola propulsora de consolidação do SUS, pois, na prática, esse processo é construído na dependência de um conjunto de fatores políticos, sociais e técnicos, assim como, precisa do envolvimento de diferentes atores, por meio do trabalho em equipe.

O que se percebe quanto ao trabalho em equipe, segundo Oliveira e Spiri (2006), é a dependência mútua que se estabelece entre o ACS e os outros integrantes da equipe multiprofissional para a efetivação do cuidado em saúde, em que, os ACS, por vezes não são valorizados dentro da equipe, mesmo atuando como elementos fundamentais de

ligação entre a comunidade e o serviço de saúde, levando os problemas para serem discutidos em equipe. A valorização e o reconhecimento do trabalho dos ACS estariam diretamente vinculados ao trabalho realizado em equipe, distinguindo-se do sentimento de superioridade de um profissional para com o outro. Assim, podemos perceber que discutir as condições de trabalho, os salários e responsabilidades que lhe são conferidas, o seu vínculo empregatício e sua formação, também nos levam a refletir sobre fragmentação da equipe e a desconsideração de suas ações de saúde. A proposta de mudança no modelo de atenção a ser implementada com a ESF também exigiria entender as relações entre os profissionais como de forma horizontalizada, diferente da vigente na maioria dos serviços de saúde, que se baseia na verticalização de poder.

O que se percebe, portanto, é que os motivos que levam não somente à precarização do trabalho em saúde realizado pelo ACS, mas também à fragmentação da equipe e à desconsideração das ações do ACS está relacionado com questões como: as condições de trabalho, os salários e responsabilidades que lhe são conferidas, o seu vínculo empregatício, assim como a sua formação que se caracteriza como simplificada.

Em relação ao piso salarial, foi aprovado projeto de lei em Comissão Especial para os ACS. Segundo a CONACS, este piso corrigirá a grande disparidade salarial existente hoje entre os agentes, dependendo da região onde trabalham. Segundo reportagem publicada recentemente⁷, há uma compreensão, por parte dos que defendem a aprovação do projeto, de que o piso salarial estabelecido valoriza o trabalho dos ACS, com a ressalva de que há ainda diferentes formas de vínculo presentes nos diferentes estados brasileiros.

Ainda em relação à categoria salário, temos atualmente o piso salarial nacional no valor referente a R\$ 750,00 mensais, que sofrerá um reajuste em agosto do ano de 2012 para R\$ 866,89, e que, a partir de janeiro do ano de 2013, sofrerá reajustes até atingir, em 2016, o valor de dois salários mínimos reivindicados pela categoria.

Há que se notar, portanto, que a precarização do trabalho do ACS no âmbito da Estratégia Saúde da Família, com relação às disparidades salariais entre os ACS e os demais profissionais da equipe multiprofissional, denota a prevalência de uma divisão técnica e social do trabalho, que se soma ao esvaziamento e ao aligeiramento de sua formação. Assim, há uma desvalorização do processo formativo dos ACS associado principalmente a uma valorização dos aspectos práticos do cotidiano do trabalho dos

⁷ Raquel Júnia: matéria publicada no dia 19 de outubro de 2011 no site da EPSJV/Fiocruz que tinha como tema: “ACS e ACE conquistam piso salarial nacional na Comissão Eleitoral. Retirado de www.epsjv.fiocruz.br em 24/10/2011.

ACS. Como já indicado, percebo nessa relação a explicação da dicotomia entre trabalho manual e intelectual, reproduzida no processo de trabalho em que se insere o ACS.

Além disso, o discurso de que a formação técnica do ACS aumentaria os gastos com pessoal das Secretarias Municipais de Saúde coloca-se como um argumento para a não formação técnica dos ACS, como pode ser visto em Morosini (2010).

Segundo esta autora, a precarização do trabalho em saúde não é algo novo no cenário da saúde pública brasileira, nem restrito aos ACS, mas entendo que este fenômeno pode ganhar uma importante possibilidade de crítica na análise da situação de trabalho a que estão submetidos os ACS.

Portanto, a precarização pode ser compreendida, na perspectiva desta monografia, a partir de diversas categorias que foram surgindo ao longo do material teórico e, mais tarde, tratadas na análise do material empírico. Estas estão relacionadas à formação simplificada e aligeirada; baixa remuneração salarial; não reconhecimento social e profissional; como também pelas formas variadas de vínculo empregatício, que o caracterizam como um trabalhador precarizado, também, por não serem servidores públicos, mesmo sendo sujeitos inseridos no SUS.

4 DISCUSSÃO DO PROCESSO DE PESQUISA

Neste capítulo, busco descrever como se deu o processo de pesquisa, apresentando os caminhos metodológicos utilizados para desenvolver a investigação proposta nesta monografia. Entende-se que essa investigação exige uma busca permanente de construção da pesquisa proposta, tanto no campo teórico, como no metodológico, pois se compreende como um processo social e histórico inacabado e contínuo.

A metodologia está embasada principalmente nos referenciais teóricos que se voltam para a qualificação profissional dos ACS, em que uma pesquisa científica, além de ser considerada como uma prática por vezes crítica e reflexiva direciona-se também para uma prática social, pois, como esta, integra sujeitos que contribuem tanto para a construção da pesquisa, como doravante, para a transformação da realidade a partir da pesquisa em que se inserem, seja como autora ou como os participantes convidados do processo, que neste caso são os ACS.

A priori, faz-se necessário o entendimento do significado, e do que é considerado essencial em uma pesquisa científica. Compreendendo que uma pesquisa não pode ser entendida como uma descrição, mas sim como uma forma de construção do que quer ser conhecido. Minayo (2010) define *pesquisa* como uma atividade necessária às Ciências na indagação e na construção da realidade, e que, por isso, pesquisar exige uma constante busca teórica.

De acordo com Goldenberg (2001), uma pesquisa não se resume a somente procedimentos metodológicos, entretanto, o método é um dos elementos pelos quais se define uma pesquisa como científica. Para esta autora, uma pesquisa científica *exige criatividade, disciplina, organização e modéstia, baseando-se no confronto permanente entre o possível e o impossível, entre o conhecimento e a ignorância* (GOLDENBERG, 2001:13). Segundo Minayo (2010), cabe a quem pesquisa utilizar um *acurado instrumental teórico e metodológico que o municie na aproximação e na construção da realidade, ao mesmo tempo que mantém a crítica não só sobre as condições de compreensão do objeto como de seus próprios procedimentos* (MINAYO, 2010).

O trabalho desenvolvido nesta monografia configura-se como uma pesquisa social de abordagem qualitativa, que é definida por Minayo (2010) como uma conceituação histórica que precisa ser entendida frente às diferentes injunções,

contradições e conflitos que se configuram ao longo do caminho. Compreende-se como social e de abordagem qualitativa, pois conta com uma breve síntese e análise que constitui não somente o processo histórico, político e social de implementação da política nacional de atenção básica, ou Saúde da Família, vivenciado em um determinado contexto, mas também uma análise sobre o contexto atual desta política e as contradições que a permeiam dentro do processo de construção do SUS. Essa análise do contexto político atual foi realizada, principalmente, através da visão de um dos sujeitos deste processo, que são os ACS. Ainda neste mesmo contexto, no campo da saúde, a autora considera que a realidade a ser abordada deve se apresentar como uma *totalidade que envolve diferentes áreas do conhecimento e abrange a dinâmica do mundo da vida* (MINAYO, 2010).

Quanto à forma de abordagem no tratamento dos dados da pesquisa, os caminhos escolhidos foram o que Minayo (2010) denomina por *Análise de Conteúdo* e *Análise de Discurso*. A primeira consiste em uma técnica de pesquisa voltada para uma descrição objetiva e sistemática do conteúdo manifesto, e a segunda diz respeito à uma proposta crítica que busca problematizar as diferentes formas de reflexão estabelecidas, como poderá ser compreendido através das análises das entrevistas. Entretanto, deve-se registrar que essas duas formas de abordagem no tratamento dos dados da pesquisa foram trabalhados em dependência mútua, e não separadamente, como poderá ser analisado no próximo capítulo, a partir do diálogo que foi estabelecido entre a coleta do material teórico e o empírico.

4.1 Localizando o campo da pesquisa: o Território da ESF em Manguinhos

O universo desta pesquisa de monografia é o território de Manguinhos, localizado no município do Rio de Janeiro. O bairro de Manguinhos fica localizado na zona norte do Rio de Janeiro e se integra, junto com os bairros de Ramos, Olaria e Bonsucesso, a XX Região Administrativa do município. Manguinhos está geopoliticamente localizado na Área de Planejamento (AP) 3.1 da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Esta divisão tem por finalidade auxiliar no gerenciamento local da Prefeitura.

A escolha para a realização da pesquisa neste território procede de minha proximidade com o mesmo, pois além de estudar no local, realizei o estágio curricular

na unidade de saúde na qual as equipes de saúde da família atuam que é o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), vinculado à Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fiocruz.

É importante ressaltar que o CSEGSF possui desde a sua criação em 1968 um posicionamento histórico de grande destaque por ser parte integrante dos movimentos de vanguarda da saúde pública no estado do Rio de Janeiro, e até mesmo em nível nacional, pelo fato de parte dos profissionais desta instituição terem participado ativamente do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, como já analisada no primeiro capítulo.

O centro de saúde escola, compreendido como uma unidade da ENSP, inicialmente nomeado como Unidade de Treinamento Germano Sinval Faria (UTGSF), tinha como característica principal, em seus primeiros anos de existência, o treinamento de alunos – profissionais técnicos de saúde pública e visitantes sanitários de saúde pública e de Engenharia Sanitária – em função de acordo firmado com a Fundação SESP⁸. Durante esta época, a unidade executava principalmente ações de medicina preventiva e comunitária com a população residente do território especificado (CORREIA, 2008)⁹. É válido ressaltar que suas práticas estavam direcionadas para a atenção básica em saúde, como também se voltava para a formação de profissionais deste mesmo nível de assistência.

Em 1988, o serviço de saúde passou de Unidade de Treinamento para Centro de Saúde Escola, tendo se vinculado diretamente à ENSP, com direito a voto no Conselho Deliberativo do departamento, reforçando, portanto, o papel que já era de sua competência, vinculado ao ensino e à pesquisa.

Após a criação do SUS, no mesmo ano que se vinculou à ENSP, o CSEGSF confirmou a sua inserção na rede de saúde como uma Unidade Básica de Saúde (UBS), executando práticas de assistência, ensino e pesquisa em conformidade com a sua vocação institucional, ganhando *status* de departamento da ENSP / FIOCRUZ (CORREIA, 2008).

Com a evidente desigualdade social existente na comunidade de Manguinhos, na área em torno da Fiocruz, fizeram-se presente a organização e a implantação de

⁸ Em 1960 o MS, através da ENSP, firmou um convênio de cooperação com a Fundação Serviço de Saúde Pública e com a Secretaria Geral de Saúde e Assistência do Estado da Guanabara, mais especificamente na área de ensino profissional em saúde pública.

⁹ Emília Maria de Andrade Correia se encontra atualmente, no ano de 2011, na posição de gestora do CSEGSF.

diferentes projetos com a finalidade de analisarem, discutirem e instituírem transformações na realidade da população local, principalmente através da participação social dos moradores. Como pode ser visto pela autora citada, a área no entorno do Campus da Fiocruz era e ainda se encontra - mesmo compreendido em índices menores -, na posição de extrema deterioração social, ambiental, econômica, com marcante divisão territorial imposta pelo tráfico de drogas.

De acordo com a autora, na perspectiva da reorganização do sistema local de saúde, o CSEGSF passou por uma reorientação do modelo assistencial, priorizando práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, assumindo o compromisso de prestar atenção integral à saúde, de forma universal e resolutiva. Com isso, as iniciativas se fizeram no sentido de implantar duas equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS / PSF, dentre outros programas implantados no local.

Nesta perspectiva, o PSF integrou-se ao CSEGSF, no final da década de 1990, como uma oportunidade de desenvolvimento e extensão das ações de saúde, tendo como principal objetivo o alcance da qualidade de vida da população residente na vizinhança da FIOCRUZ. Com isso, a Saúde da Família vem como uma proposta transformadora de atenção à saúde, baseada nos princípios do recém-criado SUS.

É válido ressaltar que as experiências com agentes de saúde no CSEGSF não se iniciam neste momento de integração da saúde da família à unidade de saúde, mas pode ser compreendida primeiramente no ano de 1986, mesmo ano da VIII CNS, com um projeto de saúde comunitária, baseado na figura do agente comunitário de saúde, como pode ser visto por Correia (2008).

No início dos anos 2000, eram aproximadamente 11 comunidades que constituíam o Complexo de Manguinhos, hoje em dia, são cerca de 15 comunidades localizadas em torno da Fiocruz. Dentre estas comunidades temos: Parque Oswaldo Cruz, Parque Carlos Chagas, Parque João Goulart, Vila Turismo, Conjunto Habitacional Provisório 2, Vila União, Vila São Pedro, Conjunto Nelson Mandela, Conjunto Samora Machel, Comunidade Agrícola de Higienópolis e Mandela de Pedra, dentre outras que se configuraram em decorrência de ocupações em terrenos de empresas¹⁰ que antigamente se encontravam na região.

¹⁰ Antigamente, no território de Manguinhos, encontravam-se empresas de grande produção, como a CCPL, que ao longo dos anos, ou foram sendo compradas por outras empresas, ou faliram. Sendo assim, as famílias foram ocupando esses espaços que não eram utilizados e que se encontravam abandonados.

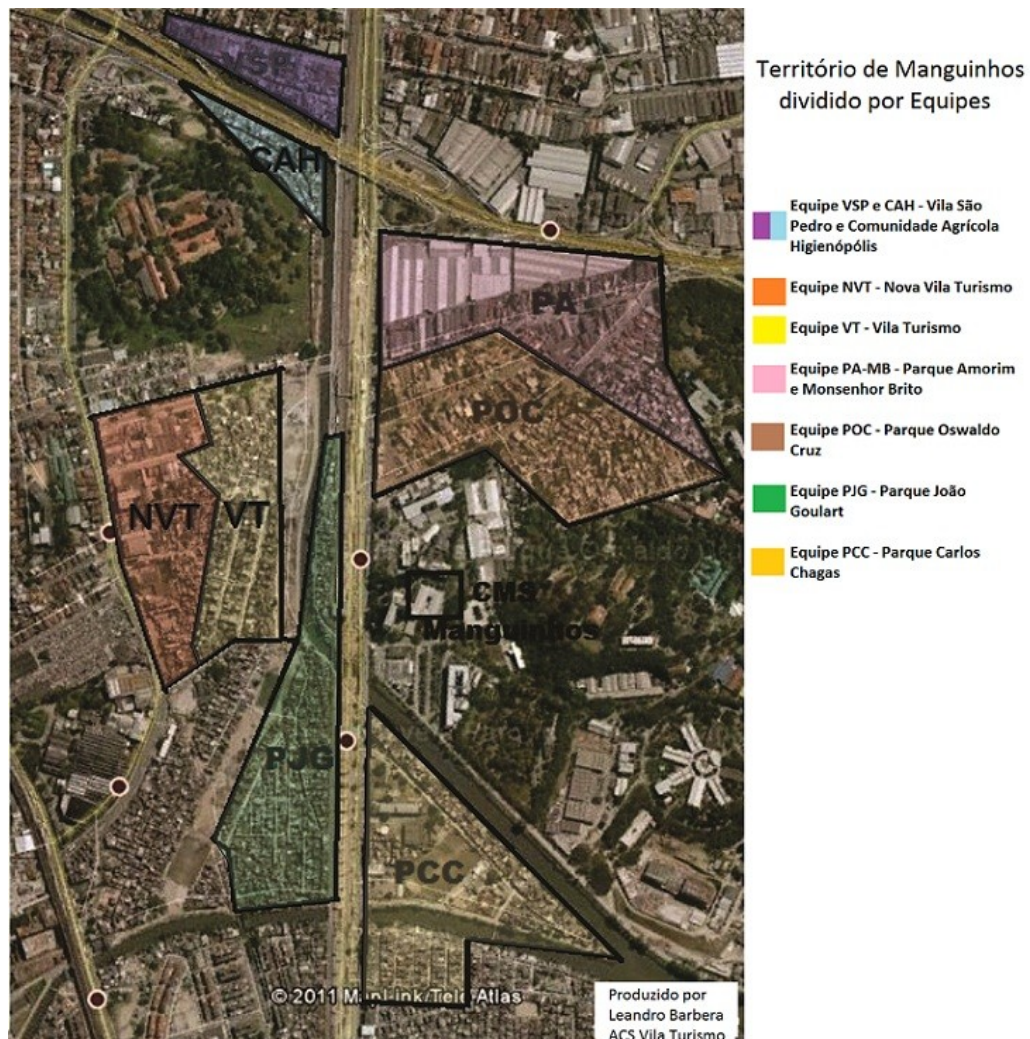
Inicialmente, como visto anteriormente, foram implantadas somente duas equipes de saúde da família, mais especificamente nas comunidades de Mandela de Pedra e Parque João Goular. Segundo Correia (2008), a escolha foi feita de forma arbitrária, já que as duas equipes não teriam o suporte necessário, desde profissionais até condições concretas de atuação, para suprir a demanda das outras comunidades locais. Por equipe foram selecionados 7 (sete) ACS, resultando num total de 14 (quatorze) ACS; sendo os responsáveis pela seleção integrantes não somente do CSEGSF, mas também da Prefeitura e de outras instituições com experiência no assunto (CORREIA, 2008).

Segundo a autora, após a implantação das equipes de saúde da família, com os resultados positivos obtidos com essa nova política de atenção básica à saúde, fez-se necessário a ampliação de cobertura pelo programa na área. Portanto, no ano de 2004, foram incorporadas mais 6 (seis) equipes, aumentando o número de equipes existentes no território de Manguinhos para 8 (oito).

Atualmente são no total 7 (sete) equipes de saúde da família que atuam no CSEGSF a partir de áreas delimitadas (Figura 1). É válido ressaltar que atualmente, com a ampliação de cobertura, outras equipes foram sendo formadas neste mesmo território, abrangendo uma outra área de cobertura também delimitada de acordo com a atuação de cada equipe, como por exemplo, Vitor Valla.

Cada equipe multiprofissional de saúde da família, atuante no CSEGSF, tem um máximo de 6 (seis) ACS, contendo também uma equipe de saúde bucal, além de agentes de redução de danos (antigo agente de dependência química), como previsto em lei e também analisado no primeiro capítulo da monografia.

**FIGURA 1: MAPA DO TERRITÓRIO DE MANGUINHOS
DELIMITADO A PARTIR DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA QUE
ATUAM NO CSEGSF**



Fonte: Centro Municipal de Saúde / PSF Manguinhos

4.2 Coleta de Dados

A pesquisa foi desenvolvida por meio de revisão bibliográfica, análise de documentos e legislação pertinente à temática eleita, como também contém uma entrevista com os profissionais que estão envolvidos diretamente nesta pesquisa, que são os ACS do território selecionado, que foi Manguinhos. Pelo fato de compreender a importância de analisar a visão destes profissionais em todo esse contexto estudado, que não somente considero as diversas contradições existentes, mas trata-se também de uma problemática para a construção de uma sociedade e principalmente de um sistema de saúde que não seja somente público, mas que seja também de qualidade.

Os dados necessários para a realização da pesquisa estão vinculados às questões de saúde, trabalho e educação dentro da reformulação da ESF que também está relacionada com a reordenação do SUS, tendo como principal ator neste processo o

ACS. O estudo se debruçou, principalmente, em pesquisas feitas pela EPSJV/FIOCRUZ sobre a questão do ACS na estratégia saúde da família, mais especificamente sobre sua qualificação profissional. Foram organizados e articulados de acordo com o grau de pertinência que o assunto apresentou, ou seja, se foram ou não necessários serem referenciados.

A partir da coleta dos dados teóricos, foi construída uma linha do tempo (Apêndice A) para a melhor localização e compreensão dos diferentes contextos históricos. Construção esta que concerne mais especificamente em questões referentes à legislação pertinente à temática eleita, que se configuram entre portarias, projetos de lei, emendas constitucionais, leis propriamente ditas e decretos, que foram sendo construídos ao longo da construção da Saúde da Família no que diz respeito ao trabalho dos ACS.

A análise bibliográfica feita *a priori* possibilitou uma melhor identificação da pesquisadora com o tema, ao qual estava amplo e complexo, facilitando assim a construção específica do que será compreendido nesta pesquisa a partir do próximo capítulo, que são os resultados e discussão da junção entre o material teórico e o empírico.

4.3 Categorias para a Interpretação dos Dados

O acirramento nas condições de trabalho dos ACS foram uma das principais questões que resultaram na construção metodológica da pesquisa. Para tanto, as entrevistas e as revisões de textos foram desenvolvidos a partir da classificação de categorias, mais especificamente a *categoria analítica*, que segundo Minayo (2010), são *as que retém, historicamente as relações sociais fundamentais, servindo como guias teóricos e balizas para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais* (MINAYO, 2010). Portanto, as categorias analisadas durante toda a pesquisa foram as seguintes: a questão do vínculo empregatício, da remuneração salarial, da formação profissional e do reconhecimento profissional, principalmente, dentro da ESF.

Foram a partir dessas categorias que se construíram as diversas análises feitas nesta monografia, dentre elas a construção de um Quadro Analítico de legislação pertinente à temática eleita (Apêndice B).

Há que se ressaltar que durante a interpretação dos dados empíricos, novas categorias foram sendo encontradas, que denominamos como categoria pós-análise, mas que não foram mencionadas e analisadas nesta monografia pelo limite de tempo de conclusão do trabalho.

4.4 Identificando os entrevistados

Faz-se necessário *a priori* a compreensão de como será desenvolvida a entrevista, entendendo que esta, de acordo com Minayo (2010), trata-se de uma técnica, em seu sentido amplo, privilegiada de comunicação verbal, e em sentido restrito, uma pesquisa de coleta de informações. Segundo a autora, é através desta que se constroem as informações pertinentes para o desdobramento e compreensão do objeto de pesquisa a ser analisado, que é a precarização do trabalho do ACS. A modalidade de entrevista será semiaberta, ou semiestruturada que de acordo com a autora, *facilita a abordagem e assegura que suas hipóteses ou seus pressupostos serão cobertos na conversa.* (MINAYO, 2010).

Os sujeitos que foram entrevistados são os ACS que compõem as equipes de Saúde da Família atuantes no território de Manguinhos. Considerando as sete equipes – Parque Oswaldo Cruz; Parque Carlos Chagas; Vila Turismo; Nova Vila Turismo; Comunidade Agrícola/Vila São Pedro; Parque João Goulart e Parque Amorim/Monsenhor Brito - que atuam no território especificado anteriormente, foram selecionados um de cada equipe determinada. Como também, preferencialmente os de maior tempo de trabalho do grupo, em que os selecionados para a entrevista possuíam de 6 a 7 anos de atuação na equipe de saúde da família. Esses critérios buscavam atender a dois requisitos: que toda equipe do território de Manguinhos estivesse representada na pesquisa e que o maior tempo de inserção nos permitisse investigar outras formas de vinculação já praticada, além da atual.

Entretanto, nem todos os ACS selecionados para a realização da pesquisa puderam contribuir com a participação nas entrevistas. Tendo, portanto, somente três ACS entrevistados, das seguintes equipes: Parque Carlos Chagas, Vila Turismo e Parque Amorim/Monsenhor Brito. O principal motivo da não participação na pesquisa está principalmente relacionado à disponibilidade de tempo da entrevistadora e dos entrevistados que ficou dificultada durante a investigação.

É válido ressaltar que foi realizada uma entrevista teste com um ACS integrante de uma das equipes até então selecionadas, que teve por finalidade a verificação da possibilidade de mudanças no roteiro de entrevista (Apêndice C).

As entrevistas foram realizadas tanto na unidade de saúde de atuação das equipes, que no caso é o CSEGSF, como também, uma delas foi realizada na instituição de ensino que foi responsável pela formação técnica dos ACS entrevistados, que foi a EPSJV. O tempo de duração das mesmas foi em torno de 40 a 50 minutos, sendo registrado e salvo em áudio, além de serem transcritas posteriormente pela própria pesquisadora. As transcrições levaram aproximadamente uma semana para serem terminadas, logo após, partimos para as análises a partir das categorias pré-selecionadas, que foram as já citadas: formação, reconhecimento, remuneração e vínculo.

A partir das transcrições e das análises, foram feitos quadros analíticos por entrevistado e destes foram construídos os quadros analíticos por categorias de pesquisa (Apêndice D).

Foram escolhidos aleatoriamente nomes fictícios para os entrevistados, como forma de proteção, assim como a transcrição não será posta em destaque por entender que informações contidas nas entrevistas podem ser de cunho sigiloso, em que somente o entrevistador e o entrevistado devem e podem ter acesso, como previsto no termo de consentimento livre e esclarecido, entregue a cada um dos entrevistados.

4.5 Métodos de Análise

O método analítico selecionado se direciona na perspectiva de entender a precarização do trabalho em saúde realizado pelo ACS a partir do que foi pré-estabelecido durante a construção do projeto, baseando-se nos objetivos específicos para que se consiga alcançar o objetivo geral.

Os métodos de análise específicos se relacionam ao que já foi mencionado em sub-tópicos anteriores, que diz respeito à análise da precarização a partir das categorias pré-estabelecidas durante a revisão bibliográfica e documental, para que assim se pudesse fazer presente a análise de conteúdo e a análise de discurso a partir do material empírico, que foram as entrevistas.

A partir disto, com a criação dos quadros analíticos, foram sendo feitas observações e considerações quanto à fala de cada um dos entrevistados, na perspectiva de contribuição na construção do próximo capítulo, que trata dos resultados e discussão

do material qualitativo coletado. Além disso, busquei fazer um diálogo, ou melhor, uma relação do material teórico com o material empírico, para assim trazer riqueza de detalhes e concepções quanto às questões apresentadas pelos ACS.

4.6 Aspectos Éticos

O seguinte projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ (protocolo nº 2011/0158). Quantos aos convidados a participar da pesquisa, através da entrevista, foi certificado: o esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa; a liberdade para desistir em qualquer momento, sem que houvesse qualquer dano; e a não caracterização ou dados que possam identificar o entrevistado ou a instituição. Os participantes foram convidados a assinar uma autorização para realização da pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Uma cópia desse documento ficou com os participantes da pesquisa sendo esclarecido, ainda, que no TCLE (Anexo A) constam o telefone e o endereço institucional do pesquisador e do Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/FIOCRUZ, a partir dos quais poderiam esclarecer possíveis dúvidas sobre o projeto e retirar sua participação na pesquisa.

As entrevistas para a pesquisa foram realizadas na própria instituição, dependendo da disponibilidade do pesquisador e do entrevistado. Depois da aceitação do convite à participação da pesquisa e, por conseguinte, após a assinatura dos TCLEs, as entrevistas foram transcritas e analisadas, tendo como resultado parte de construção da pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Observações preliminares

Antes de proceder à análise das entrevistas, devo apresentar algumas informações importantes, obtidas durante o trabalho de campo, sobre a vinculação e a capacitação dos ACS do CSEGSF da ENSP/Fiocruz, assim como, do contexto de atuação destes trabalhadores numa unidade de atenção básica que passou a conviver recentemente com a estratégia saúde da família.

A vinculação institucional dos ACS e dos demais profissionais da equipe de saúde da família desde sua criação é feita através da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) via Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (FIOTEC)¹¹. Fundação esta que promoveu a implantação do Programa Saúde da Família no território de Manguinhos.

A capacitação das equipes de saúde da família foi realizada principalmente pelos profissionais do CSEGSF. Entretanto, é válido ressaltar que nem todos os integrantes das equipes multiprofissionais podem ser compreendidos neste processo de capacitação inicial, denominado como Introdutório. Como por exemplo, os ACS, pois este curso era destinado especificamente para os profissionais de nível superior, mais precisamente os médicos e enfermeiros das referidas equipes. Esta questão pode ser analisada a partir de Correia (2008):

Findo o processo seletivo, veio a etapa de capacitação das equipes. Nesse período, a Fiocruz, através de um grupo de docentes de alguns departamentos da ENSP, inclusive do CSEGSF, envolveu-se – por solicitação da Secretaria Municipal de Saúde – na organização e na aplicação de um Curso Introdutório para os profissionais de nível superior. Esta capacitação foi estendida aos médicos e aos enfermeiros de outras poucas ESFs já implantadas em outras localidades do município. Os ACSs não participaram desta capacitação, pois seriam treinados em serviço pelos profissionais de nível superior, já capacitados neste referido Curso Introdutório (CORREIA, 2008:72).

No segundo momento de ampliação de cobertura pela ESF no Território de Manguinhos, a seleção e capacitação dos ACS se diferenciaram da inicial. Em um primeiro momento se tinha um processo de seleção voltado para apresentação de currículo escolar e desenvoltura no trabalho, e sua capacitação, como analisada anteriormente, era feita pelos profissionais de nível superior já capacitados através do

¹¹ Fundação de apoio técnico-operacional ao desenvolvimento de projetos da Fundação Oswaldo Cruz. Nos dias atuais é compreendida como Organização Social (OS), já que a vinculação institucional dos profissionais de saúde, principalmente em ESF, deve ser feita via OS.

curso Introdutório. Com isso, em um segundo momento, mais atual, tem-se o processo de seleção voltado para *o engajamento político e social dos ACS com as causas da comunidade* como determinantes para a escolha, e sua capacitação passa a ser realizada diretamente pelos profissionais docentes do CSEGSF (CORREIA, 2008:73).

A seletividade nessa escolha, após quatro anos de convivência e parceria com os ACSs, tinha por objetivo a ampliação de uma massa crítica, de modo a facilitar as transformações sociais desejadas, incluindo o cuidado na atenção à saúde. A seleção implicou a realização de uma redação, e o critério de escolaridade foi mantido em nível de Ensino Médio (exigência legal nessa época). Não fizemos nenhuma menção quanto às exigências definidas pela legislação em vigor¹² uma vez que seria redundante (CORREIA, 2008:73).

É cabível ressaltar que em documento feito pelo Ministério da Saúde, foi apontada a dificuldade na coexistência das equipes de saúde da família e das equipes de atenção básica trabalhando em um mesmo espaço físico, tendo como resultado conflitos constantes entre essas duas unidades de atenção básica. Estes conflitos se fazem presente diariamente no CSEGSF, principalmente no que diz respeito à atuação dos profissionais das equipes e da organização e planejamento do próprio centro de saúde para com a população adstrita.

Com isso, entende-se que esses conflitos que se estabelecem entre a unidade de atenção básica e a unidade de saúde da família prejudicam e, até mesmo, impossibilitam a existência e a construção de laços de corresponsabilidade entre as famílias e a ESF. Como também prejudica a relação e integração entre as próprias equipes, por motivos diversos, dentre eles a questão da competitividade existente entre as equipes de saúde da família no que diz respeito ao cumprimento de metas pré-estabelecidos pela SMS¹³.

5.2 Análise das entrevistas

Para a investigação proposta nesse estudo, definimos quatro categorias *a priori*: formação, reconhecimento, vínculo e salário, selecionadas a partir da revisão bibliográfica sobre o tema do trabalho e da educação dos ACS, particularmente, dos textos sobre a qualificação profissional desses trabalhadores. Tais categorias, apesar de tratadas separadamente, ou seja, servindo de base para a produção de grupos de

¹² A autora faz referência à lei 10.507 de 2002, que cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde.

¹³ Durante uma aula inaugural do CTACS no dia 31 de outubro de 2011, realizada na EPSJV/FIOCRUZ, o subsecretário de saúde do município do Rio de Janeiro, mencionou a questão do cumprimento de metas como forma de incentivo para o trabalho das equipes, pois ressalta que benefícios serão trazidos para as equipes que conseguirem alcançar suas metas. Entretanto, a competição entre as equipes irá aumentar, deixando em segundo plano, entretanto, a questão da integralidade da atenção e até mesmo o cuidado em saúde.

questões distintas no roteiro de entrevistas, mostraram-se indissociáveis, levantando elementos comuns no diálogo com os ACS entrevistados.

Em relação à categoria formação, os entrevistados destacam que sua formação se deu primeiramente através de uma capacitação inicial, ao qual denominaram como o Introdutório. De acordo com a fala de um entrevistado, compreende-se que, neste Introdutório, a capacitação era direcionada somente para o trabalho prático, voltando-se ao cadastramento das famílias, primeira atividade realizada pelos ACS nas comunidades. Percebe-se, além disso, o descaso com o processo de inserção dos ACS no exercício de suas atividades, como é visto nas seguintes falas:

“Bom, eu comecei ... e fiz um curso .. um introdutório, desse introdutório, é.. a gente depois começou a atuar na área, é... fazendo cadastramento.” (Paulo – Agente Comunitário do território de Manguinhos)

“Porque no início assim, quando eu entrei como ACS, a gente teve uma capacitação , uma coisa rápida né... aquela situação assim, ‘toma a sua trouxa e vai pra comunidade resolver os seus problemas!’ E acabou. E foi a capacitação assim... ciranda cirandinha, roda pra lá roda pra cá e acabou.(...)” (Rosa – Agente Comunitária do território de Manguinhos)

De acordo com Correia (2008), no final da década de 90, com o processo de inserção da Saúde da Família no território de Manguinhos, como visto no subcapítulo anterior, era somente os profissionais de nível superior que passavam por um curso introdutório para atuação neste novo programa. A capacitação dessas equipes se deu através de docentes de alguns departamentos da ENSP, dentre eles o CSEGSF. Entretanto, os ACS não participaram desta capacitação, sendo treinados posteriormente em serviço por esses profissionais (mais especificamente os médicos e enfermeiros)¹⁴ capacitados no Curso Introdutório. Não se exigia nenhuma formação prévia para a atuação dos ACS, mesmo já tendo passado pelo processo de seleção. Essa questão pode ser analisada a partir da fala de um dos entrevistados, como mostrado a seguir:

“Eu costumo dizer que o médico ele já entra médico, formado. O enfermeiro, também passa por um curso, né, já entra formado. O técnico idem. **Todos os profissionais. O agente não, o agente eu costumo dizer que ele entra sem formação e se forma no processo de trabalho, porque ele passa por um curso de capacitação pra poder é, ter conhecimento dos termos técnicos utilizados pela equipe médica, ou pela equipe técnica. Então, a gente entra basicamente cru, a gente começa a ter um conhecimento pra poder a gente ser qualificado como os olhos (...) dos médicos, dos médicos enfim, dos profissionais, e a gente também fica na (...) área, né, entre o médico e quem está lá na ponta né, que são os moradores.** Então a gente passa a ser representação dos moradores dentro do posto, e acaba sendo também o olhar,

¹⁴ Os ACS entrevistados nessa pesquisa participaram do Curso Introdutório, pois sua inserção no PSF de Manguinhos é mais recente.

os olhos da equipe, dos médicos, dos enfermeiros, em relação à avaliação daquela população. (...) Porque nós somos assim, o elo de ligação com a comunidade com o centro de saúde, né? (...) É, como eu disse a princípio, a gente não tinha uma formação profissional técnica. A gente teve uma capacitação pra não entrar totalmente cru. Ainda que a gente entrasse com essa capacitação técnica, é, falta muita coisa, né? Mas **como é trabalho em comunidade, e quem mora na comunidade socialmente é discriminado, principalmente pelo poder paralelo**. Então é uma gama de pessoas que é.. que está a margem da sociedade. Pobre, né? Então, hoje ... a gente tá vendo o que é comunidade, entendeu?” (ACS Paulo - grifos meus)

Os grifos foram feitos para uma análise minuciosa de diversos aspectos que serão cobertos a seguir, para o melhor entendimento quanto ao processo formativo do ACS, dentre outras questões.

Na fala acima, o entrevistado reforça o que já foi analisado anteriormente e referenciado por Correia (2008), que é a questão do médico e o enfermeiro já entrarem formados e capacitados para o processo de trabalho em Saúde da Família, enquanto o ACS, ao contrário, entra sem nenhuma formação e se forma ou se capacita, melhor dizendo, no processo de trabalho, ou seja, em serviço.

Essa situação nos levou a refletir sobre a naturalização da não formação dos ACS e as idéias que ajudam a sustentá-la. Em Lopes *et. al.* (2011), encontramos análises que mostram sujeitos políticos posicionando-se contra a formação e profissionalização dos ACS. Sua principal argumentação é de que a formação e a profissionalização afastariam o ACS da comunidade modificando o seu perfil social, entendido como *sui generis*, conforme compreendido por Nogueira *et. al.* (2000).

Este perfil social *sui generis*, de acordo com os autores, é aquele que requer um trabalhador que tenha um forte vínculo e identificação com a comunidade que é de onde se origina o seu pendor à solidariedade. No pensamento de alguns sujeitos políticos, estes aspectos que conformam o perfil social dos ACS seriam descaracterizados por uma formação técnica que levasse à profissionalização desses trabalhadores (LOPES *et. al.*, 2011).

Ainda na perspectiva da formação e do perfil dos ACS, compreendo que não se deve exigir um perfil social de um trabalhador que ainda não tem uma formação prévia para o exercício de suas atividades, como também não se deve cobrar dele que tenha pendor à solidariedade, pois entendo que todos os profissionais inseridos nas equipes de saúde da família e até mesmo no SUS, baseado em seus princípios norteadores,

deveriam ter este atributo da solidariedade. A solidariedade é vista, segundo Nunes *et al.* (2002), como de importante valor na constituição de *um grande arsenal de práticas mais humanas e coletivistas*. Portanto, a solidariedade não deve se restringir ao ACS pelo fato de ter laços com a comunidade, mas deve ser sim, um valor presente em todos os profissionais da área da saúde, seja da Saúde da Família ou de diferentes políticas de atenção à saúde.

Uma possibilidade de se entender o perfil de solidariedade é o de garantia do acesso aos serviços de saúde que o Estado está oferecendo por meio de um trabalhador inserido em locais em que a atuação desse Estado é precária, que são as comunidades socialmente marginalizadas e criminalizadas. Portanto, sendo destinadas a estas comunidades, não seria preciso haver uma formação inicial para o exercício das atividades dos ACS, apesar de suas diversas atribuições e complexidade de seu trabalho. Essa questão também pode ser vista na fala do entrevistado, quando menciona sua capacitação e para quem é destinada.

E quanto à segunda caracterização de Nogueira *et al.* (2000), que concerne à aproximação e forte vínculo com a comunidade, que é de onde se origina seu pendor à solidariedade, já comentado anteriormente, na perspectiva do texto de Lopes *et al.* (2011), atores políticos consideram que essa aproximação não deve ser entendida somente por parte da atuação dos ACS, pois todos que estão inseridos no sistema devem, enquanto trabalhadores da saúde, saber qual é o seu papel junto à comunidade e junto à população de uma forma mais geral. Portanto, o papel de articulador deve ser sim, presente nos ACS, mas não se restringir a este ator.

Continuando a análise dos grifos da fala do entrevistado, já citada anteriormente, percebe-se, que, em um primeiro momento, ele próprio não se considera como um profissional. Vejamos o trecho em destaque:

“Eu costumo dizer que o médico ele já entra médico, formado. O enfermeiro, também passa por um curso, né, já entra formado. O técnico idem. Todos os profissionais. O agente não, o agente eu costumo dizer que ele entra sem formação e se forma no processo de trabalho, porque ele passa por um curso de capacitação pra poder é, ter conhecimento dos termos técnicos utilizados pela equipe médica, ou pela equipe técnica.” (ACS Paulo)

Quando diz que todos os profissionais já entram na saúde da família formados, exceto o ACS e quando se refere à equipe técnica, sem incluir-se nele, parece que o próprio ACS não se considera um profissional, mesmo a sua profissão estando

reconhecida desde 2002 através da lei 10.507, após anos de luta desses trabalhadores. Ou seja, de certa forma o entrevistado reproduz um pensamento comum que é a maior valorização como profissional dos trabalhadores de nível superior, no caso da saúde, principalmente o médico e o enfermeiro.

Em um segundo momento, ele considera que o curso de capacitação, denominado como Introdutório, serve para o ACS ter conhecimento dos termos técnicos utilizados pela equipe médica, para que assim ele possa traduzir este conhecimento para a comunidade onde está inserido. E com isso, considera, portanto, que o ACS é o olhar do médico na comunidade, por fazer a mediação entre o serviço e a comunidade. Partindo desta perspectiva e refletindo sobre o documento sobre a *Vinculação Institucional de um trabalhador sui generis – o agente comunitário de saúde*, de Nogueira *et. al.* (2000), pode-se perceber que o ACS é visto por diversos autores e textos institucionais como ponte ou elo entre as instituições de saúde e a comunidade, e, portanto, nesta perspectiva, atua também como um tradutor do conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde.

Ainda sobre o papel de mediador e tradutor que é atribuído ao ACS, de acordo com Nunes *et. al.* (2002) e outros autores, o conceito de “tradutor” assumido por este ator perpassa o sentido de transmissão do universo científico ao popular, sendo realizado, portanto, através de um diálogo entre o saber popular e o biomédico, tentando, a partir deste processo, a transformação das condições de saúde da população. Entretanto, os autores questionam essa possibilidade quando se tem explicitamente o rompimento deste verdadeiro ‘diálogo’ entre esses saberes distintos. Ou seja, quando o diálogo entre esses saberes não existe, havendo assim, uma imposição por parte do saber biomédico, através dos ACS, que é quem está juntamente com a comunidade, e tem, em alguns casos, sua formação centrada em concepções de práticas de saúde voltadas para visão biomédica de atenção à saúde. Com isso, há, muitas vezes, resistências por parte da população da presença deste e de outros profissionais da equipe, em função deste falso diálogo entre os saberes popular e médico que leva a uma desvalorização do indivíduo em sua forma de ser, não contribuindo, portanto, para o bem estar das pessoas.

Mesmo entendendo que algumas práticas populares de cuidado à saúde podem ser nocivas à saúde, deve-se compreender, entretanto, que essas práticas possuem um

significado que foi socioculturalmente construído pela população e que, por isso, é necessária uma reflexão quanto à realidade em que se vive, como também uma análise sobre as diferentes formas de intervenção nas questões relacionadas à saúde. Com isso, deve-se ter cuidado e cautela quando se tem a concepção do ACS ser o mediador e tradutor desses dois saberes já questionados, pois o diálogo entre eles deve estar sempre presente nas práticas e no cuidado em saúde, contribuindo assim, para a melhoria da qualidade de vida da população assistida.

Segundo Correia (2008), o CSEGSF é considerado uma unidade de saúde que está para além das práticas médicas de atenção à saúde, e, portanto, direciona-se também à formação de pessoal da área de saúde, juntamente com parcerias de outras unidades, dentre elas a EPSJV. Com isso, percebe-se, não somente através da autora, mas também da fala dos entrevistados, que o curso de capacitação não se restringe somente ao introdutório, mas também a cursos que ocorrem durante o trabalho, muitos dos quais não oferecem certificado. Essas capacitações são visualizadas como algo positivo, pois ajudam na compreensão de sua atuação e na realização de suas atividades e são compreendidas também como processos formativos, que acontecem de forma rápida e pontual. Demonstra-se, portanto, os cursos de capacitação em serviço através das seguintes falas:

“Cuidador de idosos. Esses cursos de capacitação, né? Hanseníase, Tuberculose. Nada... Tem uns que você tem até como certificar e outros não, né? A enfermeira que capacitou a gente em várias coisas (alguma coisa) de cartão de vacina, é sobre, é doenças respiratórias, é essas coisas assim pra você ter uma visão mais ampla das coisas. (...) Tudo te preenche, né? Te dá uma capacitação a mais (...)” (Sonia – Agente Comunitária do Território de Manguinhos)

“Olha, você passa por processos, não vou dizer curso. Não sei se seriam cursos, mas são coisas rápidas, relâmpago. Que a gente recebe um diploma, a gente passa.. coisa de uma semana. Então, é, às vezes foge até da memória da gente, entendeu? Essas formações, essas capacitações. Entendeu?” (ACS Paulo)

Parte dos ACS que atuam no CSEGSF passou pelo curso técnico em agente comunitário de saúde, promovido pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. É válido ressaltar que os ACS selecionados para a investigação da pesquisa estão inseridos nesta categoria de técnicos, formados recentemente no ano de 2011.

Com isso, ainda em relação à categoria formação, destaca-se a valorização do processo formativo no curso técnico de agente comunitário de saúde, como uma formação de base ética e política, que se distingue dos demais processos de treinamento

e capacitação focados em questões específicas do trabalho, como também do treinamento introdutório, considerado insatisfatório, como já visto anteriormente através da fala de alguns entrevistados.

Essa forma de compreender a formação técnica está expressa, por exemplo, nas seguintes falas da entrevistada Rosa:

“Porque depois que eu fiz o curso técnico de agente comunitário de saúde, é, reforçou bastante, né, que aí que deu força mesmo pra brigar. E agora a gente já faz o trabalho com mais segurança. Entendeu? A gente já atua na comunidade com mais segurança, fazer grupo, (...) É, teve que aprender tudo sozinha e teve aquela capacitação. A maioria, muitas coisas que eu aprendi foi no curso, no curso daqui, no curso técnico.” (ACS Rosa)

Portanto, ela expressa o seu sentimento de segurança quanto à sua formação, principalmente pelo fato de ter se tornado técnica em ACS, através do CTACS. E com isso, essa formação fortaleceu a sua crítica e capacidade de ‘brigar’, ou melhor, lutar pelos seus devidos direitos. Ainda nesta perspectiva, a entrevistada explicita, a partir da fala seguinte, o quanto a formação no CTACS foi importante para o seu reconhecimento profissional.

“(...) e agora eu falo, eu sou técnica de agente comunitário de saúde, eu sou técnico... Aí quando eu pego um prontuário eu escrevo lá ‘técnico em ACS’.” (ACS Rosa)

Neste ponto nota-se uma relação de associação entre a formação e o reconhecimento, entretanto, deve-se destacar que esse reconhecimento está ligado a um tipo específico de formação que tem entre suas qualidades a de promover a profissionalização dos ACS por meio de um certificado que os identifica como técnicos.

Nesse aspecto cabe destacar que, antes do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, a formação dos ACS em Manguinhos foi marcada por um dos elementos da precarização do trabalho em saúde que é a predominância da formação aligeirada e abreviada, conforme indicado por Morosini (2010) no estudo do processo de formulação da política de formação dos ACS. Esta autora afirma que *o agente comunitário de saúde acumula em sua trajetória, desde a criação da função, uma história marcada pela precarização de vínculos e pelo aligeiramento de sua formação* (...) (MOROSINI, 2010:39).

Além desses aspectos que o CTACS proporcionou aos ACS, percebe-se através de algumas falas, que o curso é compreendido como uma conquista da categoria,

reivindicada após anos de luta e ‘brigas’ (como pode ser encontrado na fala de um dos entrevistados), assim como o reconhecimento de sua profissão desde 2002, como já destacado anteriormente, além de outras conquistas que fazem com que se fortaleça ainda mais a luta dos ACS por melhores condições de trabalho. O reconhecimento do CTACS como conquista da categoria, assim como os demais direitos adquiridos, mostra-se presente na seguinte fala do entrevistado Paulo:

“Então, tudo o que acontece na categoria de agente comunitário, na classe, é conquista, sabe? Da uma impressão de que a gente tá no século XV, XVI, na época das conquistas, das guerras. Então a gente tá aí pra poder discutir, pra reivindicar, pra ir pra Brasília. Então, essas coisas que a gente conseguem foi conquista da classe, então você tem uma... uma... você não tem nada formado. Nada acontece, você vai tendo as conquistas. Esse curso mesmo, foi um desses fatores.” (ACS Paulo)

O CTACS é percebido como um elemento fundamental que estimulou os ACS na luta constante pela garantia de seus direitos e de seu reconhecimento profissional e social, e também como uma experiência formativa que contribuiu para a organização do seu trabalho, destacando a questão do planejamento de suas atividades, conforme mostra o trecho abaixo:

“Eu acho que essa formação é importante pros ACS, entendeu? Porque eu aprendi assim... Aprendi a lutar pelos meus direitos, direitos da comunidade, entendeu? Aprendi a respeitar os meus colegas, entendeu? E aí ser respeitado também, porque é muito importante. E outras coisas que me ajudou muito também... é a formação de fazer um grupo na comunidade... a organização, a organização do trabalho, entendeu? Porque isso é muito importante, ser organizado. Porque antes a gente não se organizava, entendeu? Não fazia um planejamento, essas coisas todas. Era tudo no ‘vamo lá e acabou!’ Agora não, a gente já planeja, se organiza, entendeu? Isso aí foi muito importante.” (ACS Rosa)

Além da contribuição para o processo de organização e planejamento de seu trabalho, o curso técnico proporcionou aos ACS uma visão ampla sobre a concepção de saúde e educação na atenção básica em saúde, mais especificamente na atuação em saúde da família. Destacando-se, portanto, a importância dessa formação no olhar sobre a saúde, através das falas de Paulo:

“Você aprende, é, sobre saúde é, sobre ação educativa. Sobre, é, os termos técnicos que surgem na saúde porque a saúde ela vai passando por um processo e você vai se adaptando, então existe uma serie de linguagem e nestes cursos você tem essas capacitações. (...) Então, a gente tem várias oficinas, vários cursos, focando a área da saúde. Entendeu?” (ACS Paulo)

Entretanto, ainda sobre a formação técnica, percebe-se a semelhança na fala dos entrevistados quanto à expectativa frustrada de que a sua formação técnica levasse a

aumento de salário. Um dos entrevistados mencionou que promessas políticas foram feitas durante o processo de conquista do curso para os ACS de que, com essa formação técnica, iria haver investimentos financeiros no salário desses profissionais, ou seja, aumento salarial¹⁵. Entretanto, até o presente momento esta questão não foi resolvida e aflige os ACS já formados, como pode ser visto na fala deste entrevistado:

“(...) a maioria de nós aqui, do RJ, já passou por uma capacitação do técnico em agente de saúde e até agora não aconteceu nada, não houve um investimento, um..., em cima da nossa capacitação profissional. É a gente basicamente não está sendo reconhecido, valorizado. E isso, é..., é fundamental pra que a gente se sinta mais seguro, mais tranquilo, pra poder dar mais de si, entendeu?” (ACS Paulo)

Esta questão do reconhecimento profissional em relação à formação técnica, vinculado ao reconhecimento salarial dos ACS será melhor compreendida mais adiante, a partir de uma análise mais específica da categoria de pesquisa referente ao salário destes profissionais.

Em relação à categoria reconhecimento, os entrevistados a consideram a partir de dois âmbitos, o profissional e o social, que podem ser vistos na análise das falas seguintes.

Quanto a esta categoria, os entrevistados destacam de uma forma geral que o seu reconhecimento dentro da equipe não acontece e que este está intimamente ligado à dependência do trabalho em equipe. Muitas vezes eles se remetem a um trabalho individualizado, desprezando-se, portanto, o trabalho do ACS, como pode ser visto através dos trechos destacados a seguir, que apresentam diferentes visões sobre o trabalho em equipe:

“(...) Eu não acho que seja muito (reconhecido). **Tem aquela visão de cada um faz o seu pedaço pra todo mundo ajudar não, entendeu?** Mas assim, quando é alguma questão assim de ‘ah, avisa fulano num sei o que’, aí sim tem aquela ‘ah vocês são tão importante’, aquela coisa mais..., mas você sente que não é uma coisa assim, né? (...) Aquela tarja preta só, num é uma coisa que ‘não, você é importante’. **Não é que você seja importante, é que nós não somos os únicos, não somos primordiais.** Sem nós nada iria acontecer, já acontecia todo o processo, mas **cada um tem a sua importância, né? Ninguém é menor nem maior do que ninguém, né?**” (ACS Sonia- grifos meus)

“Ultimamente assim, eles dão muita importância ...importância assim é... Ah, eu acho assim... **eles estão desprezando o trabalho do ACS.**” (ACS Rosa-grifos meus)

¹⁵ Recentemente, na EPSJV/Fiocruz, durante a cerimônia de abertura do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde para o município do Rio de Janeiro, um gestor municipal da área da saúde fez essa promessa publicamente.

“Aí, vai depender do ângulo que você tiver olhando, né? Por exemplo, se você tiver um médico que entende de ESF, ele vai dizer que sim, mas se tiver um médico que não entende na área de família, na ESF as vezes é um médico que entra e cai de pára-quadras, porque ele é formado, mas ele é médico que trabalhou em emergência.. é totalmente diferente. Um médico que trabalha em ESF, ele trabalha em equipe, trabalha em grupo, então ele procura ver, ele se preocupa com a saúde da equipe, com os problemas , as dificuldades, entendeu? (...) **E o olhar do médico que trabalha em ESF é fundamental pra manter a equipe unida**, pra detectar os problemas, as crises que existem, as dificuldades e que um médico que não tem essa estrutura, que não tem essa maturidade em ESF faz bastante diferença, entendeu?(...) Então, passa a ser valorizado quando a equipe... (...) Porque aí vc não sente dificuldade. **Mas quando você não tem um médico que não trabalha nesse olhar da saúde da família, todo agente ele vai começar a perceber que não é reconhecido, entendeu?** Agora, monetariamente, profissionalmente, na realidade, os ACS vão te dizer basicamente o que eu vou te responder, **não é reconhecido, entendeu? Por quê? Porque é uma gama muito grande de problemas e responsabilidades**, principalmente aqui no RJ, é muito complicado. Então, você ganha pouco, você tem pouco suporte. Agora que você tá tendo, porque o ESF tá investindo, mas não é o suficiente. Entendeu?” (ACS Paulo- grifos meus)

A partir das falas acima, faz-se necessário uma análise minuciosa de diversas questões que surgiram. A primeira, diz respeito ao que já foi dito anteriormente, que é a visão individualizada do trabalho em saúde, percebida através da fala da entrevistada Sonia. Como já visto no segundo capítulo desta monografia, de acordo com Merhy e Franco (2009), o trabalho em saúde tem como um referente simbólico de produção da saúde o ato de cuidar da vida, e como objeto central as necessidades de saúde dos usuários individuais e coletivos, que se entendem como demandas pelas ações de cuidado. As práticas de saúde objetivam a produção social da vida e a defesa desta. Os autores partem do pressuposto de que o trabalho em saúde é sempre coletivo, pois o trabalho em saúde é realizado por um trabalhador coletivo. Todos, independente da sua formação ou profissão, trabalham coletivamente na direção de uma mesma finalidade, que é o cuidar do usuário, ou seja, a construção do cuidado em saúde. Sendo assim, partindo da análise do trabalho desempenhado pelo ACS na comunidade e no serviço de saúde, observa-se a dependência mútua do ACS com os outros profissionais de saúde do serviço prestado. Portanto, o trabalho em equipe é essencial para a realização do cuidado em saúde, logo, para a melhoria da qualidade de vida da população assistida.

Ainda na fala de Sonia, a entrevistada implicitamente questiona a contradição que se faz presente no reconhecimento do ACS enquanto um integrante da equipe de saúde da família e enquanto um trabalhador da área da saúde, quando o seu trabalho se restringe, ou a questões burocráticas, ou a uma posição de ‘informante’. Esta contradição fica evidente quando o ACS, que é considerado como o ator principal e

mais importante na viabilização da atenção e do cuidado em saúde, por estar na posição de elo entre a unidade de saúde e a comunidade - como é dito em diversos discursos e documentos institucionais e acadêmicos -, sofre, em contraposição a esta questão, com o não reconhecimento dele dentro de sua própria equipe. Ou seja, ser visto como importante e primordial através de diversos autores e documentos institucionais, não é o suficiente quando se parte para uma análise da prática deste profissional, em que, o que se observa é o não reconhecimento deste ator enquanto integrante de uma equipe e enquanto um profissional de saúde.

Esta questão também pode ser vista a partir da fala de Rosa que afirma que o trabalho do ACS vem sendo desprezado, contribuindo assim, para um não reconhecimento deste profissional dentro de sua própria equipe. A entrevistada questiona a não importância dada para ao trabalho realizado pelo ACS por alguns profissionais, tanto dentro de sua equipe, como na unidade de saúde de uma forma geral, em contraposição à importância dada a outras questões que não dizem respeito ao trabalho propriamente dito dentro da saúde da família.

A dependência do trabalho em equipe para o reconhecimento do ACS é visto por Paulo de uma forma diferenciada, em que ele centraliza a figura do médico para a união da equipe e a execução das atividades realizadas pela mesma. Ele compreende que para uma equipe ser unida e, com isso, para que o ACS tenha o seu reconhecimento devido, deve-se ter a inserção de um médico que tenha experiência em saúde da família. Ao contrário, se a equipe é formada por um médico que não tem experiência neste ramo de atenção à saúde, que exigiria um olhar diferenciado sobre o cuidado em saúde, o ACS vai se encontrar como um profissional desvalorizado e não reconhecido dentro de sua equipe. Por isso a referência e centralidade do médico no reconhecimento do ACS dentro da equipe de saúde da família e na unidade de saúde. Essa questão estaria, portanto, na dependência de o médico conhecer ou não o processo de trabalho na saúde da família.

A noção de trabalho em equipe tendo como central o trabalho do médico, de acordo com Peduzzi (2009), já vem de um processo longo de compreensão do trabalho ainda presente nos dias atuais em que:

a idéia de equipe de saúde aparece respaldada principalmente pela noção de atenção integral ao paciente, tendo em conta os aspectos preventivos, curativos e de reabilitação que deveriam ser contemplados a partir dos conceitos de processo saúde-doença, de história natural das doenças e da estratégia de integração. Porém, mantém-se a centralidade do trabalho

médico, em torno do qual outros trabalhos especializados se agregam (PEDUZZI, 2009:420).

Ainda nesta perspectiva do trabalho em equipe como referencial para o reconhecimento do ACS, Sonia reforça, a partir da fala seguinte, o quão necessário e interessante é para a melhoria da atenção e do cuidado em saúde, o trabalho em equipe e a importância que cada um tem dentro da mesma, não restringindo o papel de ator principal a ninguém, nem ao médico, nem ao ACS, mas estendendo-o também aos demais profissionais inseridos na saúde da família.

“(...) hoje em dia a minha equipe tá... tem trabalhado melhor, né. Um pouquinho melhor. Mas tem aquelas pessoas que a gente não, ainda não entraram... porque na minha equipe tem ainda muita, tem pessoas que entraram agora, nessa leva agora de...entendeu? Ainda estão ainda.. tem bastante gente... Mas a grande maioria a gente tenta trabalhar em conjunto, tenta se ajudar, entendeu? Tenta escutar um ao outro. Então é uma equipe bem.. querendo ser bem homogênea, se esforça pra isso. Mas nenhuma vai conseguir ser assim. (...) Mas assim, o fato de você reconhecer que estava errada, pedir desculpa. Você reconhecer que você não é o centro das atenções, isso pra mim já é um grande passo, entendeu? Ninguém é tão imprescindível, mas ninguém é tão nada né, dentro da equipe, cada um faz um pouquinho.” (ACS Sonia)

Questiona também que o trabalho em equipe depende muito da relação pessoal, do respeito de um com o outro e, com isso, se tem uma valorização do trabalho executado por todos os profissionais da equipe, inclusive do ACS. E, por consequência, tem-se um maior reconhecimento deste profissional. Segundo Peduzzi (2009), no trabalho em equipe, tem-se a necessidade da integração entre as profissões que se entendem como imprescindíveis para a execução das práticas de saúde vinculadas à uma nova concepção biopsicossocial do processo saúde-doença. Esta questão também pode ser vista através das falas de Paulo, que diz que o reconhecimento dentro da equipe está permeado por um lado pela relação pessoal de um com o outro, mesmo centralizando em algumas partes de sua fala o reconhecimento do seu trabalho na visão especialmente do médico, como pode ser visto a seguir:

“(...) é difícil falar pra você se eles gostam ou não, porque as vezes eu levo mais pro lado pessoal do relacionamento, né. Então é mais pra questão da consideração, do respeito. É, muitos dos profissionais aqui, valorizam nosso trabalho, outros, já não tanto, entendeu?Então, é mais pra questão pessoal. (...) Eu acho que o reconhecimento... Eu acho que você tem mais com quem você trabalha né. Então, quando você começa a colocar em prática aquilo que você aprendeu... Então, por exemplo, é muito legal o médico chegar pra você e ‘poxa, Paulo, parabéns, você tá conseguindo fazer isso.’, ‘poxa, a gente pediu pra você fazer algo.. pra ir lá na área identificar o índice de crianças que estão com as vacinas atrasadas, parabéns, poxa, você atingiu!’ . Aí você tem é ... uma meta de fazer VDs, lançar VDs, então quando você atinge essa meta, então aí o pessoal vem.. a equipe vem elogia você, ‘poxa você...

parabéns, você atingiu o seu objetivo'. Então, isso é um reconhecimento né, é uma valorização." (ACS Paulo)

O reconhecimento é visto por Sonia como mais atual, pois antigamente o ACS não era tão reconhecido dentro de sua equipe, talvez por não terem uma formação técnica, ou até mesmo por não serem reconhecidos enquanto profissão. Entretanto, Rosa coloca que antigamente os ACS eram mais reconhecidos dentro de sua equipe, mesmo em meio a tantos conflitos internos existentes e que, atualmente, eles não são tão valorizados nem reconhecidos como deveriam. Vejamos as respectivas falas:

"Bom, hoje em dia um pouco. Já foi menos reconhecido, mas hoje já é mais reconhecido." (ACS Sonia)

"(...) É a que tem mais problema e a gente num é valorizado não. (...) eu sempre falo isso 'isso não acontecia', com todas as brigas, até que a gente tinha valorização, mas agora não." (ACS Rosa)

Compreendo que estes conflitos internos referidos na fala da agente dizem respeito às diferentes concepções sobre o trabalho na Saúde da Família e, no caso do ACS, sobre o trabalho em saúde a ser realizado diretamente nas comunidades. Trata-se da representação das diferentes concepções em disputa que estão presentes na sociedade atual e, no que se refere à saúde, principalmente, no âmbito do SUS. Questão esta que tem se feito presente ao longo da análise das entrevistas em relação a todas as categorias.

Quanto ao reconhecimento do ACS por parte da comunidade em que atuam, seja ele considerado reconhecimento profissional ou social, é consensual entre os entrevistados que eles são valorizados. Isso pode ser notado nas seguintes falas:

"Até que é. (...) É, mas assim, não é aquela coisa assim 'ah, você me ajudou', mas você sente no tratar das pessoas, algumas pessoas que você até fez alguma coisa, ou então mostrou pra ela que ela tivesse uma visão diferente em questão de algumas coisas, você vê que o tratar é diferente, né? Elas se tratam diferente. Não ficam assim, não é que vai ficar aos seus pés 'ó, brigado você arrumou uma consulta pra mim', 'ó, consegui fazer a minha cirurgia', mas você vê que o carinho é diferente, né?" (ACS Sonia)

"'ah, não preciso de mais médico não, já melhorei!' (...) Aí a irmã dele veio, fez uma carta agradecendo, falando o meu nome. Mas assim, não quero não, aí.. gente, é uma obrigação. (...) Pela comunidade eu sou valorizada. Não sou valorizada pela equipe técnica, mas na comunidade eu sou valorizada, entendeu?" (ACS Rosa)

"Olha, a comunidade .. a comunidade até que gosta, entendeu? Porque nós somos assim, o elo de ligação com a comunidade com o centro de saúde, né. Então eles com certeza, eles vão... eles vão gostar. Só que a população, ali, ela quanto mais, melhor, né. Certo? E a gente não pode dar mais porque a gente não tem recursos da nossa parte a nível profissional, técnico, pra

oferecer melhor, mas dentro daquilo que a gente foi trabalhado e capacitado eu creio que nós estamos a altura, entendeu?” (ACS Paulo)

Analisando esses trechos das entrevistas, vê-se o reconhecimento expresso pelo modo como a população assistida trata o ACS. Sonia explicita que seu trabalho é reconhecido e valorizado, pois é percebido pelo carinho diferenciado das pessoas para com ela. Este carinho não se vincula a falas de agradecimento por ter sido atendido, mas na fala de Rosa, percebe-se que este carinho está vinculado à agradecimentos constantes quanto ao trabalho desempenhado pelo ACS. Entretanto, Rosa explica que, quando se tem fala desse tipo, quanto ao prestar atendimento e ao cuidar da comunidade, ela não entende como um favor que ela está prestando, mas sim uma obrigação, expressando a compreensão de que saúde e o acesso aos serviços de saúde são direitos de todos e dever do Estado, e que, portanto, este dever de certa forma é cumprido pelo ACS.

Em relação a esta fala de Rosa, é cabível ressaltar que esses agradecimentos parecem proceder de um possível não entendimento da parte do usuário do acesso ao serviço de saúde como um direito. Sendo assim, ele não precisaria agradecer a ela pelo seu empenho que deveria ser feito por todos os profissionais e, não, destacado como uma qualidade da ACS. O problema que persiste é que se ela não tivesse se empenhado para conseguir o atendimento, este não teria acontecido, contrariando o princípio constitucional:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Ainda em relação à fala de Rosa, ela reforça o seu reconhecimento por parte da comunidade, entretanto, reforça também o seu não reconhecimento por parte da equipe técnica, como já foi analisado anteriormente.

Quanto à fala de Paulo, ele coloca que o seu reconhecimento pela população parte principalmente pela questão de ele ser a ponte, o elo, entre o serviço de saúde e a comunidade. Entretanto, ele resalta que a falta de recursos técnicos e materiais para o exercício de sua profissão por vezes dificulta a integração com a comunidade e sua atuação. Entender a integração com a comunidade requer, de acordo com Marzari, Junges e Selli (2011), entender o perfil social deste profissional que perpassa fundamentalmente a sua inserção na comunidade. Segundo os autores, deve-se entender que esta inserção denota um trabalho de permanente construção, pois o agente comunitário de saúde, apesar de morar na comunidade, encontra-se em uma posição diferenciada enquanto profissional e precisa de uma preparação adequada, ou melhor,

uma formação que contemple os vários aspectos de seu trabalho, oferecendo o suporte necessário técnico para o exercício de suas atividades na comunidade. Como sinaliza Paulo, a falta de suporte técnico ou material dificulta a atuação dos ACS, tanto no serviço de saúde, como na comunidade. Mesmo com todas as dificuldades percebidas, o entrevistado relata que o trabalho do ACS na comunidade está sendo contemplado, o que contribui para o seu reconhecimento, tanto social, como profissional.

De uma forma geral, na perspectiva do reconhecimento profissional do ACS dentro da equipe de saúde da família e da unidade de saúde na qual atua, é perceptível através da fala de Sônia, que ainda vai demorar algum tempo para que se tenha um devido reconhecimento dos ACS, como integrantes da equipe e como profissionais da área da saúde. Isto pode ser explicado, de acordo com a fala de Rosa, a partir da visão que se tem quanto ao trabalho dos ACS por parte de alguns profissionais do serviço de saúde. Visão esta que diz respeito, entre outros elementos, à caracterização da profissão de ACS como uma forma de sair da condição de desempregado, ou seja, o significado de ser ACS se vincula à oportunidade de emprego, como pode ser visto por Silva e Dalmaso (2002). Questões estas que podem ser encontradas nas seguintes falas:

“Acho que falta muito ainda. Aqui a gente não é tão reconhecido como deveria. Vai levar muitas décadas pra isso.” (ACS Sônia)

“O agente de saúde aqui dentro é um cabide de emprego! Não tem nenhuma importância!” Ele chegou a falar isso na frente deles.” (ACS Rosa)

Na perspectiva da fala de Rosa, pode-se compreender também que essa visão que alguns profissionais de saúde têm sobre o trabalho do ACS ainda está - apesar do esforço contínuo de mudança do modelo de atenção – voltada para o modelo médico centrado, de compreender, quase exclusivamente, o médico e o enfermeiro como trabalhadores típicos da saúde. Como também de não compreender o ACS como um sujeito fundamental para a viabilização da atenção e do cuidado em saúde, aquele que se insere diretamente na comunidade em que atua e reside. Concepção esta que pode ser vista por Gomes *et.al.* (2009) que, em estudo feito sobre a práxis do ACS, percebe os entraves presentes no cotidiano do seu trabalho, que também se relacionam à sua valorização, tanto profissional, como social, na equipe de saúde.

Em uma forma mais ampla de visualização do trabalho realizado pelo ACS, ou seja, em uma perspectiva deste sujeito em relação ao seu reconhecimento por parte da sociedade como um todo, tem-se, consensualmente entre os entrevistados, conforme expresso nas falas destacadas, que o ACS não recebe a valorização que espera.

“Pela sociedade eu acho que é... num é reconhecido não. Pela sociedade não.” (ACS Rosa)

“Olha, eu acho que a sociedade, se for uma sociedade voltada para as autoridades constituídas, eu acho que não é valorizado não. Eu acho que é **simplesmente uma rota de escape**, só pra poder conseguir...eu falo assim no seguinte, a nível de política, né. **Eu acho que a gente, no Brasil inteiro, a gente funciona como cabide de voto**, né. Então as pessoas, **os políticos eles prometem, liberam pra gente algumas coisas que nos satisfaçam, mas não é a altura**. Então eu acho que a gente não é reconhecido, a gente é utilizado como um... não vou te dizer que massa de manobra seria a reposta certa, entendeu?, mas é objeto de manipulação. **Porque promete uma série de coisas e a gente corresponde com os nossos votos**. E a gente meio que acaba acreditando, meio que acredita. **A gente precisa sobreviver, a gente precisa trabalhar, a gente precisa de ter um salário, a gente precisa ser reconhecido socialmente**. Então eu acho que é uma coisa, meio que, vamos dizer assim, mais pra calar a boca né, mas eu acho que **existe uma certa discriminação em relação a nossa profissão**. Tanto é que **nós não somos reconhecidos como agente comunitário**, você num... você.. **O agente comunitário ele não passa em um concurso, é processo seletivo**. Se bem que é .. **que no SUS, faz parte do programa do SUS o agente comunitário, mas não é reconhecido profissionalmente, não é reconhecido a nível de valores**.” (ACS Paulo – grifos meus)

A partir desta fala de Paulo sobre o reconhecimento do ACS na perspectiva da sociedade como um todo, podem-se analisar diversas questões que foram surgindo ao longo do seu discurso, dentre elas mais especificamente as grifadas por mim.

O entrevistado deixa explícita a sua compreensão de que os ACS não são reconhecidos pela sociedade em geral. São diversos os elementos que acompanham essa sua compreensão; dentre eles, destacam-se: o ACS ser visto como uma rota de escape para os políticos conseguirem voto, pelo fato de estarem inseridos nas comunidades que confiam nele, e por isso, a sua utilização como cabide de votos, não somente no território de Manginhos, mas em território nacional; há diversas promessas que são feitas para os ACS quanto ao seu trabalho, dentre elas, o aumento do salário com a elevação de sua formação¹⁶ sem, entretanto, serem cumpridas, gerando frustração e insatisfação (como já analisado em relação à categoria formação).

Nesta perspectiva, compreende-se por meio da fala dos entrevistados, que se tem o compromisso por parte dos ACS com o seu voto, entretanto, por parte do político não se tem a correspondência com o que foi prometido. A insatisfação é vista principalmente através da fala de Paulo quando expressa as necessidades de cada um a

¹⁶ Em uma aula inaugural proferida por Tereza Ramos (Ex-Presidente da CONACS), no dia 31 de outubro de 2011, na EPSJV/FIOCRUZ, tinha-se a presença na mesa de abertura do subsecretário de saúde do município do Rio de Janeiro, Daniel Soranz, que em sua fala mencionou a configuração do salário dos ACS que se formaram no CTACS como equivalente ao valor salarial de técnicos, a partir de janeiro do ano de 2012.

partir do trabalho, do salário, do seu reconhecimento, da sua própria sobrevivência, enquanto o que recebem de maneira forte é o não reconhecimento de sua profissão.

Outra característica que considero fundamental e indispensável para a caracterização de um trabalho precarizado pode ser encontrada no final da fala de Paulo, quando questiona o sistema de saúde no qual o ACS está inserido, que é o SUS, em contraposição ao fato de o ACS não ser um funcionário vinculado diretamente ao Estado. A vinculação dos ACS no Município do Rio de Janeiro tem se dado por meio de processo seletivo e sua vinculação tem sido feita por meio da CLT, mas mediada por organizações da sociedade civil, dentre as quais algumas ONGs e, atualmente, com predominância das OS. No caso dos ACS de Manguinhos, a instituição que media a sua contratação é a Fiotec, o que não tem sido visto como um problema pelos ACS entrevistados.

Finalizando a categoria reconhecimento, tem-se, mencionado pelos entrevistados, alguns aspectos importantes para um maior reconhecimento e valorização do ACS, tanto na perspectiva profissional, como social, que podem ser vistos nas seguintes falas:

“Que toda equipe estivesse mais na comunidade pra poder ver o funcionamento desse trabalho (...) Que a gente tivesse mais liberdade pra tá na comunidade também(...) Pudesse atender dentro da comunidade. Tivesse espaço. Tivesse apoio da...das... dos gestores para que fizesse isso, essa aproximação maior da equipe, porque independe da equipe, né? A médica e a enfermeira não podem atender a comunidade se não tem os recursos necessários, né? Os materiais necessários...” (ACS Sônia)

“Apenas assim, dar mais autonomia a gente, entendeu? Não botar empecilho naquilo que a gente quer fazer pelo bem da comunidade, entendeu?” (ACS Rosa)

“Olha, é difícil você.. você falar de reconhecimento, do valor no processo de trabalho, se não tiver a questão salarial sendo é, valorizada, sabe? Porque se não vai ser como chover no molhado. Eu penso na questão... Eu acho que qualquer profissão. Eu acho que pro profissional se sentir bem, ele tem que ser valorizado profi... financeiramente, profissionalmente, que a partir daí, ele pode se sentir mais a vontade pra poder expressar o teu desempenho profissional. E ao mesmo tempo eu também não acho que apenas só o dinheiro vai ser o suficiente, mas já é pontapé inicial pra você pensar e assim, você ter o retorno, né? E existir essa reciprocidade. E eu acho que é meio que utópico, né, você falar de reconhecimento, de valor, e se não existe o faz-me rir, né? O dinheiro!” (ACS Paulo)

Analisando as seguintes falas, tem-se a expressão do que seria necessário, para se ter um maior reconhecimento do trabalho realizado pelo ACS, como já dito anteriormente. O que se percebe através delas, principalmente em relação à Sônia e Rosa, são aspectos relacionados à autonomia do processo de trabalho, ou seja, a

possibilidade de realização plena de seu trabalho; à necessidade de atuação da equipe dentro da comunidade, pois esta ainda se restringe ao atendimento ambulatorial; à viabilização das condições materiais para o exercício das atividades, tanto dos ACS, como dos demais profissionais da equipe; ao reconhecimento da organização do processo de trabalho nas equipes, como um fator essencial para a valorização do trabalho de todos. Vários desses aspectos são encontrados ao longo das entrevistas, a exemplo do trabalho em equipe (característica fundamental do trabalho em saúde), visto também como central para a valorização do trabalho dos ACS. Portanto, a satisfação das entrevistadas está permeada pela efetivação de seu trabalho e no respeito ao usuário e ao trabalho desempenhado pelo ACS.

Na fala de Paulo centraliza-se a questão salarial como forma de reconhecimento do ACS enquanto um trabalhador da saúde, pois, apesar de ser considerado como peça-chave fundamental na viabilização da atenção e do cuidado em saúde, é o que ainda recebe o menor salário dentro da equipe multiprofissional em saúde da família. Ou seja, tem-se uma gama de problemas e responsabilidades que não condizem com a remuneração salarial dos ACS. Esta questão também pode ser encontrada em estudo feito por Gomes *et. al.* (2009), em que uma das causas para a desmotivação em relação à profissão de ACS passa pelos baixos salários, sobrecarga e desvalorização do trabalho desempenhado por esse sujeito.

Por fim, outra questão que é válida ser ressaltada nesta monografia é o reconhecimento profissional do próprio ACS quanto à sua formação em técnico, a partir da fala de Rosa, que já foi citada e analisada anteriormente.

Na categoria remuneração salarial é consensual, na fala dos entrevistados, a insatisfação quanto ao salário que recebem, como pode ser visto a seguir:

“De jeito nenhum. A gente não é a parte tão importante da estratégia? Ainda não vi essa importância toda, mas tudo bem, né? Porque o médico estudou pra isso, a gente não, né? Como eles dizem né. Não, porque assim, além da gente não ser reconhecido como profissão, como já disseram isso. (...) Não é que você queira ganhar milhões, mas assim, você tinha que ter certo reconhecimento, porque ninguém vive só de gratificações, a pessoa ‘ah, obrigado’. A gente tá no aguardo até hoje.” (ACS Sônia)

“Olha, claro que não! (...) Porque o valor que você recebe, ele vai tendo perdas, né... a inflação é um dos...umas das razões que já até respondi... e você precisa ser reparado. Então é lógico que a insatisfação geralmente é total, entendeu? E você.. e você é...cada vez que passa sempre tem o processo de trabalho que você tem que fazer várias coisas. Antes não era informatizado, agora é. Então você ... o... a responsabilidade aumenta, o compromisso aumenta, a dedicação aumenta, mas a reposição daquilo que

“você perde, com relação ao salário, com relação a inflação, você não tem uma reparação. Então isso já é motivo de insatisfação.” (ACS Paulo)

A partir dessas falas, percebe-se a categoria salário relacionada à carga de trabalho e responsabilidades do ACS e às expectativas em torno da sua formação e do seu reconhecimento profissional.

A análise dessas falas pode partir da compreensão de diversos autores, dentre eles Gomes *et. al.* (2009) quando menciona que

A inclusão do ACS no PSF representa um aumento significativo de trabalho e de responsabilidade, sem que isso seja acompanhado de aumento salarial correspondente. Além disso, a posição do ACS no interior da equipe de saúde da família revela-se ainda mais crítica quando se compara o seu salário com o de outros membros da equipe, de forma que o sentimento de desvalorização do seu trabalho torna-se particularmente evidente se considerarmos a hipótese de que o ACS é tido como personagem-chave do PSF (GOMES *et. al.*, 2009:753).

Sônia enfoca a contradição existente em relação ao ACS ser considerado a parte mais importante da estratégia saúde da família e ser o que possui uma formação simplificada e um salário que não condiz com a complexidade e extensão de seu trabalho, que também pode ser visto em estudo feito por Gomes *et al.* (2009), uma vez que os ACS *têm encontrado muitas dificuldades para cumprir com suas atribuições, tanto pelo amplo leque de exigências, quanto pelas limitadas condições socioeconômicas (...)* (GOMES *et al.*, 2009:753). Sendo esta última questão também encontrada na fala de Paulo quando faz referência ao aumento das responsabilidades que lhe são atribuídas, a exemplo do cumprimento de metas a que estão submetidos, como pode ser visto através da seguinte fala:

“A minha questão com relação às metas é... é você ser reconhecido monetariamente por aquilo que você faz. Entendeu? Porque você ser... você falar que trabalhar é bonito, é legal, que você tem que amar o que você faz, mas o que dá substância ao amor do que você faz né.. é a questão financeira.” (ACS Paulo)

De acordo com Paulo, há o aumento e a intensificação do processo de trabalho, mas em contraposição, os ACS não são reparados em termos salariais, ou seja, o aumento de trabalho não é acompanhado por aumento de salário. Portanto, Paulo associa a precarização a baixo salário, pois deixa implícito, ao longo da entrevista, que uma melhor remuneração salarial se relaciona à segurança e à tranquilidade no exercício de sua profissão.

Pensando na perspectiva das metas que são citadas não somente pelo entrevistado Paulo, mas também pela entrevistada Sônia, tem-se o reforço do entendimento da intensificação do processo de trabalho como uma contradição, não

somente em relação ao seu salário que continua como o menor da equipe multiprofissional, mas especialmente no que se refere ao que aprendeu no seu processo de formação voltado para a atuação em uma política de atenção básica, como pode ser encontrado e melhor analisado a partir da fala da entrevistada:

“É complicado né, porque em meio a tantas coisas, **tem muita pressão porque você tem que registrar números. Eles visam muito mais números do que o vínculo, tudo o que você aprende desde o início, a coisa do vínculo, do olhar diferenciado, aquele acolhimento, isso tudo com o tempo tá se esvaindo, eu sinto isso.** Você tem que ter números, você tem que tá na reunião, você tem que tá enchendo sala, você tem que implantar visita, **você tem que tá mostrando que você tá trabalhando. Só que o seu trabalho você mostra no dia-a-dia na vida das pessoas,** eu vejo assim, né? **Você vê que a qualidade de vida da pessoa vai melhorando, mas nada disso interessa porque não é visível o numerário,** o numerário não é visível. Agora, desde o ano passado pra cá, isso tem diminuído bastante, porque o que importa é o número, você tem que ter X de metas pra alcançar. (...) Daqui a pouco as pessoas que você sabe que as pessoas ficam mais tempo, tem mais necessidade de estarem com você, **qualquer dia você vai fazer uma visita na porta de casa, porque você não vai nem entrar,** porque você sabe que a pessoa vai ficar ali te alugando toda vida, você nem entra mais, **porque sabe que vai levar quase uma manhã toda,** ou então a metade de uma tarde na casa da pessoa, então você nem entra. (...) **Ninguém olha a saúde do trabalhador, não. (...) Eles querem números.**” (ACS Sônia- grifos meus)

A partir desta fala, pode-se fazer uma análise minuciosa de diversos aspectos que surgiram e que merecem ser questionados. O primeiro concerne à pressão a que os ACS estão submetidos quanto ao registro concreto da realização de seu trabalho, que se expressa através de números e metas que devem ser cumpridos pela equipe. Com isso, de acordo com a entrevistada, tem-se o esquecimento da questão do vínculo que deve ser estabelecido com a comunidade, assim como o olhar diferenciado o qual o ACS e os demais profissionais da equipe devem ter em relação à atuação em saúde da família. Ou seja, há um rompimento em relação aos princípios norteadores da Saúde da Família, por exemplo, em relação ao entendimento da família como o núcleo da intervenção em saúde, assim como, em relação à necessidade da análise multidisciplinar de sua estrutura, dinâmica e comportamento, como indicado em Trad e Bastos (1998). A entrevistada explicita que seu trabalho não deve ser demonstrado a partir de números, mas sim, no dia-a-dia, no próprio processo de trabalho, através do cuidado em saúde com o usuário. Com isso, considera perceptível a melhoria da qualidade de vida das pessoas acolhidas. Esta questão também pode ser compreendida a partir de Oliveira e Spiri (2006) quando consideram que o estabelecimento de vínculo é a consequência de uma

relação mais próxima da população com a equipe de saúde por consequência das visitas domiciliares, que facilita a adesão da população ao serviço de saúde. A população sente-se melhor cuidada, pois a equipe intervém com visão mais ampliada pelo conhecimento da população, estimulando sua autonomia e participação no tratamento, numa relação de respeito e valorização das particularidades, inclusive co-responsabilizando a população pelo seu próprio bem-estar. A população se compromete com as atividades propostas e permite que o vínculo seja estabelecido quando se sente satisfeita com os serviços de saúde, elevando assim, a qualidade de vida e promovendo a disseminação do programa pelo País. Esses fatores contribuem para a promoção da saúde e reduzem o índice de internações hospitalares (OLIVEIRA e SPIRI, 2006:730).

O cumprimento de metas é visto até mesmo como um rompimento de princípios do SUS, a exemplo da integralidade, não prevalecendo a compreensão do conceito ampliado de saúde e do processo saúde-doença, pois a promoção da saúde passa a ficar em segundo plano, conforme indica a entrevistada, o que também considero como uma problemática para a viabilização do cuidado integral em saúde. Com isso, nessa perspectiva da integralidade, compreendo que sua materialização no cuidado em saúde se dá também quando o ACS busca por respostas positivas às demandas das necessidades sociais da comunidade, que, de acordo com Silva e Dalmaso (2002b), no momento em que é estabelecida uma ação em saúde como prática de cuidado, cria-se uma relação de parceria entre o profissional, no caso o ACS, e o indivíduo, buscando as origens, os significados do problema, assim como as estratégias de enfrentamento. Entretanto, com a imposição das metas, essa questão ficaria dificultada na medida em que a promoção e o cuidado em saúde – na perspectiva ampliada de acolhimento ao indivíduo e do olhar diferenciado - passam a ser colocados em segundo plano, pois o ACS e sua equipe devem cumprir o que foi prescrito, que são os números que têm que apresentar a partir das metas que devem ser cumpridas.

Percebe-se ainda que esta mudança no processo de trabalho (cumprimento de metas e Visitas Domiciliares) está voltada diretamente para os ACS, intensificando ainda mais o seu trabalho, que já é complexo¹⁷, concentrando diversas atribuições além das já referenciadas na legislação (Portaria 648 de 2006 e Lei 11.350 de 2006). Além disto, na perspectiva da intensificação do processo de trabalho, tem-se, no final da fala de Sônia, o descaso e a negligência com a saúde do trabalhador. Ou seja, consideram somente os números e as metas, independente se estas intensificaram a rotina de

¹⁷ Em relação ao trabalho complexo realizado pelo ACS, podemos perceber que, de acordo com Marzari *et. al.* (2011), com a ampliação da ESF no Brasil, os agentes de saúde assumiram responsabilidades como agentes transformadores, conferindo complexidade ao trabalho, por exigir uma síntese entre a dimensão social e humanitária com o saber prático da saúde (MARZARI *et.al.*, 2006).

trabalho dos ACS, tendo muitas vezes por consequência, o estresse e outros problemas de saúde que surgem ao longo da intensificação do processo de trabalho.

Em suma, o que se percebe a partir da fala de Sônia, é uma tensão entre o cumprimento de metas e a integralidade da atenção em saúde, que é deixada de lado, levando somente em consideração que o trabalho realizado pelos ACS deve ser demonstrado através de modelos quantitativos de avaliação, que são as metas. O visível passa a ser somente o numerário apresentado através das metas cumpridas, enquanto o invisível é a sobrecarga de trabalho e o sofrimento do ACS que não encontram compensação sequer numa possível remuneração salarial justa aos ACS, ou seja, um salário que se equipare ao seu trabalho real.

Voltando-se para a análise mais específica da categoria remuneração salarial, tem-se de acordo com alguns entrevistados a insatisfação quanto ao salário que durante um bom tempo se fez como abaixo do mínimo, assim como a insatisfação consensual quanto às promessas políticas que lhe são feitas quanto ao aumento salarial no que se refere também à formação técnica, como já analisado em algumas categorias anteriores, mas que considero sempre como relevante para a discussão. Questões estas que podem ser encontradas nas seguintes falas:

(...) durante um bom tempo a gente andou recebendo um salário abaixo do mínimo (...) Ah, vai reajustando né. (...) Não, regular não, nunca foi regular. “No início a gente ganhava até razoavelmente bem. A gente ganhava acima do salário mínimo. Aí teve uma fase que, num teve... se teve reajuste foi tão mínimo que você nem percebeu, que foi de centavos, alguma coisa assim, que você nem percebeu. Aí eu sei que teve uma época que a gente, até na época que a gente tava fazendo a segunda etapa do curso, que ‘gente, o salário mínimo é quinhentos e pouco e a gente ganha ainda quatrocentos e não sei quanto?’ Aí eu falei assim ‘Gente, a gente tá ganhando menos que um...’ Aí foi criando aquela coisa, aquela coisa, aquela confusão, aí foi que eles reajustaram pra esse agora que é setecentos e pouco, alguma coisa assim. E depois do curso disseram que ia se aumentar esse salário, né? (...) Nada... A gente tá esperando, né? Pode ser que algum dia isso aconteça, né? Brasileiro não desiste nunca, né?” (ACS Sônia)

“Eles falam que vão aumentar e nunca aumentam. (...) ‘olha, você prometeu aumentar o salário e até agora nada né..’ ...’Calma, dona Rosa, a senhora tá igual político né..’...’ Ne politico nada, você também num é político, você é político. Você foi pro outro lado, isso aí é político. Agora só que você ..você tá aí sentado no seu cantinho e tá esquecendo dos ACS, você falou que ia aumentar o salário!’ (...) Olha, eu acredito que não [reajuste ser regular]. Acredito que eles estão dando por conta deles mesmo. porque esse regular, esse reajuste que eles falam que é regular, não acredito que seja não...” (ACS Rosa)

“Olha, os reajustes que a gente tem são relacionados aos dissídios, né. Tem uma..um período que até eu mesmo não sei.. Alguns podem saber, as pessoas que interessam. Mas eu é...além, que eu saiba, só quando a gente teve .. a

gente teve um reajuste agora, não sei se foi ano passado, eu não sei bem certa a data, não sei te precisar. Mas a gente ganhava 500 reais e a gente foi pra 800 e alguma coisa... 803 reais, que é 740 mais alguma coisa né, que é exatamente a... a... o ticket alimentação e isso porque é.. a área estava ... tinha muita.. tava inchada a população né, com essa questão do PAC e tudo mais, então contratou-se outros profissionais, e aí houve uma equiparação dos ... desses salários, aí deu um nivelada, aí a gente saiu do sufoco.” (ACS Paulo)

Na perspectiva das falas acima, tem-se clara a não efetivação dos reajustes quanto à remuneração salarial dos ACS. Os reajustes, de acordo com os entrevistado,s não são regulares e, quando acontecem, o aumento é muito pequeno, até mesmo não visível, equivalendo a centavos. Quanto a estes reajustes, quando são efetivados, são obtidos por meio dos dissídios¹⁸.

Na fala da entrevistada Sônia, é perceptível a insatisfação que foi sendo desenvolvida ao longo dos anos quanto ao salário dos ACS, que chegou a ser menor que um salário mínimo, gerando até mesmo um sentimento de inquietação quanto a esta situação, tendo por consequência a luta por melhores salários, até se consolidar o que recebem atualmente, no valor de setecentos e quarenta reais, como pode ser encontrado na fala de Paulo. Ainda na fala da entrevistada Sônia, há que se ressaltar novamente a insatisfação quanto às promessas políticas de aumento salarial através da formação técnica que, até o momento, não se concretizaram.

O entrevistado Paulo traz um histórico do salário e o porquê do aumento para um valor acima do salário mínimo. Esse histórico pode ser encontrado também na fala da entrevistada Rosa:

“Ah, recebemos pouco. Foi uma parcela pequena. O salário quando a gente entrou, falou que era 600 reais e mais o ticket num sei o quê... Depois, aí quando veio, a gente começou a ganhar quatrocentos, quatrocentos e pouco reais... 449 reais. Depois que aumentaram. Aumentou foi... sempre aquele dinheiro bem pequeno. Agora tá setecentos .. por aí” (ACS Rosa)

Portanto, a partir disso, considera-se que este histórico do salário dos ACS, que durante um bom tempo se configurou como inferior a um salário mínimo, apesar de ter sofrido reajustes, estes não foram suficientes para se equipararem à quantidade de atribuições específicas dos ACS, dentre outros motivos que caracterizam essa insatisfação quanto à sua remuneração, como a complexidade que é a realização de seu trabalho.

Com isso, a partir das falas dos entrevistados quanto às categorias analisadas, conclui-se que as insatisfações trazidas, assim como as contradições existentes na

¹⁸ Os dissídios são os reajustes regulares que deveriam acontecer por ano em relação à remuneração salarial dos ACS.

realização do trabalho desempenhado pelos ACS, podem se integrar em uma perspectiva ampla de compreensão dos enfrentamentos, conflitos e disputas que se fazem presente na reorientação do modelo de atenção e no âmbito da reorganização do SUS.

Na categoria vínculo algumas questões já foram apontadas anteriormente na perspectiva das categorias postas em discussão, a exemplo da questão, que também pode ser compreendida por Morosini *et. al.* (2007), de se posicionarem como trabalhadores finalísticos e essenciais para o funcionamento do SUS, e por isso, terem o direito de se inserirem como servidores públicos, através de concurso público. Entretanto, apesar das estratégias que o Ministério Público do Trabalho (MPT) encontrou para pressionar essa situação de ilegalidade que os ACS estavam submetidos - que não se restringe a uma determinada época, mas sim desde muitos anos, em variadas formas de vínculo empregatício, como pode ser encontrado na tabela 1 do Ministério da Saúde já apresentada anteriormente - a resposta que se tinha para a não vinculação dos ACS como servidor público se explicava a partir do caráter universal dado pela Constituição quanto ao concurso público no que se refere a não pode exigir do candidato que tenha residência fixa no seu lugar de atuação. Com isso, tem-se, a partir das autoras, que

a interpretação mais recorrente era que contratar os ACS por concurso público significaria ter de abrir mão da exigência de que eles morassem na comunidade em que atuam, característica até então considerada fundamental para o sucesso do PSF por facilitar o vínculo desses trabalhadores com a comunidade (MOROSINI *et. al.*, 2007).

A partir disso, alternativas foram sendo postas em discussão para a resolução dessa questão que era considerada como uma problemática para os gestores locais, pois os recursos do FNS para os municípios (incluindo o salário dos ACS) estavam sendo ameaçados pelo MPT de não serem repassados. Com isso, a alternativa encontrada vem com a EC no. 51 de 2006, que cria o processo seletivo público especificamente para o caso dos ACS (e dos agentes de endemias) *de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação*, como é referenciado no quarto parágrafo do artigo 198 da Constituição Federal (BRASIL, 2006), assim como a EC no. 63 de 2010 altera o § 5º da Constituição no que se refere ao regime jurídico e ao piso salarial dos ACS. Essa questão da admissão dos ACS por processo seletivo pode também ser encontrada nas falas dos nossos entrevistados, mas é tratada de forma naturalizada, não problematizada:

“Bom, eu soube, né, que tinha inscrição, aí eu vim fazer a inscrição na...aqui na Fiocruz, realizei uma prova seletiva, depois a entrevista e aguardamos, né... E foi isso. Basicamente isso.” (ACS Sônia)

“Aí eu fui, fiz a inscrição lá, fiz a prova, passei e fui entrevistada. Aí eu comecei a atuar na comunidade. Mas aí como assim ‘ ah, é agente comunitário de saúde’. Assim, acho... tem um papel muito importante. Na verdade, antes eu achava assim: ‘Ah, o agente comunitário vai lá, cadastra, faz o cadastramento e pronto!’. Mas não é bem assim...” (ACS Rosa)

“Comecei em 2004. É, como todo agente começa, né. Faz uma inscrição, faz é... passa por um processo de seleção e depois passa por um processo também de avaliação, né. Passa antes de entrar no treinamento... ele passa por um processo é... de sistema de avaliação, mas com caráter assim, de reprovação. Num sei se agora é assim, mas no começo era desse jeito. Nós fazíamos dinâmica de grupo e essas dinâmicas de grupo que servia para avaliar. Se iríamos adiante. Se seríamos aprovados ou não.” (ACS Paulo)

Analisando estas falas, tem-se que o processo de admissão da maioria, ou melhor, de todos os ACS do PSF de Manguinhos foi feito através de um processo seletivo, como referido e regularizado por lei (Lei 11.350 de 2006). Assim como é compreendido através das falas que o próprio ACS reconhece a complexidade de sua atuação, que não resume somente ao preenchimento de fichas de cadastramento dos usuários (Anexo B), mas se insere em um trabalho que está para além de práticas restritas de saúde, voltando-se, portanto, para um trabalho amplo e complexo, como já analisado no segundo capítulo desta monografia.

Com a EC no. 51, garantiu-se a exigência que o ACS se candidatasse ao cargo morasse na comunidade, entretanto, não se discorria sobre que tipo de vínculo esses profissionais teriam com o município.

Foram vários os projetos de lei que foram escritos sobre a forma de admissão, o regime jurídico e a regulamentação das atividades de ACS, entretanto, a proposta que prevaleceu, segundo as autoras, no Poder Executivo, foi a medida provisória no. 297 de junho de 2006, que revogou a lei 10.507 de 2002 que cria a profissão de ACS, e se institui através da lei 11.350 de 5 de outubro de 2006, regulamentando, portanto, a EC no. 51/06.

A lei 11.350 de 2006 estabelece que os ACS deverão ser contratados por vínculo CLT, exceto no caso de alguma lei local determinar outro regime jurídico. Trata-se, portanto, de vínculo direto com os municípios, sem a intermediação de OS, entretanto, os ACS não obtiveram foi a estabilidade no emprego, assim como, os benefícios garantidos pelo regime estatutário.

Por meio das falas dos entrevistados confirma-se que a vinculação estabelecida com os ACS de Manguinhos é feita por meio da FIOTEC. É válido ressaltar a mudança

que a FIOTEC sofreu para se enquadrar às formas de contratação e financiamento, estabelecidas pelo Município do Rio de Janeiro, para as equipes de saúde da família, como também, outros serviços de saúde, que são via OS. Para cumprir tais exigências, a Fiotec teve de acrescentar à sua identidade como fundação de apoio, a condição jurídica de Organização Social. Na minha compreensão, trata-se de uma contradição em relação ao estabelecido na Lei 11350, quando se estabelece o vínculo direto com os municípios. Podemos encontrar a referência à Fiotec como OS nas seguintes falas que, entretanto, parecem confundir o estatuto de fundação de apoio com o de ONG:

“Aqui sempre foi Fiotec. Pelo menos desde quando eu entrei sempre foi Fiotec. (D: Entendi.) Passou de ONG pra OS, né? Foi aí que encrencou o negocio. Porque antes era até mais fácil o acesso.” (ACS Sônia)

“Eu presto serviço pra prefeitura, só que nós, no começo, nós funcionávamos como ONG né.. como ONG, aí depois saiu desse processo da ONG, onde a gente tinha renovação de dois em dois anos, e poderia não ser, acontecer nova renovação... Depois desse processo da ONG, aí veio o sistema de OS (Organização Social), onde mudou o razão da...da ONG pra OS. Mas mesmo assim o repasse do dinheiro, do salário, é via prefeitura para as OS, que nos repassam o nosso...o nosso soldo, né. Aí a gente tem esse processo aí, com os médicos, os enfermeiros, com os técnicos e com os agentes comunitários.” (ACS Paulo)

Analisando as falas, como já visto anteriormente, tem-se que o vínculo empregatício no qual estão inseridos os ACS de Manguinhos atualmente é via Organização Social, através da FIOTEC. Este vínculo é comum a todos os integrantes das equipes multiprofissionais de Manguinhos. Percebe-se também, principalmente através da fala de Paulo, a instabilidade quando não tem um vínculo direto de servidor público, quando menciona que, antigamente, assim como nos dias atuais, penso eu, os ACS poderiam não ser empregados novamente, no momento de renovação dos convênios ou contratos das instituições com a Prefeitura do Rio de Janeiro.

Na fala de Sônia, o que se percebe é a mudança burocrática pela qual o vínculo passou por ter se tornado OS, principalmente, no que diz respeito à resolução de problemas que não se faz direto com o contratante, mas sim, através de e-mails e também por não saberem com quem reclamar sobre os problemas pelo qual passam. Essa questão, pode ser melhor compreendida através da seguinte fala de Sônia:

“É, também porque a gente não trata direto com eles, eles vivem se escondendo da gente. Não, porque qualquer problema você tem que falar com um, falar com outro, falar com outro. E manda e-mail, manda num sei o que, pra poder... Você não tem um acesso direto. Antigamente você, qualquer problema que tivesse você ia lá e falava direto com a pessoa, cara a cara. Agora não, você tem que mandar e-mail, tem que ir em num sei quem, falar com num sei quem, num sei mais com quem é pra falar. É, bem burocrático,

aí quer dizer, até que isso seja resolvido leva um tempo . (...)Antes você tinha algum problema, alguma coisa, quero atualizar minha carteira, você mesmo pegava e levava lá, entendeu? Já tinha um compromisso com aquela pessoa, 'ah, fulano de tal'. Agora não, tem que mandar pra num sei quem.” (ACS Sônia)

Durante a entrevista, quando se fez a pergunta sobre os benefícios trabalhistas que os ACS recebem, percebi um estranhamento quanto a esta palavra (benefício) na fala e na expressão de alguns entrevistados, pelo fato de estes não compreenderem o que recebem de adicional como benefícios, mas sim como direitos instituídos em lei. Como pode ser encontrado nas seguintes falas:

“Benefício, benefício?(...). é, isso não é benefício, né? Isso é direito, né? Não é benefício, todos são direitos. Carteira assinada, férias, fundo de garantia. Benefícios, benefícios, nenhum. Único benefício que a gente tem... Tem nada de benefício. Tudo é obrigatório por lei. Dizer assim 'ah, você tem um plano de saúde, tem uma ajuda de custo'. Nada. Nada é benefício, todos são direitos.” (ACS Sônia)

“(...) o vínculo trabalhista só ouço que a gente tem o que... carteira assinada... (D: Carteira assinada, férias remuneradas...) Férias remuneradas, ticket de refeição, essas coisas todas... É, salário família, isso...” (ACS Rosa)

“Olha, benefício...que que é, benefício aí é dois milhões? (rs) Que que é benefício aí ? (...) É carteira assinada, a gente tem insalubridade, a gente tem é.. um ticket alimentação, que era refeição, mas por causa do... do... das compras do mercado, a gente achou melhor transferir para ticket alimentação. A gente tem... a gente ganha além do... a gente ganha o nosso salário, o ticket alimentação e só. E o adicional noturno né. Adicional noturno? É insalubridade, desculpa.” (ACS Paulo)

A partir disto, percebe-se, portanto, que compreendem seus direitos diferenciados de benefícios. Benefícios estes que não são apresentados pelos entrevistados, mas que são referidos de uma forma crítica, por entenderem que o que recebem são direitos encontrados na CLT, como férias remuneradas, carteira assinada, ticket refeição, dentre outros que foram enumerados nas falas acima.

Outra questão que surgiu quanto à categoria vínculo empregatício foi a percepção, por parte de alguns entrevistados, do descumprimento de alguns direitos que lhe são conferidos por lei, além do desrespeito que se tem, por vezes, quanto aos seus direitos, relacionando esta questão ao reconhecimento profissional e social dos ACS. Estas questões podem ser encontradas nas seguintes falas:

“Dentro da lei, sim. Quer dizer, nas linhas da lei sim, né?. Nas entrelinhas não, né? (...) Porque até mesmo, assim, até o respeito, né?, de um profissional pro outro, é diferente. Né? Eu tive algumas experiências não muito agradáveis, que eu vi que a coisa não funciona de igual para igual, né? se você é ACS, você é ACS, né? Se o médico é o médico, é o médico, né? Abaixo de Deus vem o médico, né? (...) Ainda (serviço é verticalizado).

Muito, muito. Muitos, muitos... profissionais não, são mais humildes, mas tem muitos arrogantes. (...) Aqui dentro mesmo. Tem aqueles que se duvidar tá te atropelando, entendeu, é complicado. (...) Principalmente quando você abaixa a cabeça, né? Não pode deixar abaixar a cabeça.” (ACS Sônia)

“Teve uma vez também que eu tirei férias sem depositarem o meu dinheiro das férias. Isso também foi uma briga feia também. (...) Eu acho que não. Esse vínculo não respeita não. (...) É, esquecem às vezes de pagar, é, tem muita coisa que a gente tem direito aí e às vezes a gente vê que não vem. (Tossi de novo!) Por exemplo, assim, ah, é.. proteção do trabalho, segurança no trabalho, a gente andava na chuva...agora não, porque eles deram uma capa pra gente (rs), fazer cadastramento na chuva, andava de qualquer jeito, não tem um boné pra proteger do sol. A gente não tem um protetor solar, eles não dão.” (ACS Rosa)

“Olha, eu acho que... acho não né. Eu penso que não. [respeito aos direitos trabalhistas] Porque você tem que é... Primeiro porque existe um valor. Um valor determinado pelo senado, né. E isso você não recebe logo de... assim, de cara. Você tem que lutar, você tem que reivindicar, você tem que sabe, botar a boca no trombone pra reivindicar aquilo que já foi liberado pra você. Então eu já acho um... eu já acho uma falta de respeito. Né... mas até pra você achar, declarar que é uma falta de respeito, e você sair declarando, você já arruma problema pra você.” (ACS Paulo)

Tem-se explícito na fala dos entrevistados que existe um certo descumprimento dos direitos que lhes deveriam ser assegurados, como consta em lei. Há que se ressaltar que esta questão da não garantia de certos direitos, como também da não garantia de benefícios, podem se caracterizar como um vínculo precarizado, pelo fato de não receberem corretamente seus direitos e seus benefícios, o que se agrava, na minha compreensão, pelo fato de não serem servidores públicos, como deveriam.

Outra questão que surgiu ao longo, principalmente da fala de Sônia, concerne ao respeito de um profissional para com o outro. Esse desrespeito se interliga diretamente na diferença entre os salários que se estabelece nas equipes de saúde da família, pois se tem uma hierarquização no que diz respeito ao salário e à formação dos profissionais de saúde, sendo o ACS o que mais sofre com essas condições, pois, como já visto anteriormente, historicamente é o que recebe o menor salário, assim como, de acordo com Morosini (2010) tem sua formação caracterizada como aligeirada e simplificada.

Uma característica muito importante presente nas falas de Rosa e Paulo, diz respeito ao sentimento de inquietação gerado diariamente quanto às injustiças que acometem os ACS, como a questão da luta permanente por melhores condições de seu trabalho e pelo seu reconhecimento social. Questão esta já citada anteriormente na categoria formação quanto ao CTACS, que lhes proporcionou um sentimento de luta pelo reconhecimento da categoria dos ACS, no que diz respeito às diversas contradições

que se fazem presentes quanto ao seu vínculo empregatício, à sua formação, ao seu reconhecimento e à sua remuneração salarial.

Em geral, os entrevistados não consideram o seu vínculo empregatício (FIOTEC) precarizado, pois consideram que seus direitos trabalhistas são assegurados por lei, apontando certa dúvida na continuidade da garantia de seus direitos, que o vínculo pode, em determinado momento, não assegurar mais o que lhe é garantido por lei. Isto pode ser visto na seguinte fala da entrevistada Sônia:

“Não, porque até então tudo o que é direito nosso eles dão, né? Eles dão tudo direitinho. Pelo menos até ontem, né? Não sei a partir de hoje, né?” (ACS Sônia)

Entretanto, mesmo os entrevistados considerando que seu vínculo não é precarizado, questionam ao longo das entrevistas que as condições materiais de realização de seu trabalho não favorecem o exercício de suas atividades, pois equipamentos que deveriam ser garantidos pelo vínculo empregatício, não lhe são assegurados, como os EPIs. É comum na fala dos entrevistados reclamações quanto a esta questão, das condições em que seu trabalho se realiza, também relacionado à falta de atendimento em saúde para os próprios ACS, assim como, à exposição que estão submetidos à violência, enquanto os demais profissionais da equipe não se submetem a essas situações. Questão estas que podem ser encontradas na seguinte fala, que resumem a percepção dos entrevistados, de uma forma geral, quanto ao vínculo e suas condições de trabalho:

“É, se estressa, assim realmente, a gente não tem um tempo pra ser assistido por um profissional. Pra ser acolhido, vamos dizer.. pra ser acolhido. A gente não tem um profissional.. E também é, ... as condições precárias que a gente trabalha na comunidade, a violência... entendeu? E tem policia a gente tem que ir pra área de qualquer jeito, entendeu? E se a policia entra, tá na área, a gente não pode fazer nada. A gente deita no chão, ou então entra na casa do morador...(..) porque que o médico não vai pra comunidade quando tem policia, só os agentes que tem que ir, né, não tem como. (...) Eles vêm logo a policia e eles voltam... A gente tinha uma sala aqui no antigo politécnico, mas tiraram da gente. Entendeu?” (ACS Rosa)

Conclui-se, a partir das análises das categorias selecionadas, que, em relação ao vínculo, percebe-se que este não é percebido como um vínculo precário por parte dos entrevistados, apesar de estes compreenderem o descumprimento de alguns direitos (como a garantia de EPIs) e a possibilidade de ruptura desse vínculo. Em relação ao reconhecimento profissional, tem-se o direcionamento à organização e ao conhecimento do processo de trabalho, assim como, a necessidade de autonomia no mesmo por parte

dos ACS. Na categoria remuneração salarial, tem-se a necessidade de aumento salarial na medida em que seu trabalho se complexifica e se intensifica, assim como, pode-se relacionar esta questão diretamente à categoria formação, quando se pensa nas promessas políticas de aumento salarial dos ACS, quando formados técnicos. Destaca-se, portanto, na categoria formação, o reconhecimento do CTACS como forma de segurança no exercício de sua profissão e na luta por melhores condições de trabalho, assim como, a percepção dos saberes que o ajudam a pensar em estratégias de viabilização do cuidado em saúde e também por compreenderem o quanto sua formação os ajudou a se reconhecerem como profissionais de saúde.

Além disso, outras questões foram sendo encontradas ao longo das análises, que caracterizamos por categorias de pós-análise, mas que não foram contempladas neste trabalho, pelo fato do tempo que se tinha para concluí-la. Quanto a estas categorias de pós-análise, pode ser citada, mas não discutida adequadamente, a tensão que se faz presente entre os médicos e os ACS nas equipes de saúde da família. Pensando nesta perspectiva, imagino haver relação entre a formação dos médicos, que historicamente tem se voltado para um modelo médico-centrado, diferente do que propõe a ESF como política de reorientação do modelo assistencial.

Pensando na formação em saúde de uma maneira geral, será que a formação em saúde comunitária, voltada para a compreensão do processo saúde-doença, para o distanciamento do modelo biomédico e a aproximação ao modelo de atenção integral baseado nos princípios do SUS; como também a promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde como princípios norteadores da atenção básica em saúde, logo da ESF, pode promover a compreensão desses elementos na prática, ou melhor, no processo de trabalho em saúde da família?

Esta discussão, por mais que seja interessante e rica, não cabe nesta pesquisa por alguns motivos, dentre eles, por não caber no tempo de produção da monografia, nem no escopo da investigação proposta, requerendo, portanto, talvez, um projeto mais abrangente, um objetivo ampliado e uma metodologia diferenciada que pudessem incluir, por exemplo, a análise da formação e prática médicas no exercício do trabalho em saúde da família. Talvez, no futuro, a compreensão desta questão possa fazer parte de outra pesquisa.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A finalização desta monografia representa para mim a continuidade do que já havia sido começado no meu primeiro ano de estudos na EPSJV. Começo este que me direcionou para questionamentos e indagações quanto ao objeto de estudo que se tinha em questão, que é o ACS.

Sendo assim, como visto na Introdução do trabalho, perguntas foram sendo feitas ao longo da elaboração desta pesquisa, a saber: qual a percepção dos ACS sobre seu reconhecimento profissional? Como eles percebem e avaliam seu vínculo trabalhista e remuneração salarial? Têm existido processos formativos para os ACS? Será que na realidade dos serviços o ACS é reconhecido como profissional peça-chave na atenção em saúde? Seu salário equivale à complexa função que desempenha e o mesmo é capaz de suprir suas necessidades sociais? A partir dessas questões iniciais, outras foram construídas no desenvolvimento da pesquisa.

As perguntas foram tendo respostas e encadeamento, principalmente a partir da leitura da bibliografia selecionada e do trabalho de campo, e estão sistematizadas especialmente no último capítulo, com a análise de entrevistas.

No que diz respeito ao reconhecimento profissional dos ACS, o que se conclui é que ele é muito aquém do que seria esperado, considerando a importância atribuída ao ACS na Saúde da Família. Esse pouco reconhecimento fica mais evidente quando se pensa em sua própria equipe ou no serviço de saúde em que atua, mas também em relação à sociedade de uma forma geral. Diversas questões podem explicar este não reconhecimento, como pôde ser visto ao longo da pesquisa, dentre elas a visão que restringe, quase exclusivamente ao médico e ao enfermeiro, a identificação como profissionais de saúde.

Outra questão que faz com que o ACS não seja reconhecido socialmente e profissionalmente se vincula à desvalorização salarial que está presente desde a criação da saúde da família até os dias atuais. Por último, mas não menos importante, o que me chamou atenção foi a necessidade do trabalho ser realizado em equipe, ao mesmo tempo que não se concede aos ACS autonomia suficiente, sendo esta mais uma forma de demonstrar seu não reconhecimento como profissional.

No que diz respeito especificamente à remuneração salarial, o que pôde ser percebido, não somente através das entrevistas, mas também pela revisão bibliográfica,

é a insatisfação presente quanto à insuficiência do valor recebido pelos ACS. Outro elemento é a desproporção entre o trabalho realizado, em termos de carga de trabalho e responsabilidade assumida, e o salário que lhe é correspondente. No entanto, é importante ressaltar os avanços e conquistas da categoria no que diz respeito ao seu salário, a exemplo da recente instituição do piso salarial nacional. A mobilização dos ACS e suas conquistas incluem também a questão de sua formação, construída e conquistada através da luta constante dos ACS por uma qualificação profissional que contemple todos os aspectos necessários para a atuação em saúde da família. São avanços e conquistas que se tornam ainda mais grandiosos neste contexto atual, configurado por projetos em disputa quanto ao trabalho, saúde e educação que se fazem presentes nas questões que marcam o trabalhador Agente Comunitário de Saúde.

Quanto à formação técnica dos ACS, o que se percebe, na visão destes sujeitos, é que esta proporcionou contribuição quanto ao planejamento e à organização do processo de trabalho. É perceptível, também através das análises, que o processo de formação técnica dos ACS volta-se para a construção de um sujeito crítico, no qual este constrói uma visão mais ampla do processo de trabalho, assim como se fortalece na luta por melhores condições de trabalho para a categoria.

Entretanto, é perceptível também uma insatisfação quanto às promessas políticas de que, com a formação técnica, os ACS iriam ter aumento salarial, sendo que até os dias atuais essa questão ainda não se materializou. Com isso, nota-se a importância da formação técnica para os ACS, principalmente no que concerne ao seu próprio reconhecimento social e profissional.

Entretanto, há que se ressaltar, ou melhor, lembrar, que a formação da maioria dos ACS em âmbito nacional ainda se encontra caracterizada como simplificada e aligeirada. Nesta linha, encontra-se a defesa, por parte de alguns sujeitos políticos, da não formação técnica para os ACS. A explicação para esta posição estaria no distanciamento de sua função e a não caracterização deste trabalhador como um profissional de saúde por suas atividades transcenderem o campo da saúde. Na contramão desse processo, o Rio de Janeiro, em toda a região Sudeste, é o primeiro e único município que realizou a formação técnica completa de uma turma de ACS, recentemente, no ano de 2011.

Quanto ao vínculo, notou-se que não há uma insatisfação entre os ACS entrevistados, não se reconhecendo como precarizados pelo fato de seus direitos estarem sendo cumpridos perante a lei. Entretanto, em alguns momentos, o que se pôde perceber

foi uma insegurança quanto à garantia desses direitos, assim como a compreensão de que não possuem os mesmos benefícios trabalhistas de um servidor público. Por isso, reforço e defendo a necessidade de se repensar a questão dos vínculos que se fazem presente na gestão do trabalho dos ACS. Considero como inexplicável a defesa da vinculação indireta com o Estado, pois o ACS é um sujeito que presta serviço direto para o Estado, ou seja, desenvolve as atividades fins das instituições de saúde, através de um programa do SUS. Entendo assim que é dever do SUS contratá-lo como servidor público, assumindo formalmente sua vinculação direta com o Estado.

Além dessas questões, reconhecimento, salário e formação, que desenvolvemos a partir das perguntas inicialmente apresentadas e que se tornaram no desenvolvimento da pesquisa, nossas categorias de análises, devo ressaltar que durante o trabalho de campo e na análise do material empírico, outras categorias foram surgindo.

Destaco aqui as condições materiais de trabalho, que foram caracterizadas como não adequadas; a contradição entre os elementos que direcionam o trabalho, visto que recebem uma formação diferenciada da formação médica, e percebem seu trabalho como tendo outra finalidade. Assim, há uma tensão entre a visão do médico e do ACS sobre o processo de trabalho na saúde da família e sobre o que deveria ser a atuação do ACS.

Nessa perspectiva, novas perguntas foram sendo travadas ao longo da monografia, mas a que mais me inquietou foi em relação à formação em saúde da família. Será que a formação em saúde comunitária, voltada para a compreensão do processo saúde-doença; para o então distanciamento do modelo biomédico e aproximação do modelo de atenção integral baseado nos princípios do SUS; como também a promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde como princípios norteadores da atenção básica em saúde, logo da ESF; são compreendidas na prática, ou melhor, no processo de trabalho de saúde da família? A esta pergunta não pude responder neste trabalho, mas espero que, em outros momentos, ela possa ser respondida e melhor compreendida.

Por fim, considero que a importância do sujeito ACS para a Estratégia Saúde da Família, como um trabalhador da saúde, está permeada principalmente pelo papel que assume nos dois âmbitos em que se insere, tanto na comunidade como no serviço de saúde, que não deve se voltar para a restrição de um desses setores, mas deve incluí-los igualmente para um fim comum - a viabilização do cuidado em saúde. Considero importante também este profissional assumir a educação em saúde em seu sentido

amplo, como meio de transformação da realidade local da população assistida. Entendendo, entretanto, que a educação em saúde como forma de mediação do cuidado em saúde, depende do tipo de projeto de sociedade com o qual o trabalhador, como sujeito político, se compromete.

Conclui-se, então, que a precarização pôde ser compreendida, na perspectiva desta monografia, a partir de diversas categorias que foram surgindo ao longo do material teórico e empírico, relacionando-se, como já dito, a concepções quanto ao trabalho e à formação dos ACS que têm se caracterizado por: formação simplificada e aligeirada; baixa remuneração salarial; não reconhecimento social e profissional; pelas variadas formas de vínculo empregatício.

Com isso, podemos encontrar a contradição existente entre um discurso instituído que apresenta o ACS como elemento-chave, fundamental na viabilização do cuidado em saúde, assim como no que diz respeito à ampliação de cobertura em saúde da família, em contraposição, aos dados que obtivemos sobre formação, salário, vínculo e reconhecimento social desse trabalhador. Nota-se também uma deterioração das condições de trabalho dos ACS, com sobrecarga de trabalho e de responsabilidades que são também pouco compartilhadas.

Na perspectiva de um trabalho de conclusão de curso técnico de nível médio, compreendo que esta monografia foi somente o início da minha inserção nas pesquisas, assim como da minha luta política como futura trabalhadora da saúde.

REFERÊNCIAS

- BORNSTEIN, Vera Joana. **O agente comunitário de saúde na mediação de saberes**. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- _____. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- _____. Lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002. **Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências**. Brasília, DF, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Portaria n. 1.886, de 18 de dezembro de 1997. **Aprova as normas e diretrizes do PACS e PSF**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 19 dez., 1997.
- CIAVATTA, Maria. **Trabalho como Princípio Educativo**. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (org). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006.
- CHINELLI, Filippina; LACERDA, Alda; VIEIRA, Mônica. **A reconfiguração gerencial do Estado brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990**. In: VIEIRA, Monica; DURÃO, Anna Violeta; LOPES, Marcia Raposo. *Para Além da Comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2011.
- CORBO, Anamaria D'Andrea; MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; PONTES, Ana Lúcia de Moura. **Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde**. In: MOROSINI, Márcia Valéria; CORBO, Anamaria. *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007.
- CORREIA, Emilia Maria de Andrade. **Agente comunitário de saúde: a construção de um poder capturado**. 2008. 140f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.
- FAUSTO, Márcia; MATTA, Gustavo Corrêa. **Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas**. In: MOROSINI, Márcia Valéria; CORBO, Anamaria. *Modelos de*

atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FRIGOTTO, Gaudêncio. **Trabalho**. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (org). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006.

GIL, Célia Regina R. **Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(6):1171-1181, junho, 2006.

GOLDENBERG, Miriam. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Record, 1997.

GOMES, Karine de O.; COTTA, Rosângela M. M.; MITRE, Sandra M.; BATISTA, Rodrigo S.; CHERCHIGLIA, Mariângela L.. **O Agente Comunitário de Saúde e a Consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas**. Physis. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2010: 1143-1164.

GOMES, Karine de O.; COTTA, Rosângela M. M.; MITRE, Sandra M.; BATISTA, Rodrigo S.; CHERCHIGLIA, Mariângela L. **A Práxis do Agente Comunitário de Saúde no Contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas**. Saúde e Sociedade. São Paulo, v.18, n.4, p.744-755, 2009.

LIMA, Julio César França; NEVES, Lucia Maria Wanderley; PRONKO, Marcela Alejandra. **Trabalho simples**. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde (Orgs.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; EPSJV, 2006, p. 294-298.

LOPES, Marcia Raposo; DURÃO, Anna Violeta; CARVALHO, Valéria. **A disputa sobre os sentidos do trabalho e da formação dos agentes comunitários de saúde**. In: VIEIRA, Monica; DURÃO, Anna Violeta; LOPES, Marcia Raposo. *Para Além da Comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2011.

MARZARI, Carla K.; JUNGES, José R.; SELLI, Lucilda. **Agentes comunitários de Saúde: perfil e formação**. Ciência & Saúde Coletiva. 16 (Supl. 1):873-880, 2011.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. **Atenção à Saúde**. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (org). *Dicionário da Educação*

Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006.

_____; _____. **Atenção Primária à Saúde**. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (org). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. **Trabalho em Saúde**. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (org). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOROSINI, Márcia Valéria G. C. **Educação e Trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2010.

MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea; GUIMARÃES, Cátia. **O Agente Comunitário de Saúde no Âmbito das Políticas Voltadas para a Atenção Básica: concepções do trabalho e da formação profissional**. In: FONSECA, Angélica Ferreira; STAUFFER, Anakeila de Barros. *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007.

MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; FONSECA, Angélica F.; PEREIRA, Isabel B. **Educação e saúde na prática do agente comunitário**. In: MARTINS, Carla M.; STAUFFER, Anakeila de B. *Educação e Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007.

NOGUEIRA, Roberto Passos; SILVA, Frederico Barbosa da; RAMOS, Zuleide do Valle R. **A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis - O Agente Comunitário de Saúde**. Rio de Janeiro: Ipea, 2000 (Texto para discussão, n.735).

NUNES, Mônica de Oliveira; TRAD, Leny Bonfim; ALMEIDA, Bethânia de Araújo; HOMEM, Carolina Ramos; MELO, Marise Claudia I. de C. 2002. **O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(6): 1639-1646.

OLIVEIRA, Elaine Machado de; SÍPÍRI, Wilza Carla. **Programa Saúde da Família: a experiência da equipe multiprofissional**. Revista de Saúde Pública, vol. 40, n. 4. São Paulo, 2006.

- PEDUZZI, Marina. **Trabalho em Equipe**. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (org). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006.
- RAMOS, Marise Nogueira. **Conceitos Básicos sobre Trabalho**. In: FONSECA, Angélica Ferreira; STAUFFER, Anakeila de Barros. *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007.
- RODRIGUES, José. **Educação Politécnica**. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (org). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006.
- SILVA, Joana Azevedo; DALMASO, Ana S. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002a.
- _____; _____. **O Agente Comunitário de Saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde**. Interface: Comunicação, Saúde e Educação, v. 6, no. 10, p. 75-96, fevereiro, 2002b.
- TRAD, Leny Alves Bonfim; BASTOS, Ana Cecília de Sousa. **O impacto sócio-cultural do Programa Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação**.
- VIANA, Ana Luiza D'ávila; DAL POZ, Mario Roberto. 2005. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família**. Phisys: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15.

APÊNDICE A

LINHA DO TEMPO

- 1942-1960 – criação do SESP e da FSESP. Atividades eram centradas no saneamento e combate às endemias (mais especificamente a malária). Mais tarde, com a ampliação da cobertura (FSESP) incluía-se a assistência médica no campo da saúde pública. Destaca-se o trabalho de auxiliares conhecidas como *visitadoras sanitárias*. Realizavam visitas domiciliares de promoção, prevenção, monitoramento e acompanhamento de grupos de risco e vigilância sanitária, com supervisão e orientação do enfermeiro.
- 1980 – criação do MOPS
- 1987 – criação do Programa de Agentes de Saúde do Ceará para suprir a demanda no plano emergencial para a seca. Empregavam-se pessoas da própria região atingida, em um programa de promoção da saúde, através de fundos emergenciais do governo federal.
- 1990 – primeira iniciativa que tramitou no CN com a preocupação de regulamentar o exercício dos agentes foi o PL no. 5.287. O mesmo argumentava a diferenciação do agente em relação aos demais profissionais do setor. Pois no âmbito da saúde pública, é um profissional que desempenha/exerce ações educativas, desenvolvendo atividades básicas de saúde em domicílio. A profissão era de exclusividade daqueles que tivessem concluído o curso especializado; residissem na comunidade, sendo escolhido pela mesma. O vínculo se daria de acordo com as normas da CLT. O documento foi arquivado em 1991.
- 1991 – MS cria o PNACS. Este novo diz respeito a práticas de saúde através de uma política focalizadora, atendendo populações de maior risco à saúde.
- 1992 – O PNACS foi transformado em PACS, se tornando um programa nacional que estava inserido na Atenção Básica. Programa este que se difundiu até os dias atuais e criou condições para formulação do PSF e mais tarde veio a incorporar neste novo programa.
- 1993 – Neste ano foi apresentado o PL no. 3994, que especificava algumas das atividades do agente de saúde comunitária, como: ter conhecimentos sobre prevenção de doenças; prestar atendimentos em primeiros socorros, imunização,

cuidados primários e vigilância epidemiológica. Exigia-se o EF completo. Forte preocupação nos direitos trabalhistas. Projeto previa pagamento de hora extra diurna e noturna. Arquivado em 1995 sem ser votado.

- 1994 – As primeiras equipes começaram a ser formadas e mais tarde veio a incorporação do PACS no PSF (Instauração da equipe multiprofissional).
- 1995 – Elaboração do PL 332 que continha, no texto final de sua publicação, um parecer da CSSF do CN. Retomando o PL 3994 mantiveram-se as atividades definidas por ele, estabelecendo que o MS (em consulta com MT) regulamentaria as ações de responsabilidade do agente. Modificou-se o nome para ACS, para assim representar melhor a sua atuação. Fixou-se ainda a jornada de trabalho para 8 horas diárias. Entretanto, ao observar-se a especificidade do trabalho dessa categoria, sugeriu-se a organização dos trabalhadores para a implementação do contrato coletivo de trabalho (carga horária e pagamento de hora extra). O PL restringiu a atuação dos agentes a ambiente externo, sem nenhuma justificativa. Sendo arquivado sem ter ido a plenário para votação.
- 1997 – a portaria no. 1886 aprova as diretrizes e normas do PACS/PSF. Foram definidas as atribuições dos ACS, centrando a sua atuação na promoção da saúde e prevenção de doenças, de acordo com as prioridades e especificidades do território de atuação. A mesma vedava ao ACS o desenvolvimento de atividades no serviço interno das unidades de sua referência, pois se tinha o intuito de fortalecer a sua inserção nas ações educativas, assim como a sua participação nas atividades comunitárias.
- Neste mesmo ano um novo PL foi elaborado, o de no. 3604. no projeto foram exigidos o EF completo e a conclusão de curso específico, como também foram relacionadas algumas atribuições dos ACS. O projeto definiu pela primeira vez a competência dos conselhos federais e regionais de enfermagem de fiscalizar a atuação profissional dos ACS. O projeto foi arquivado em 1999.
- 1998/1999 - Apresentaram-se mais três PLs: PL no. 4868 (1998); Pl no. 86 (1999) e PL no. 357 (1999) – todos reproduziram questões contidas nos PLs anteriores.
- 1999 – o presidente da República, através do decreto no. 3189, fixou as diretrizes para o exercício da atividade de ACS. Definiu-se que o ACS desenvolveria atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio

de ações individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade. A supervisão seria por um profissional competente, não exclusivamente da equipe de enfermagem. Atrelava-se a exigência de escolaridade e os requisitos mínimos estabelecidos pelo MS. Neste mesmo ano fixou-se as diretrizes para o exercício da atividade dos ACS. Nove projetos de lei tramitaram no CN com o objetivo de regulamentar a prática profissional dos ACS (Corbo, Pereira e Porto)

- 2002 – por fim, em 10 de julho de 2002 instituiu-se, através da Lei no. 10507, a profissão de ACS. Lei esta que é o resultado de vários debates sobre o vínculo empregatício e a natureza do trabalho do agente. Destaca-se nesta lei que o agente deveria morar na comunidade em que atua, como já preconizava o PSF. Determinou também que esses trabalhadores deveriam ter EF completo, devendo também concluir o curso de qualificação básica. Delegou ao MS a responsabilidade pela definição do conteúdo programático do curso. A SGTES iniciou uma ampla discussão de um projeto de qualificação para os ACS.
- 2003/2004 – Foi elaborado o decreto no. 5154, que revogou o 2208. Institui a formação por itinerários. A nova legislação expressa um novo modo de compreender a educação profissional, que prioriza a qualificação desses trabalhadores. Os cursos de formação inicial e continuada desenvolvem-se como etapas de um caminho de formação mais ampla que o aluno poderá seguir. Ou seja, significa que as instituições de ensino devem ter um compromisso com a continuidade da formação do aluno, reconhecida como direito. Com a publicação do decreto, mostrou-se que a saúde estava inserida e caminhando junto com um novo projeto de educação profissional.
- 2004 – publicado pelo MS e Educação o *Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde*. Explicando a iniciativa de ir além da qualificação básica. A formação técnica foi agrupada a partir do perfil de competências. Dentre elas estão: desenvolver ações de integração entre equipes de saúde e a população adstrita. Participar das atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde; desenvolver ações de promoção, prevenção e monitoramento de grupos específicos (ações estas já prescritas em outros PLs que não foram votados e sim arquivados). A formação baseou-se também em módulos que se estruturaram através de eixos como: promoção da saúde e a prevenção de agravos, com a função de estruturar e integrar o processo

formativo. Nesse mesmo ano foi aprovado a habilitação técnica para a profissão de ACS.

- 2006 – a medida provisória no. 297 se tornou a Lei no. 11.350 que regulamenta a EC 51.
 - 2011 – Aprovação do Piso Salarial para Agente Comunitário de Saúde

APÊNDICE B

Quadro analítico de legislação

Legislação	Vínculo	Salário	Formação	Reconhecimento
<p>Portaria 648, de 28 de março de 2006</p> <p>Análise do capítulo II e III da seguinte portaria – sobre as especificidades da ESF.</p>	<p>“Compete às Secretarias Estaduais de Saúde: (...responsabilizar-se perante o Ministério da Saúde pelo monitoramento, o controle e a avaliação da utilização dos recursos de incentivo da Saúde da Família transferidos aos municípios no território estadual;</p> <p>Compete ao Ministério da Saúde: (...)garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica organizada por meio da estratégia Saúde da Família;</p> <p>O processo de implantação dá-se por: “forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das equipes, contemplando o cumprimento da carga horária de 40 horas semanais; (...) a contrapartida de recursos do município e do Distrito Federal.” ”</p>	<p>PAB variável.</p> <p>“Agentes Comunitários de Saúde (ACS): Os valores dos incentivos financeiros para as equipes de ACS implantadas são transferidos a cada mês, tendo como base o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB, na respectiva competência financeira. Será repassada uma parcela extra, no último trimestre de cada ano, cujo valor será calculado com base no número de Agentes Comunitários de Saúde, registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica</p>	<p>“Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal: (...) garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e das unidades básicas de referência dos Agentes Comunitários de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas; (...) estimular e viabilizar a capacitação específica dos profissionais das equipes de Saúde da Família.”</p> <p>“Compete às Secretarias Estaduais de Saúde (e ao Ministério da Saúde): (...articulação com as instituições formadoras de recursos humanos do estado estratégias de expansão e qualificação de cursos de pós-graduação, residências médicas e multiprofissionais em Saúde da Família e educação permanente, de acordo com demandas e necessidades identificadas nos municípios e pactuadas nas CIBs.”</p> <p>“O processo de capacitação deve iniciar-se concomitantemente</p>	<p>Quanto ao trabalho na ESF: “(...) trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações; (...)valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito.”</p> <p>Atribuições específicas: “Do Agente Comunitário de Saúde: I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade; II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações</p>

	<p>Após aprovação na CIB, cabe à Secretaria de Saúde dos Estados e do Distrito Federal informar ao Ministério da Saúde, até o dia 15 de cada mês, o número de ESF, de ESB e de ACS que fazem jus ao recebimento de incentivos financeiros do PAB variável;</p>	<p>- SIAB, no mês de agosto do ano vigente. O número máximo de ACS pelos quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população IBGE/400. Para municípios dos estados da Região Norte, Maranhão e Mato Grosso, a fórmula será: população IBGE da área urbana / 400 + população da área rural IBGE/ 280.” *1</p> <p>“O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos dos incentivos, relativos aos Agentes Comunitários de Saúde, ao município e/ou ao Distrito Federal, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da</p>	<p>ao início do trabalho das ESF por meio do Curso Introdutório para toda a equipe. (...)Os conteúdos mínimos do Curso Introdutório e da Educação Permanente para as ESFs serão objeto de regulamentação específica editada pelo Ministério da Saúde.”</p>	<p>educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe; IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco; VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria</p>
--	--	---	--	--

		<p>Secretaria Estadual de Saúde, ou por auditoria do DENASUS, alguma das seguintes situações: I - inexistência de unidade de saúde cadastrada como referência para a população cadastrada pelos ACS e/ou; II - ausência de enfermeiro supervisor por período superior a 90 (noventa) dias, com exceção dos períodos em que a legislação eleitoral impede a contratação de profissionais, nos quais será considerada irregular a ausência de profissional por e/ou;</p> <p>III - ausência de ACS, por período superior a 90 (noventa) dias consecutivos, e/ou; IV - descumprimento da carga horária estabelecida nesta Política, para os profissionais.”</p>		<p>nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002. Nota: É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.”</p>
<p>Lei no 10.507, de 10 de julho de</p>	<p>“O Agente Comunitário de</p>		<p>“O exercício da profissão de Agente</p>	

<p>2002</p>	<p>Saúde prestará os seus serviços ao gestor local do SUS, mediante vínculo direto ou indireto.”</p> <p>“Caberá ao Ministério da Saúde a regulamentação dos serviços de que trata o caput.”</p> <p>“O disposto nesta Lei não se aplica ao trabalho voluntário.”</p>		<p>Comunitário de Saúde dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.”</p> <p>“requisitos para o exercício da profissão: (...)haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde; haver concluído o ensino fundamental.“</p> <p>“Caberá ao Ministério da Saúde estabelecer o conteúdo programático do curso de que trata o inciso II deste artigo, bem como dos módulos necessários à adaptação da formação curricular dos Agentes mencionados no § 1º.”</p>	
<p>PROPOSTA DE ANTEPROJETO DE LEI</p> <p>Em 26 de abril de 2006</p>	<p>“A investidura em cargo ou emprego público de Agente Comunitário de Saúde (...) deverá ser precedida de aprovação prévia em concurso público ou em processo seletivo público de provas, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação, que atenda aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.”</p> <p>“(…) o Agente</p>		<p>“(…) requisitos para o exercício da profissão: I - residir na área da comunidade em que atuar desde a data da publicação do edital do concurso público ou do processo seletivo público; II - haver concluído, com aproveitamento, o curso introdutório do processo formativo de qualificação; e, III - haver concluído o ensino fundamental.”</p> <p>“Caberá ao Ministério da Saúde estabelecer o conteúdo programático mínimo do processo formativo de Agente Comunitário de Saúde (...). Assim como, a regulamentação de suas respectivas atividades</p>	

	<p>Comunitário de Saúde perderá o cargo se deixar de residir na área da comunidade em que atuar.”</p> <p>“A previsão contida na parte final do caput deste artigo também importa na perda do emprego público de Agente Comunitário de Saúde.”</p>		profissionais.”	
<p>Lei no 11.350 – de 5 de outubro de 2006 – DOU de 6/10/2006</p>	<p>“O exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, nos termos desta Lei, dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (...) mediante vínculo direto entre os referidos Agentes e órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional.”</p> <p>”A contratação de Agentes Comunitários de Saúde (...) deverá ser precedida de processo seletivo público de provas ou de provas e títulos”</p> <p>“O gestor local do SUS responsável pela contratação dos profissionais</p>		<p>“requisitos para o exercício da atividade (...) haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; e haver concluído o ensino fundamental.”</p>	

	<p>de que trata esta Lei disporá sobre a criação dos cargos ou empregos públicos e demais aspectos inerentes à atividade, observadas as especificidades locais.”</p> <p>“Os profissionais que, na data de publicação desta Lei, exerçam atividades próprias de Agente Comunitário de Saúde (...)poderão permanecer no exercício destas atividades, até que seja concluída a realização de processo seletivo público pelo ente federativo, com vistas ao cumprimento do disposto nesta Lei.”</p> <p>“Fica vedada a contratação temporária ou terceirizada de Agentes Comunitários de Saúde (...), salvo na hipótese de combate a surtos endêmicos, na forma da lei aplicável.”</p>			
Referencial curricular			“O contexto sócio-político em que se insere esta nova categoria	“desde a implantação do PACS, os agentes comunitários de

			<p>profissional, as peculiaridades da Lei Federal no 10.507/2002 e as diretrizes do Ministério da Saúde em relação à profissionalização dos trabalhadores do setor suscitaram importantes reflexões acerca do processo de regulação da formação do agente comunitário de saúde, delineando uma concepção de formação que possibilite uma elevação de sua escolaridade e de seu perfil de desempenho profissional.(...) Além disto, todos os agentes comunitários inseridos no SUS já passaram por algum processo de qualificação/capacitação. A formação destes trabalhadores deve, portanto, incorporar estas especificidades e considerar, conforme determina o Decreto Federal nº 3.189/99, que suas atividades são de relevância pública. Assim, as definições da política de educação profissional para o setor saúde, a importância do agente comunitário no contexto de mudanças das práticas de saúde, seu papel social junto às comunidades e seu perfil de escolaridade constituem uma base sólida onde se sustentam a necessidade e a pertinência de uma formação profissional em nível técnico.”</p>	<p>saúde vêm se organizando em busca do reconhecimento legal da profissão e, com a expansão do Saúde da Família e a conseqüente incorporação destes trabalhadores nas equipes multiprofissionais, houve uma ampliação das aspirações do reconhecimento de sua identidade profissional e de seus direitos trabalhistas e sociais. A organização dos agentes propiciou a edição do Decreto Federal nº 3.189/99, que fixa as diretrizes para o exercício de suas atividades e, posteriormente, a elaboração de um projeto de lei que culminou na publicação da Lei Federal nº 10.507, de 10 de julho de 2002 que cria a profissão de agente comunitário de saúde.”</p> <p>“(...) O Técnico Agente Comunitário de Saúde é um profissional que compõe a equipe multiprofissional nos serviços de atenção básica à saúde. Suas atividades transcendem o campo da saúde na medida em que requerem atenção a múltiplos aspectos</p>
--	--	--	--	---

			<p>Objetivo do Curso: “O Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde visa preparar profissionais para atuar como técnicos de nível médio junto às equipes multiprofissionais que desenvolvem ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílios e coletividades. Este profissional atua no Sistema Único de Saúde, no campo de interface intersetorial da assistência social, educação e meio ambiente, desenvolvendo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de processos educativos em saúde, privilegiando o acesso às ações e serviços de informação e promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania, no âmbito social e da saúde.”</p> <p>“(…) Além disto, o curso deverá reforçar o importante papel social do técnico agente comunitário de saúde de atuar como mediador entre distintas esferas da organização da vida social.”</p> <p>“(…) o curso inclui três etapas, distribuídos da seguinte forma: Etapa I – formação inicial: contextualização, aproximação e dimensionamento do problema. O perfil social do técnico agente</p>	<p>das condições de vida da população. Estas características constituem atributos de generalidade deste profissional e o situa como categoria muito particular, não comparável ou agrupável com outras que existem historicamente no campo da saúde.</p> <p>Estes profissionais, ao término do curso, deverão ter potencializadas suas capacidades de aumentar o vínculo entre as equipes de saúde e as famílias/comunidade, de facilitar o acesso dos usuários ao sistema de saúde e de liderança, avançando em direção à autonomia dos sujeitos em relação à própria saúde e à responsabilização coletiva pela promoção da saúde de indivíduos, grupos e meio ambiente.”</p> <p>“(…) cada competência profissional incorpora três dimensões do saber: saber-ser, saber-conhecer e saber-fazer.”</p> <p>“A formação deverá valorizar a singularidade deste profissional deste trabalhador, tendo as <i>características do seu perfil social, a</i></p>
--	--	--	---	---

			<p>comunitário de saúde e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS – carga horária 400 horas.</p> <p>Etapa II – desenvolvimento de competências no âmbito da promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e doenças prevalentes – carga horária 600 horas.</p> <p>Etapa III – desenvolvimento de competências no âmbito da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário – carga horária 200 horas. A prática profissional deve ser incluída na carga horária de cada etapa. O estágio supervisionado, quando necessário, será acrescido à carga horária do curso e seu plano deverá ser explicitado.”</p> <p>“(…)aos agentes comunitários de saúde que apresentarem dificuldades de aprendizagem deverão ser oferecidos processos de apoio e reforço teórico/prático;(…)”</p> <p>“(…) oferecer condições para que o processo de ensino-aprendizagem tenha como motivações fundamentais as experiências dos agentes comunitários de saúde e a realidade do mundo do trabalho. Por isso, os vários âmbitos/contextos de atuação deste profissional deverão ser</p>	<p><i>promoção da saúde e a prevenção de agravos como eixos estruturantes e integradores do processo formativo.”</i></p> <p>“(…) as características do processo de trabalho em saúde e as cargas relacionadas ao trabalho do técnico agente comunitário de saúde, na perspectiva de por meio do reconhecimento dos diferentes espaços e contextos onde as práticas são desenvolvidas, conhecer e aplicar instrumentos do planejamento com enfoque estratégico e de se situar como membro da equipe de saúde e como mobilizador social; avaliação do próprio trabalho, considerando significado e importância de suas ações, bem como as necessidades de aprimoramento.”</p> <p>Competências: “(…) Realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adstrição da unidade básica de saúde. (…)”</p> <p>“Habilidades (saber fazer): Trabalhar em</p>
--	--	--	---	---

			<p>compreendidos como espaços privilegiados para a integração e a contextualização da formação.”</p> <p>“(…) a interação escola-serviço-comunidade é fator essencial e indispensável ao processo formativo, cabendo às instituições formadoras e aos gestores dos serviços construir viabilidades para que esta interação se efetive.”</p> <p>Fica a cargo da DEGES a responsabilidade de propor e formular políticas relativas à formação e educação permanente dos trabalhadores de saúde.</p> <p>“(…) a competência profissional incorpora três dimensões do saber: o saber-conhecer, o saber-ser e o saber-fazer. Estas dimensões da competência profissional estão expressas nas habilidades (saber-fazer), nos conhecimentos (saber-conhecer) e nas atitudes (saber-ser).”</p>	<p>equipe de saúde. Promover a integração entre a equipe de saúde e a população de referência adstrita à unidade básica de saúde. Identificar a importância do acompanhamento da família no domicílio como base para o desenvolvimento de suas ações.(…)”</p> <p>“(…)a valorização da singularidade profissional do ACS como um trabalhador no campo de interface intersetorial da saúde, assistência social, educação e meio ambiente; (...)”</p> <p>“(…)• coordenar-se com outros atores: capacidade e disponibilidade de estabelecer movimentos de solidariedade e de compartilhamento de situações e acontecimentos do trabalho, assumindo co-responsabilidades e fazendo apelo ético às competências dos outros; (...)”</p> <p>“Compete aos ACS, no exercício de sua prática, a capacidade de mobilizar e articular conhecimentos, habilidades, atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho, realizando ações de apoio em orientação,</p>
--	--	--	--	---

			acompanhamento e educação popular em saúde a partir de uma concepção de saúde como promoção da qualidade de vida e desenvolvimento da autonomia diante da própria saúde, interagindo em equipe de trabalho e com os indivíduos, grupos sociais e populações."
			"O saber-ser incorpora:
			a) interagir com os indivíduos e seu grupo social, com coletividades e a população;
			b) respeitar valores, culturas e individualidades ao pensar e propor as práticas de saúde;
			c) buscar alternativas frente a situações adversas, com postura ativa;
			d) recorrer à equipe de trabalho para a solução ou encaminhamento de problemas identificados;
			e) levar em conta pertinência, oportunidade e precisão das ações e procedimentos que realiza, medindo-se pelos indivíduos, grupos e populações a que refere sua prática profissional;
			f) colocar-se em

				<p>equipe de trabalho em prol da organização e eficácia das práticas de saúde;</p> <p>g) pensar criticamente seus compromissos e responsabilidades como cidadão e trabalhador.</p>
<p>Decreto 3.189 de 4 de outubro de 1999 – fixou as diretrizes para o exercício das atividades de ACS.</p>	<p>“Art. 4o O ACS prestará seus serviços, de forma remunerada, na área do respectivo município, com vínculo direto ou indireto com o Poder Público local, observadas as disposições fixadas em portaria do Ministério da Saúde.”</p>			

APÊNDICE C

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
Curso técnico integrado ao ensino médio
Projeto de Pesquisa “Precarização do Trabalho em Saúde: o caso dos Agentes
Comunitários de Saúde no âmbito da ESF”

Roteiro para entrevista com os Agentes Comunitários de Saúde

Identificação: Nome, idade, tempo como ACS e escolaridade.

- 1) Quando e como você começou a trabalhar como ACS? (Contar um pouco da trajetória como um ACS)
- 2) Como tem sido seu trabalho? (Impressão)
- 3) Você acha que o seu trabalho é reconhecido e valorizado pela sua equipe de saúde da família? E pelos demais profissionais do serviço de saúde (perguntar a qual ele está se referindo)? Pela comunidade? Na sociedade?
- 4) O que você acha que seria necessário para você ter um maior reconhecimento como ACS?
- 5) Você teve alguma formação para iniciar este trabalho? Fez algum curso para exercer a profissão? Depois de iniciada as atividades, você realizou algum curso para formação de ACS? Qual?
 - a. Se não. Como se deu o processo de aprendizagem para tornar-se um ACS?
 - b. Se sim. O que você aprendeu no curso e o que pensa dessa formação?
- 6) Qual é o seu vínculo empregatício atual e o de sua equipe?
- 7) Sobre o vínculo atual: Quem é o contratante? Quais benefícios trabalhistas este vínculo oferece? (Tem carteira assinada? Férias remuneradas?) Considera que os direitos trabalhistas devidos a um trabalhador brasileiro são respeitados neste vínculo? Se sim ou não, por quê? Você conhece a expressão/noção de vínculo precarizado? (se o entrevistado não conhecer, fazer breves considerações sobre o

entendimento de precarização neste estudo) Como você pensa o vínculo dos ACS em relação a precarização? (Direitos trabalhistas)

- 8) Você já teve outra forma de vínculo como ACS ? Se sim. Quais? Fora estes que você teve, sabe de outras formas de vínculo que os ACS já tenham tido?
- 9) Quanto ao seu salário, você o considera satisfatório? Por quê? Recebeu algum aumento ou reajuste desde sua contratação? Ele é regular?
- 10) O que você acha das suas condições de trabalho? Que mudanças deveria haver nessas condições de trabalho (vínculo, formação, salário, e outras) para o melhor exercício da sua profissão? (Fazer uma avaliação geral quanto ao trabalho que vc desempenha e as contradições presentes no exercício de sua profissão)

APÊNDICE D

QUADRO ANALÍTICO POR CATEGORIA DE PESQUISA

Formação	Considerações
<p>No início? (Eu: é) Segundo grau, né? Eles pediam, acho que na época, foi o primeiro grau. Mas assim, a minha área na época o que eu fiz não tinha nada a ver. Eu era da área de educação, professora, não tinha nada a ver, mas...</p>	<p>Quando iniciou só pediam o fundamental completo. Não era da área da saúde, mas acabou indo... (questão do emprego)</p>
<p>Terminei o curso técnico esse ano. Cuidador de idosos. Esses cursos de capacitação, né? Hanseníase, Tuberculose. Nada... Tem uns que você tem até como certificar e outros não, né? A enfermeira que capacitou a gente em várias coisas (alguma coisa) de cartão de vacina, é sobre, é doenças respiratórias, é essas coisas assim pra você ter uma visão mais ampla das coisas.</p>	<p>Concluiu o curso técnico de agente comunitário de saúde esse ano (2011) Realizou outros cursos de capacitação durante o trabalho, uns certificados e outros não.</p>
<p>Tudo te preenche, né? Te dá uma capacitação a mais (...)</p>	<p>Fala que de uma forma ou de outra tudo o que aprendeu, tanto no CTACS, como nas capacitações, ajuda-a no exercício da profissão.</p>
<p>Porque depois que eu fiz o curso técnico de agente comunitário de saúde, é, reforçou bastante, né, que aí que deu força mesmo pra brigar. E agora a gente já faz o trabalho com mais segurança. Entendeu? A gente já (alguma coisa) na comunidade com mais segurança, fazer grupo, (...)</p>	<p>Ela expressa o seu sentimento de segurança quanto à sua formação, principalmente pelo fato de ter se tornado técnica em ACS (CTACS). A sua formação fortaleceu a crítica e a capacidade de 'brigar' (lutar).</p>
<p>Porque no início assim, quando eu entrei como ACS, a gente teve uma capacitação, uma coisa rápida né... aquela situação assim, 'toma a sua trouxa e vai pra comunidade resolver os seus problemas!' E acabou. E foi a capacitação assim... ciranda cirandinha, roda pra lá roda pra cá e acabou. É, teve que aprender tudo sozinha e teve aquela capacitação. A maioria, muitas coisas que eu aprendi foi no curso, no curso daqui, no curso técnico.</p>	<p>Fala um pouco como se deu sua capacitação inicial, que foi algo rápido. > Não tinha um conhecimento do seu trabalho e qual era o seu papel. Percebe-se que não tem uma preocupação quanto ao modo com que se dará o exercício das atividades dos ACS, e, portanto, proporcionam uma capacitação simplificada, sem se importar com as complexas atribuições dos ACS, tanto na unidade básica, quanto na comunidade. Tudo o que aprendeu quanto ao exercício da atividade de ACS foi sozinha e no CTACS.</p>
<p>Eu acho que essa formação é importante pros ACS, entendeu? Porque eu aprendi assim... Aprendi a lutar pelos meus direitos, direitos da comunidade, entendeu? Aprendi a respeitar os meus colegas, entendeu? E aí ser respeitado também, porque é muito importante. E outras coisas que me ajudou muito</p>	<p>Fala da importância do CTACS em relação à formação ético-política. Como também em relação à organização do processo de trabalho, que ajuda tanto na compreensão do próprio trabalho, como também no planejamento de suas</p>

<p>também... é a formação de fazer um grupo na comunidade... a organização, a organização do trabalho, entendeu? Porque isso é muito importante, ser organizado. Porque antes a gente não se organizava, entendeu? Não fazia um planejamento, essas coisas todas. Era tudo no 'vamo lá e acabou!' Agora não, a gente já planeja, se organiza, entendeu? Isso aí foi muito importante...</p>	<p>ações práticas para com a comunidade.</p>
<p>E ..e agora eu falo, eu sou técnica de agente comunitário de saúde, eu sou técnico... (rs) Aí quando eu pego um prontuário eu escrevo lá 'técnico em ACS' (rs).</p>	<p>Expressa o quanto a sua formação no CTACS foi importante para o seu reconhecimento profissional.</p>
<p>Bom, eu comecei ... e fiz um curso .. um introdutório, desse introdutório, é.. a gente depois começou a atuar na área, é... fazendo cadastramento.</p>	<p>Cadastramento: trabalho prático inicial</p>
<p>Eu costumo dizer que o médico ele já entra médico, formado. O enfermeiro, também passa por um curso, né já entra formado. O técnico idem. Todos os profissionais. O agente não, o agente eu costumo dizer que ele entra sem formação e se forma no processo de trabalho, porque ele passa por um curso de capacitação pra poder é, ter conhecimento dos termos técnicos utilizados pela equipe médica, ou pela equipe técnica. Então, a gente entra basicamente cru, a gente começa a ter um conhecimento pra poder a gente ser qualificado como os olhos, é... da..da... dos médicos, dos médicos enfim, dos profissionais, e a gente também fica na.. na (alguma coisa)... a área, né.. entre o médico e quem está lá na ponta né, que são os moradores.</p> <p>Então a gente passa a ser representação dos moradores dentro do posto, e acaba sendo também o olhar, os olhos da equipe, dos médicos, dos enfermeiros, em relação à avaliação daquela população.</p>	<p>Expressa a sua visão sobre capacitação, diferindo a capacitação dos ACS, que se forma no processo, dos demais profissionais que já ingressam na saúde da família já formados.</p> <p>A capacitação serviria para os ACS saberem o que os demais profissionais já sabem.</p> <p>Qualificam-se para serem como os olhos dos médicos, dos profissionais, tornando-se a representação dos moradores no posto e o olhar da equipe para a população.</p>

<p>Olha, você passa por processos, não vou dizer curso. Não sei se seriam cursos, mas são coisas rápidas, relâmpago. Que a gente recebe um diploma, a gente passa.. coisa de uma semana, então é.. as vezes foge até da memória da gente, entendeu? Essas formações, essas capacitações. Entendeu?</p>	<p>Formação anterior: capacitações pontuais.</p>
<p>... a maioria de nós aqui, do RJ, já passou por uma capacitação do técnico em agente de saúde e até agora não aconteceu nada, não houve um investimento, um..., em cima da nossa capacitação profissional. É a gente basicamente não está sendo reconhecido, valorizado. E isso, é..., é fundamental pra que a gente se sinta mais seguro, mais tranquilo, pra poder dar mais de si, entendeu?</p>	<p>Associação entre formação e reconhecimento profissional – expectativa frustrada de que a formação técnica levasse a aumento de salário.</p>
<p>É, como eu disse a principio, a gente não tinha uma formação profissional técnica. A gente teve uma capacitação pra não entrar totalmente cru. Ainda que a gente entrasse com essa capacitação técnica, é, falta muita coisa, né? Mas como é trabalho em comunidade, e quem mora na comunidade socialmente é discriminado, principalmente pelo poder paralelo. Então é uma gama de pessoas que é.. que está a margem da sociedade. Pobre, né? Então, hoje ... a gente tá vendo o que é comunidade, entendeu?</p>	<p>Falta de formação profissional associada à condição social do público-alvo (comunidade; pobre).</p>
<p>Só pra você ter uma noção. Eu comecei em 2004, eu comecei o curso de técnico em ACS em 2008. Então, tudo o que acontece na categoria de agente comunitário, na classe, é conquista, sabe? Da uma impressão de que a gente tá no século XV, XVI, na época das conquistas, das guerras. Então a gente tá aí pra poder discutir, pra reivindicar, pra ir pra Brasília. Então, essas coisas que a gente conseguem foi conquista da classe, então você tem uma... uma... você não tem nada formado. Nada acontece, você vai tendo as conquistas. Esse curso mesmo, foi um desses fatores.</p>	<p>Formação técnica como conquista da categoria.</p>
<p>Você aprende, é, sobre saúde é, sobre ação educativa. Sobre, é, os termos técnicos que surgem na saúde porque a saúde ela vai passando por um processo e você vai se adaptando, então existe uma serie de linguagem e nestes cursos você tem essas capacitações.</p> <p>Então, a gente tem várias oficinas, vários cursos, focando a área da saúde. Entendeu?</p> <p>Então, você vai...vai... você .. você passa por esse</p>	<p>Descrição do que aprendeu no CTACS e a importância dessa formação no olhar sobre a saúde.</p>

processo todo do curso.. vai olhando.. é um olhar bem... você se debruça sobre cada questão do acompanhamento dessa área de tudo relacionado a saúde.	
---	--

Reconhecimento	Considerações
Bom, hoje em dia um pouco. Já foi menos reconhecido, mas hoje já é mais reconhecido.	Reconhecimento é mais atual por parte da equipe de saúde da família.
Muito não. Eu não acho que seja muito [reconhecido]. Tem aquela visão de cada um faz o seu pedaço pra todo mundo ajudar não, entendeu? Mas assim, quando é alguma questão assim de ‘ah, avisa fulano num sei o que’, aí sim tem aquela ‘ah vocês são tão importante’, aquela coisa mais..., mas você sente que não é uma coisa assim, né? (Eu: é só na teoria, né?) Isso, é. Aquela tarja preta só, num é uma coisa que ‘não, você é importante’. Não é que você seja importante, é que nós não somos os únicos, não somos primordiais. Sem nós nada iria acontecer, já acontecia todo o processo, mas cada um tem a sua importância, né? Ninguém é menor nem maior do que ninguém, né?	<p>Não é muito reconhecido pelos demais profissionais do centro de saúde.</p> <p>O trabalho em equipe é um fator importante para o reconhecimento por parte dos profissionais quanto ao trabalho do ACS, e portanto, de sua valorização enquanto um trabalhador da saúde.</p>
Até que é. É, mas assim, não é aquela coisa assim ‘ah, você me ajudou’, mas você sente no tratar das pessoas, algumas pessoas que você até fez alguma coisa, ou então mostrou pra ela que ela tivesse uma visão diferente em questão de algumas coisas, você vê que o tratar é diferente, né? Elas te tratam diferente. Não ficam assim, não é que vai ficar aos seus pés ‘ó, brigado você arrumou uma consulta pra mim’, ‘ó, consegui fazer a minha cirurgia’, mas você vê que o carinho é diferente, né?	<p>Há o reconhecimento por parte da comunidade pelo trabalho do ACS.</p> <p>Percebe-se pelo tratamento por parte da população com o ACS. Há o reconhecimento de seu trabalho e o carinho é diferente.</p>
Acho que falta muito ainda. Aqui a gente não é tão reconhecido como deveria. Vai levar muitas décadas pra isso.	Pela sociedade de uma forma geral não é tão reconhecido como deveria ser.
Que toda equipe estivesse mais na comunidade pra poder ver o funcionamento desse trabalho (...) Que a gente tivesse mais liberdade pra tá na comunidade também(...) Pudesse atender dentro da comunidade. Tivesse espaço. Tivesse apoio da...das... dos gestores para que fizesse isso, essa aproximação maior da equipe, porque independe da equipe, né? A médica e a enfermeira não podem atender a comunidade se não	<p>Expressa o que seria necessário para se ter um maior reconhecimento quanto ao seu trabalho:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autonomia; • Realização plena de seu trabalho; • Necessidade da atuação da equipe na comunidade, para se ter um conhecimento melhor do trabalho desempenhado pelo ACS; • Além das condições materiais para a execução de suas atividades (EPI, por

<p>tem os recursos necessários, né? Os materiais necessários</p>	<p>exemplo).</p> <p>Lembra que o trabalho em equipe é um dos fatores essenciais pra que haja reconhecimento quanto ao trabalho realizado pelo ACS.</p>
<p>Geral: Quanto ao reconhecimento, tem-se a garantia de alguns recursos materiais, mas não tem o reconhecimento profissional, social e salarial equivalente à complexidade do trabalho dos ACS.</p>	
<p>Eu acho que não.</p> <p>É a que tem mais problema e a gente num é valorizado não. Acho que é... Ultimamente assim, eles dão muita importância ...importância assim é... Ah, eu acho assim... eles estão desprezando o trabalho do ACS. E você... eu sempre falo isso ‘isso não acontecia’, com todas as brigas, até que a gente tinha valorização, mas agora não.</p>	<p>Quanto ao reconhecimento do seu trabalho dentro da equipe de saúde da família, ela afirma que seu trabalho não é reconhecido e valorizado, pois a equipe se importa mais com outras questões do que com o próprio ACS, considerado o elo entre o serviço e a comunidade e a peça chave fundamental na viabilização do cuidado (contraditório).</p>
<p>‘ah, não preciso de mais médico não, já melhorei!’</p>	<p>Reconhecimento da comunidade pelo trabalho do ACS. Os ACS reconhecem que não é somente um remédio que vai fazer com que a pessoa se sinta bem, fala também da importância de saber o motivo pelo qual a pessoa adoeceu que muitas vezes não é motivo de doença, mas sim uma questão de desabafo quanto aos problemas que está vivenciando. Por isso o reconhecimento do trabalho do ACS por parte da comunidade.</p>
<p>Aí a irmã dele veio, fez uma carta agradecendo, falando o meu nome (rs). Mas assim, não quero não, aí.. gente, é uma obrigação.</p>	<p>Reconhecimento da pessoa atendida.</p> <p>Mesmo com o agradecimento, o ACS reconhece que não é um favor que está prestando, mas sim uma obrigação.</p> <p>O acesso e atendimento aos serviços de saúde é um direito de toda população, mas muitas vezes confunde-se, principalmente por parte da população e de alguns profissionais de saúde (acham que estão fazendo um favor), a noção de direito com a de gratuidade. Ter acesso aos serviços de saúde e ser atendido não pode ser considerado nem como uma gratuidade, muito menos como um favor que o profissional está prestando para com o usuário.</p>
<p>Não, é valorizado. Pela comunidade eu sou valorizada. Não sou valorizada pela equipe técnica,</p>	<p>Novamente o reconhecimento por parte da</p>

<p>mas na comunidade eu sou valorizada, entendeu?</p>	<p>comunidade quanto ao seu trabalho.</p> <p>Expressa também que se fosse seguir a risca o prescrito, seu trabalho não teria o mesmo resultado, pois sempre há um imprevisto e o seu tempo de trabalho não se resume somente ao centro de saúde, se estende para outros horários, dentre eles a parte da noite, porque muitas pessoas trabalham durante o dia e só conseguem encontrar com os ACS na parte da noite.</p>
<p>Pela sociedade eu acho que é... num é reconhecido não. Pela sociedade não.</p> <p>‘O agente de saúde aqui dentro é um cabide de emprego! <u>Não tem nenhuma importância!</u>’ Ele chegou a falar isso na frente deles.</p>	<p>Não reconhecimento por parte da sociedade de uma forma mais geral. Sendo o ACS muitas vezes visto como um cabide de emprego, tanto na visão de alguns profissionais de saúde, dentre eles o médico, como em uma visão geral da sociedade.</p> <p>Essa visão da sociedade é reflexo da visão dos próprios profissionais da saúde, que não o consideram como um trabalhador da saúde e que desqualificam o seu trabalho.> Visão ainda centrada no modelo médico tradicional.</p>
<p>Apenas assim, dar mais autonomia a gente, entendeu? Não botar empecilho naquilo que a gente quer fazer pelo bem da comunidade, entendeu?</p>	<p>Reconhece que a organização do trabalho, dentro das equipes, é um fator essencial para que o trabalho do ACS seja reconhecido.</p> <p>A satisfação dela é conseguir fazer o seu trabalho (atendimento das necessidades das pessoas atendidas), como também o respeito ao usuário e ao trabalho dos ACS (reconhecimento e valorização dela enquanto ACS).</p>
<p>E ..e agora eu falo, eu sou técnica de agente comunitário de saúde, eu sou técnico... (rs) Aí quando eu pego um prontuário eu escrevo lá ‘técnico em ACS’ (rs).</p>	<p>Expressa o quanto a sua formação no CTACS foi importante para o seu reconhecimento profissional.</p>
<p>Aí, vai depender do ângulo que você tiver olhando né, por exemplo, se você tiver um médico que...que.. entende de ESF, ele vai dizer que sim, mas se tiver um médico que não entende na área de família, na esf, as vezes é um medico que entra e cai de paraquedas, porque ele é formado, mas ele é medico que trabalhou em emergência.. é totalmente diferente. Um médico que trabalha em esf, ele..ele trabalha em equipe, trabalha em grupo, então ele</p>	<p>Médico como referência para o reconhecimento profissional do ACS.</p> <p>Reconhecimento profissional do ACS na dependência da experiência do médico em saúde da família.</p> <p>Centralidade do médico na equipe de saúde da família.</p>

<p>procura ver, ele se preocupa com a saúde do...do, da equipe, com os problemas , as dificuldades, entendeu? E existe muito problema que o profissional em si ele é.. ele a... ele consome em relação aos problemas que acontecem.. Então ele acaba ficando doente, acaba passando por dificuldade. E o olhar do médico que trabalha em ESF é fundamental pra manter a equipe unida, pra detectar os problemas, as crises que existem, as dificuldade e que um médico que não tem essa estrutura, que não tem essa maturidade em ESF faz bastante diferença, entendeu?</p>	
<p>Então, passa a ser valorizado quando a equipe... (D: Quando ele conhece todo o processo de trabalho?) Exatamente. Porque aí vc não sente dificuldade. Mas quando você não tem um medico que não trabalha nesse olhar da saúde da família, todo agente ele vai começar a perceber que não é reconhecido, entendeu? Agora, monetariamente, profissionalmente, na realidade, os ACS vão te dizer basicamente o que eu vou te responder, não é reconhecido, entendeu? Por quê? Porque é uma gama muito grande de problemas e reponsabilidades, principalmente aqui no RJ, é muito complicado. Então você...você ganha pouco, você tem pouco suporte. Agora que você tá tendo, porque o esf tá investindo, mas não é o suficiente. Entendeu?</p>	<p>Médico como referência para o reconhecimento profissional do ACS.</p> <p>Centralidade do médico na equipe de saúde da família.</p> <p>Baixo salário e falta de suporte como indicadores de falta de reconhecimento em contraste com a gama de problemas e responsabilidades.</p>
<p>... a maioria de nós aqui, do RJ, já passou por uma capacitação do técnico em agente de saúde e até agora não aconteceu nada, não houve um investimento, um..., em cima da nossa capacitação profissional. É a gente basicamente não está sendo reconhecido, valorizado. E isso, é..., é fundamental pra que a gente se sinta mais seguro, mais tranquilo, pra poder dar mais de si, entendeu?</p>	<p>Associação entre formação e reconhecimento profissional – expectativa frustrada de que a formação técnica levasse a aumento de salário.</p>
<p>Que é difícil falar pra você se eles gostam ou não, porque as vezes eu levo mais pro lado pessoal do relacionamento, né. Então é mais pra questão da consideração, do respeito. (D: Claro!) É, muitos dos profissionais aqui, valorizam nosso trabalho, outros, já não tanto, entendeu? (D: Entendi.) então é mais pra questão pessoal. (D: Entendi).</p>	<p>Reconhecimento associado ao relacionamento pessoal.</p>
<p>Olha, a comunidade .. a comunidade até que gosta, entendeu? Porque nós somos assim, o elo de ligação com a comunidade com o centro de saúde, né. Então eles com certeza, eles vão, eles vão gostar. Só que a população, ali, ela quanto mais, melhor, né.</p>	<p>Reconhecimento da comunidade expresso como uma relação que aumenta a demanda, conforme aumenta a satisfação.</p>

<p>Certo? E a gente não pode dar mais porque a gente não tem recursos da nossa parte a nível profissional, técnico, pra oferecer melhor, mas dentro daquilo que a gente foi trabalhado e capacitado eu creio que nós estamos a altura, entendeu?</p>	<p>Discurso instituído: elo de ligação...</p> <p>Falta recursos materiais e técnicos para oferecer o melhor à população.</p>
<p>Olha, eu acho que a sociedade, se for uma sociedade voltada para as autoridades constituídas, eu acho que não é valorizado não. Eu acho que é simplesmente uma rota de escape, só pra poder conseguir...eu falo assim no seguinte, a nível de política, né. Eu acho que a gente, no Brasil inteiro, a gente funciona como cabide de voto, né. Então as pessoas, os políticos eles prometem, liberam pra gente algumas coisas que nos satisfaçam, mas não é a altura. Então eu acho que a gente não é reconhecido, a gente é utilizado como um... não vou te dizer que massa de manobra seria a resposta certa, entendeu?, mas é objeto de manipulação. Porque promete uma série de coisas e a gente corresponde com os nossos votos. (D: Acredita neles.) E a gente meio que acaba acreditando, meio que (alguma coisa). A gente precisa sobreviver, a gente precisa trabalhar, a gente precisa de ter um salário, a gente precisa ser reconhecido socialmente. Então eu acho que é uma coisa, meio que, vamos dizer assim, mais pra calar a boca né, mas eu acho que existe uma certa discriminação em relação a nossa profissão. Tanto é que nós não somos reconhecidos como agente comunitário, você num... você.. O agente comunitário ele não passa em um concurso, é processo seletivo. Se bem que é .. que no SUS, faz parte do programa do SUS o agente comunitário, mas não é reconhecido profissionalmente, não é reconhecido a nível de valores.</p>	<p>Não reconhecimento dos ACS pelas autoridades constituídas.</p> <p>Uso político dos ACS como “cabide de votos” e objeto de manipulação – O que isso diz sobre o papel social dos ACS?</p> <p>Não haver concurso para ACS e, sim, processo seletivo como um indicador de não reconhecimento, apesar de o ACS estar no SUS. (Entra na questão do vínculo também!)</p>
<p>Olha, é difícil você.. você falar de reconhecimento, do valor no processo de trabalho, se não tiver a questão salarial sendo é, valorizada, sabe? Porque se não vai ser como chover no molhado. Eu penso na questão... Eu acho que qualquer profissão. Eu acho que pro profissional se sentir bem, ele tem que ser valorizado profi... financeiramente, profissionalmente, que a partir daí, ele pode se sentir mais a vontade pra poder expressar o teu desempenho profissional. E ao mesmo tempo eu também não acho que apenas só o dinheiro vai ser o suficiente, mas já é pontapé inicial pra você pensar e assim, vc ter o retorno, né? e existir essa reciprocidade. E eu acho que é meio que utópico, né, você falar de reconhecimento, de valor, e se não</p>	<p>Centralidade do salário para o reconhecimento profissional do ACS.</p> <p>Gama de problemas e responsabilidades não condiz com o salário.</p>

existe o faz-me rir né?, o dinheiro (risos)	
Olha, é ... Eu acho que o reconhecimento ... Eu acho que você tem mais com quem você trabalha né. Então, quando você começa a colocar em prática aquilo que você aprendeu... Então, por exemplo, é muito legal o médico chegar pra você e ‘poxa, Paulo, parabéns, você tá conseguindo fazer isso.’, ‘poxa, a gente pediu pra você fazer algo.. pra ir lá na área identificar o índice de crianças que estão com as vacinas atrasadas, parabéns, poxa, você atingiu!’ . Aí você tem é ... uma meta de fazer VDs, lançar VDs, então quando você atinge essa meta, então aí o pessoal vem.. a equipe vem elogia você, ‘poxa você... parabéns, você atingiu o seu objetivo’. Então, isso é um reconhecimento né, é uma valorização.	Reconhecimento ligado à equipe, ao retorno da equipe sobre o seu trabalho. Mais uma vez, destaque para o médico.
A minha questão com relação às metas é... é você ser reconhecido monetariamente por aquilo que você faz. Entendeu? Porque você ser... você falar que trabalhar é bonito, é legal, que você tem que amar o que você faz, mas o que dá substância ao amor do que você faz né.. é a questão financeira.	O que eles fazem não tem correspondência no que eles recebem – falta de reconhecimento “monetário”.

Salário	Considerações
(...) durante um bom tempo a gente andou recebendo um salário abaixo do mínimo (...)	Salário abaixo do mínimo (Será que não tinham carteira assinada?).
De jeito nenhum. A gente não é a parte tão importante da estratégia? Ainda não vi essa importância toda, mas tudo bem, né? Porque o médico estudou pra isso, a gente não, né? Como eles dizem né. Não, porque assim, além da gente não ser reconhecido como profissão, como já disseram isso. (...) Não é que você queira ganhar milhões, mas assim, você tinha que ter certo reconhecimento, porque ninguém vive só de gratificações, a pessoa ‘ah, obrigado’. A gente tá no aguardo até hoje.	Fala da contradição que é ser considerado a parte mais importante da estratégia e ser o que possui uma formação simplificada e um salário que não condiz com a complexidade e extensão de seu trabalho. Apesar de serem reconhecidos profissionalmente, como consta em lei, não recebem um salário satisfatório ao trabalho que exerce. São considerados a parte mais importante da estratégia saúde da família, mas não são reconhecidos enquanto profissionais de saúde, tanto pela equipe, como pela própria sociedade – vê-se na postura do médico de entendê-lo muitas vezes como cabide de emprego e peça não tão importante na ESF;
Ah, vai reajustando né. (D: ele é regular esse reajuste?) Não. Regular... (rs). Nem , nem... Não, regular não, nunca foi regular. No início a gente ganhava até razoavelmente bem. A gente ganhava acima do salário mínimo. Aí teve uma fase que, num	Os reajustes não são regulares e quando aumentam, o aumento é muito pequeno, de centavos.

<p>teve... se teve reajuste foi tão mínimo que você nem percebeu, que foi de centavos, alguma coisa assim, que você nem percebeu. Aí eu sei que teve uma época que a gente, até na época que a gente tava fazendo a segunda etapa do curso, que ‘gente, o salário mínimo é quinhentos e pouco e a gente ganha ainda quatrocentos e não sei quanto?’ Aí eu falei assim ‘Gente, a gente tá ganhando menos que um...’ Aí foi criando aquela coisa, aquela coisa, aquela confusão, aí foi que eles reajustaram pra esse agora que é setecentos e pouco, alguma coisa assim. E depois do curso disseram que ia se aumentar esse salário, né? (...) Nada... A gente tá esperando, né? Pode ser que algum dia isso aconteça, né? Brasileiro não desiste nunca, né? (rs)</p>	<p>Ganhavam acima de um salário mínimo, só que não reajustou quando o salário aumentou, aí passaram a ganhar abaixo de um salário mínimo, gerando conflitos, e mias tarde aumentaram e passou a equivaler um pouco mais que um salário mínimo.</p> <p>Tem também a insatisfação quanto às promessas políticas de aumentar o salário pela formação técnica, mas até agora ainda não aconteceu.</p>
<p>Não. (...) Eles falam que vão aumentar e nunca aumentam. (...) ‘olha, você prometeu aumentar o salário e até agora nada né..’ ...’Calma, dona Sandra, a senhora tá igual político né..’...’ Ne politico nada, você também num é político, você é político. Você foi pro outro lado, isso aí é político. Agora só que você ..você tá aí sentado no seu cantinho e tá esquecendo dos ACS, você falou que ia aumentar o salário!’..</p>	<p>Considera o seu salário insatisfatório.</p> <p>Descrença quanto às promessas políticas de aumento do salário dos ACS. Tem-se a promessa de que, com o CTACS o salário dos profissionais iria aumentar, mas até o momento ainda não aconteceu.</p>
<p>Ah, recebemos pouco. Foi uma parcela... (alguma coisa) O salário quando a gente entrou, falou que era 600 reais e mais o ticket num sei o quê... depois, aí quando veio, a gente começou a ganhar quatrocentos, quatrocentos e pouco reais... 449 reais. Depois que aumentaram. Aumentou foi... sempre aquele dinheiro bem pequeno. Agora tá setecentos .. por aí</p>	<p>Histórico do salário. Antes era menor que um salário mínimo, depois foi reajustando, mas mesmo assim é insatisfatório, principalmente pela quantidade de atribuições específicas dos ACS e pela complexidade que é a realização de seu trabalho.</p>
<p><i>D: Mas esse reajuste ele é regular?</i> Olha, eu acredito que não. Acredito que eles estão dando por conta deles mesmo. porque esse regular, esse reajuste que eles falam que é regular, não acredito que seja não...</p>	<p>Reajuste não é regular.</p>
<p>Olha, claro que não! (rs)</p> <p>Porque o valor que você recebe, ele vai tendo perdas, né. a inflação é um dos..umas das razões que já até respondi... e você precisa ser reparado. Então é logico que a insatisfação geralmente é total, entendeu? E você.. e você é...cada vez que passa sempre tem o processo de trabalho que você tem que fazer várias coisas. Antes não era informatizado, agora é. Então você ... o... a responsabilidade aumenta, o compromisso aumenta, a dedicação aumenta, mas a reposição daquilo que você perde, com relação ao</p>	<p>Não considera o salário satisfatório.</p> <p>O aumento das responsabilidades não condiz com o salário que recebe. O processo de trabalho dos ACS aumenta e seu trabalho continua o mesmo, que por sinal é muito pouco, e quando sofre alterações, são muito pequenas.</p> <p>Não são reparados no salário quanto ao aumento</p>

salário, com relação a inflação, você não tem uma reparação. Então isso já é motivo de insatisfação	de seu trabalho. Associa precarização a baixo salário. Salário defasado > o aumento do salário está relacionado à segurança e tranquilidade no exercício da profissão.
A minha questão com relação às metas é... é você ser reconhecido monetariamente por aquilo que você faz. Entendeu? Porque você ser... você falar que trabalhar é bonito, é legal, que você tem que amar o que você faz, mas o que dá substância ao amor do que você faz né.. é a questão financeira.	O cumprimento de metas está muito interligado ao seu salário, pois aumenta o trabalho do ACS, mas não aumenta o seu salário. Ele tem que cumprir um determinado número de VDs e metas que são postas pelo programa, mas não recebem um salário equivalente à complexidade do seu trabalho e a intensificação do mesmo.
Olha, os reajustes que a gente tem são relacionados aos dissídios, né. Tem uma...um período que até eu mesmo não sei.. Alguns podem saber, as pessoas que interessam. Mas eu é...além, que eu saiba, só quando a gente teve .. a gente teve um reajuste agora, não sei se foi ano passado, eu não sei bem certa a data, não sei se precisar. Mas a gente ganhava 500 reais e a gente foi pra 800 e alguma coisa... 803 reais, que é 740 mais alguma coisa né, que é exatamente a... a... o ticket alimentação e isso porque é.. a área tava ... tinha muita.. tava inchada a população né, com essa questão do pac e tudo mais, então contratou-se outros profissionais, e aí houve uma equiparação dos ... desses salários, aí deu um nivelada, aí a gente saiu do sufoco.	Reajustes que recebem, são através dos dissídios (não sei como escreve). Traz também um histórico do salário e o porquê do 'aumento'.

Vínculo	Considerações
Benefício, benefício?(...). é, isso não é benefício, né? Isso é direito, né? Não é benefício, todos são direitos. Carteira assinada, férias, fundo de garantia. Benefícios, benefícios, nenhum. Único benefício que a gente tem... Tem nada de benefício. Tudo é obrigatório por lei. Dizer assim 'ah, você tem um plano de saúde, tem uma ajuda de custo'. Nada. Nada é benefício, todos são direitos.	Comenta sobre a questão dos direitos, que não são benefícios, mas obrigatórios por lei a todo trabalhador receber. Então, por benefício ela entende que não recebe, mas quanto aos seus direitos ela recebe.
Dentro da lei, sim. Quer dizer, nas linhas da lei sim, né?. Nas entrelinhas não, né?	'Dentro da lei' seus direitos são respeitados, mas demonstra implicitamente que talvez não sejam respeitados.

<p>Porque até mesmo, assim, até o respeito, né?, de um profissional pro outro, é diferente. Né? Eu tive algumas experiências não muito agradáveis, que eu vi que a coisa não funciona de igual para igual, né? se você é ACS, você é ACS, né? Se o médico é o médico, é o médico, né? Abaixo de Deus vem o médico, né? (...) Ainda (serviço é verticalizado). Muito, muito. Muitos, muitos... profissionais não, são mais humildes, mas tem muitos arrogantes. (...) Aqui dentro mesmo. Tem aqueles que se duvidar tá te atropelando, entendeu, é complicado. (...) Principalmente quando você abaixa a cabeça, né? Não pode deixar abaixar a cabeça.</p>	<p>A entrevistada explica o porquê que ela acha que nas entrelinhas da lei seus direitos podem não ser respeitados. Um dos motivos principais é a questão do respeito de um profissional com o outro (ACS e médico, principalmente).</p>
<p>Não, porque até então tudo o que é direito nosso eles dão, né? Eles dão tudo direitinho. Pelo menos até ontem, né? Não sei a partir de hoje, né?</p>	<p>Aponta certa dúvida na continuidade da garantia de seus direitos, que o vínculo pode em determinado momento não assegurar mais o que lhe é garantido por lei.</p>
<p>É, também porque a gente não trata direto com eles, eles vivem se escondendo da gente. (Eu: como assim?). Não, porque qualquer problema você tem que falar com um, falar com outro, falar com outro. E manda e-mail, manda num sei o que, pra poder... Você não tem um acesso direto. Antigamente você, qualquer problema que tivesse você ia lá e falava direto com a pessoa, cara a cara. Agora não, você tem que mandar e-mail, tem que ir em num sei quem, falar com num sei quem, num sei mais com quem é pra falar. (D: É muito burocrático, né?) É, bem burocrático, aí quer dizer, até que isso seja resolvido leva um tempo</p>	<p>Atualmente é muito mais burocrático para se resolver os problemas que passam quanto às questões do vínculo. Não resolve os problemas direto com o contratante (Fiotec), ou é por e-mail, ou pessoalmente, que é mais difícil o acesso.</p>
<p>Olha, pelo que eu vejo nessas comunidades assim, de Orkut né, que a gente fica vendo, eu acho que é um pouquinho pior. Tem pessoas que não tem insalubridade, tem pessoas que não tem o ticket refeição (...) Ai quer dizer, tem umas que são bem favorecidas, outras que são bem piores do que o que a gente tá passando. Tem pessoas que entraram de licença, né, aí não receberam. Estão de licença médica e ainda não receberam, ainda não.... É complicado.</p>	<p>Acha que talvez o vínculo dela seja melhor que o de outras equipes, porque ela explica que nas redes sociais as pessoas (ACS) postam que não recebem diversos direitos que teriam que ser assegurados. Ou seja, uns contratantes favorecem mais que outros.</p>
<p>Não. Sempre Fiotec.</p> <p>Não, aqui não. Aqui sempre foi Fiotec. Pelo menos desde quando eu entrei sempre foi Fiotec. (D: Entendi.) Passou de ONG pra OS, né? Foi aí que encenou o negocio. Porque antes era até mais fácil o acesso. (Eu: Pode explicar um pouco assim quanto a isso?) Assim, como eu tava te dizendo. Antes você tinha algum problema, alguma coisa, quero atualizar minha carteira, você mesmo pegava e levava lá,</p>	<p>Vínculo sempre foi o Fiotec, tanto o dos ACS como dos outros profissionais das equipes.</p> <p>Fala da passagem de ONG para OS (que acho que está errado) e da burocracia que se tornou.</p>

<p>entendeu? Já tinha um compromisso com aquela pessoa, 'ah, fulano de tal'. Agora não, tem que mandar pra num sei quem.</p>	
<p>(...) o vínculo trabalhistas só ouço que a gente tem o que... carteira assinada... (D: Carteira assinada, férias remuneradas...) Férias remuneradas, ticket de refeição, essas coisas todas... É, salário família (alguma coisa).</p>	<p>Fala o que recebe em seu vínculo.</p>
<p>Teve uma vez também que eu tirei férias sem depositarem o meu dinheiro das férias. Isso também foi uma briga feia também.</p> <p>Eu acho que não. Esse vínculo não respeita não.</p> <p>É, esquecem às vezes de pagar, é, tem muita coisa que a gente tem direito aí e às vezes a gente vê que não vem. (Tossi de novo!) Por exemplo, assim, ah , é.. proteção do trabalho, segurança no trabalho, a gente andava na chuva...agora não, porque eles deram uma capa pra gente (rs), fazer cadastramento na chuva, andava de qualquer jeito, não tem um boné pra proteger do sol. A gente não tem um protetor solar, eles não dão.</p>	<p>Descumprimento de direitos que deveriam ser assegurados pelo vínculo – férias. Por consequência, brigou para consegui-los.</p> <p>Desrespeito quanto aos seus direitos que deveriam ser assegurados, dentre eles os equipamentos de proteção individual, que são parte das condições materiais para o exercício de suas atividades.</p> <p>Questiona uma característica do PSF Manguinhos, que mesmo sendo um centro de saúde de referência, não assegura certos direitos aos trabalhadores, em especial os ACS, quanto às condições materiais (protetor solar, calçado específico, boné etc.).</p>
<p>Não, precarizado não.</p>	<p>Não considera o seu vínculo precarizado, pois explica que a maioria dos seus direitos estão sendo assegurados, mas explica que pode ser que tenha outros direitos que não lhe são assegurados (A exemplo dos EPIs)</p>
<p>Bom, meu vínculo de trabalho é ... eu sou funci... Eu presto serviço pra prefeitura, só que nós, no começo, nós funcionávamos como ONG né.. como ONG, aí depois saiu desse processo da ONG, onde a gente tinha renovação de dois em dois anos, e poderia não ser, acontecer nova renovação... Depois desse processo da ONG, aí veio o sistema de OS (Organização Social), onde mudou o razão da...da ONG pra OS. (D: Uhum) Mas mesmo assim o repasse do dinheiro, do salário, é via prefeitura para as OS, que nos repassam o nosso...o nosso soldo, né. Aí a gente tem esse processo aí, com os médicos, os enfermeiros, com os técnicos e com os agentes comunitários.</p>	<p>Ia dizer que era funcionário e corrigiu, dizendo que presta serviço para a Prefeitura.</p> <p>Indicou a mudança da vinculação via Fiotech como OS.</p> <p>Refere-se equivocadamente à Fiotech como ONG, antes de tornar-se OS.</p>
<p>Olha, benefício...que que é, benefício aí é dois milhões? (rs) Que que é benefício aí ?</p> <p>É carteira assinada, a gente tem insalubridade, a gente tem é.. um ticket alimentação, que era refeição, mas</p>	<p>Direitos associados ao vínculo Fiotech.</p> <p>(Reagiu à palavra benefício e, após, a entrevistadora referir-se à direitos, passou a enumerá-los.)</p>

<p>por causa do... do.... das compras do mercado, a gente achou melhor transferir para ticket alimentação. A gente tem... a gente ganha além do... a gente ganha o nosso salário, o ticket alimentação e só. E o adicional noturno né. (D: Entendi. É...) Adicional noturno? É insalubridade, desculpa.</p>	
<p>Olha, eu acho que... acho não né. Eu penso que não.</p> <p>Porque você tem que é... Primeiro porque existe um valor. Um valor determinado pelo senado, né. E isso você não recebe logo de... assim, de cara. Você tem que lutar, você tem que reivindicar, você tem que sabe, botar a boca no trombone pra reivindicar aquilo que já foi liberado pra você. Então eu já acho um... eu já acho uma falta de respeito. Né... mas até pra você achar, declarar que é uma falta de respeito, e você sair declarando, você já arruma problema pra você.</p>	<p>Após responder que acha que os direitos trabalhistas não são respeitados pelo vínculo de trabalho, passa a explicar por que.</p> <p>Não considera que os direitos são respeitados pois eles não os recebem “logo de cara”, é preciso lutar e reivindicar esses direitos.</p>

ANEXO A

**Fundação Oswaldo Cruz
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
Comitê de Ética em Pesquisa
Curso técnico integrado ao ensino médio**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Precarização do Trabalho em Saúde: o caso dos Agentes Comunitários de Saúde”. O objetivo desse estudo é entender e analisar o processo de precarização do trabalho dos ACS, buscando compreender as relações com a política pública de reorganização da atenção básica, a Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa discussão será realizada a partir de entrevistas com os Agentes Comunitários de Saúde do território de Manguinhos/Rio de Janeiro. A seguinte pesquisa faz parte da conclusão do curso técnico de nível médio em gerência em saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz). Você foi selecionado porque é Agente Comunitário de Saúde do município do Rio de Janeiro, na CAP 3.1., no território de Manguinhos, e 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 o Centro de Saúde Germano Sinval Faria, com a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, com a Fundação Oswaldo Cruz ou com a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em uma entrevista com perguntas norteadoras com duração de no máximo 60 minutos. Esta entrevista será gravada para garantir o melhor registro de sua fala, quaisquer informações que possam identificá-lo serão omitidas.

Os riscos relacionados com sua participação se referem à identificação de suas falas ou de sua instituição, mas para minimizá-los eliminaremos quaisquer caracterizações ou dados que possam identificar você ou sua instituição. Por isso, as entrevistas serão transcritas pela própria pesquisadora, e as fitas ficarão em posse da mesma, sendo descartadas quando a pesquisa for finalizada. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.

Os benefícios relacionados com a sua participação estão relacionados com o fortalecimento da discussão sobre a precarização do trabalho do ACS, e talvez, indiretamente com a reformulação da política nacional de atenção básica e a luta dos ACS pela regulamentação do seu trabalho e de sua formação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço institucional do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Diana Carolina dos Santos Teva

Contatos da pesquisadora:

Avenida Brasil, 4365

Manguinhos – Rio de Janeiro

CEP: 21040-900

Tel: 21-3865-9729 (VDEI)

21 3865-9750 (Márcia Valéria Morosini)

21 3865-9759 (Ana Lúcia Pontes)

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa – EPSJV/Fiocruz

Avenida Brasil, 4365

Manguinhos – Rio de Janeiro

CEP: 21040-900

Tel: 3865-9705

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

FICHAS DE CADASTRAMENTO DOS USUÁRIOS

Ficha dos Documentos (frente e verso)

DOCUMENTOS											
IDENTIFICAÇÃO DO CIDADÃO	1	Nome do Cidadão	Município de Nascimento	UF	Nacionalidade	Registro da Família					
					<input type="checkbox"/> Brasileiro <input type="checkbox"/> Estrangeiro						
		Pais de Origem	Data de Entrada no Brasil	Número da Portaria	Data de Naturalização	Tipo de Certidão					
						<input type="checkbox"/> Nascimento <input type="checkbox"/> Casamento <input type="checkbox"/> Divórcio <input type="checkbox"/> De Índio					
		Nome do Cartório	Livro	Folhas	Termo	Data de Emissão	Identidade				
	UF	Órgão Emissor	Data de Emissão	CTPS Número	CTPS Série	UF	CTPS Data de Emissão	Título de Eleitor			
	Zona	Seção	CPF	Número do CNS	PIS/PASEP	Nº da Dec. de Nascoido Vivo (DN)		Nº da Declaração de Óbito (DO)			
	Nome da Mãe	Nome do Pai				Documentos					
						<input type="checkbox"/> Não Possui <input type="checkbox"/> Não Informou					
IDENTIFICAÇÃO DO CIDADÃO	2	Nome do Cidadão	Município de Nascimento	UF	Nacionalidade	Registro da Família					
					<input type="checkbox"/> Brasileiro <input type="checkbox"/> Estrangeiro						
		Pais de Origem	Data de Entrada no Brasil	Número da Portaria	Data de Naturalização	Tipo de Certidão					
						<input type="checkbox"/> Nascimento <input type="checkbox"/> Casamento <input type="checkbox"/> Divórcio <input type="checkbox"/> De Índio					
		Nome do Cartório	Livro	Folhas	Termo	Data de Emissão	Identidade				
	UF	Órgão Emissor	Data de Emissão	CTPS Número	CTPS Série	UF	CTPS Data de Emissão	Título de Eleitor			
	Zona	Seção	CPF	Número do CNS	PIS/PASEP	Nº da Dec. de Nascoido Vivo (DN)		Nº da Declaração de Óbito (DO)			
	Nome da Mãe	Nome do Pai				Documentos					
						<input type="checkbox"/> Não Possui <input type="checkbox"/> Não Informou					
IDENTIFICAÇÃO DO CIDADÃO	3	Nome do Cidadão	Município de Nascimento	UF	Nacionalidade	Registro da Família					
					<input type="checkbox"/> Brasileiro <input type="checkbox"/> Estrangeiro						
		Pais de Origem	Data de Entrada no Brasil	Número da Portaria	Data de Naturalização	Tipo de Certidão					
						<input type="checkbox"/> Nascimento <input type="checkbox"/> Casamento <input type="checkbox"/> Divórcio <input type="checkbox"/> De Índio					
		Nome do Cartório	Livro	Folhas	Termo	Data de Emissão	Identidade				
	UF	Órgão Emissor	Data de Emissão	CTPS Número	CTPS Série	UF	CTPS Data de Emissão	Título de Eleitor			
	Zona	Seção	CPF	Número do CNS	PIS/PASEP	Nº da Dec. de Nascoido Vivo (DN)		Nº da Declaração de Óbito (DO)			
	Nome da Mãe	Nome do Pai				Documentos					
						<input type="checkbox"/> Não Possui <input type="checkbox"/> Não Informou					



Saúde onde
você mora



DOCUMENTOS											
IDENTIFICAÇÃO DO CIDADÃO	4	Nome do Cidadão	Município de Nascimento	UF	Nacionalidade	Registro da Família					
					<input type="checkbox"/> Brasileiro <input type="checkbox"/> Estrangeiro						
		Pais de Origem	Data de Entrada no Brasil	Número da Portaria	Data de Naturalização	Tipo de Certidão					
						<input type="checkbox"/> Nascimento <input type="checkbox"/> Casamento <input type="checkbox"/> Divórcio <input type="checkbox"/> De Índio					
		Nome do Cartório	Livro	Folhas	Termo	Data de Emissão	Identidade				
	UF	Órgão Emissor	Data de Emissão	CTPS Número	CTPS Série	UF	CTPS Data de Emissão	Título de Eleitor			
	Zona	Seção	CPF	Número do CNS	PIS/PASEP	Nº da Dec. de Nascoido Vivo (DN)		Nº da Declaração de Óbito (DO)			
	Nome da Mãe	Nome do Pai				Documentos					
						<input type="checkbox"/> Não Possui <input type="checkbox"/> Não Informou					
IDENTIFICAÇÃO DO CIDADÃO	5	Nome do Cidadão	Município de Nascimento	UF	Nacionalidade	Registro da Família					
					<input type="checkbox"/> Brasileiro <input type="checkbox"/> Estrangeiro						
		Pais de Origem	Data de Entrada no Brasil	Número da Portaria	Data de Naturalização	Tipo de Certidão					
						<input type="checkbox"/> Nascimento <input type="checkbox"/> Casamento <input type="checkbox"/> Divórcio <input type="checkbox"/> De Índio					
		Nome do Cartório	Livro	Folhas	Termo	Data de Emissão	Identidade				
	UF	Órgão Emissor	Data de Emissão	CTPS Número	CTPS Série	UF	CTPS Data de Emissão	Título de Eleitor			
	Zona	Seção	CPF	Número do CNS	PIS/PASEP	Nº da Dec. de Nascoido Vivo (DN)		Nº da Declaração de Óbito (DO)			
	Nome da Mãe	Nome do Pai				Documentos					
						<input type="checkbox"/> Não Possui <input type="checkbox"/> Não Informou					
IDENTIFICAÇÃO DO CIDADÃO	6	Nome do Cidadão	Município de Nascimento	UF	Nacionalidade	Registro da Família					
					<input type="checkbox"/> Brasileiro <input type="checkbox"/> Estrangeiro						
		Pais de Origem	Data de Entrada no Brasil	Número da Portaria	Data de Naturalização	Tipo de Certidão					
						<input type="checkbox"/> Nascimento <input type="checkbox"/> Casamento <input type="checkbox"/> Divórcio <input type="checkbox"/> De Índio					
		Nome do Cartório	Livro	Folhas	Termo	Data de Emissão	Identidade				
	UF	Órgão Emissor	Data de Emissão	CTPS Número	CTPS Série	UF	CTPS Data de Emissão	Título de Eleitor			
	Zona	Seção	CPF	Número do CNS	PIS/PASEP	Nº da Dec. de Nascoido Vivo (DN)		Nº da Declaração de Óbito (DO)			
	Nome da Mãe	Nome do Pai				Documentos					
						<input type="checkbox"/> Não Possui <input type="checkbox"/> Não Informou					



Saúde onde
você mora



Ficha da Criança (frente e verso)

Saúde onde
você mora

Saúde da Família - SUS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - FICHA DA CRIANÇA - MENINA

LEGENDA

Tipo de Aleitamento (AL)
E - Aleitamento Exclusivo
P - LM + Água/Outro Líquido
A - LM + Outro Leite/Aumento
D - Desmame Completo

Vacinas em Dia (VD)
S - Sim
N - Não

Estado Nutricional (EN)
1 - < P01
2 - P01 - < P3
3 - P3 - < P10
4 - P10 - P47
5 - > P47

Atraso Desenvolvimento (AD)
S - Sim
N - Não

Diarréia (DA)
1 - Não
2 - Sim e Não uso/TRO
3 - Sim e uso/TRO

Infecção Resp. Aguda (IRA)
S - Sim
N - Não

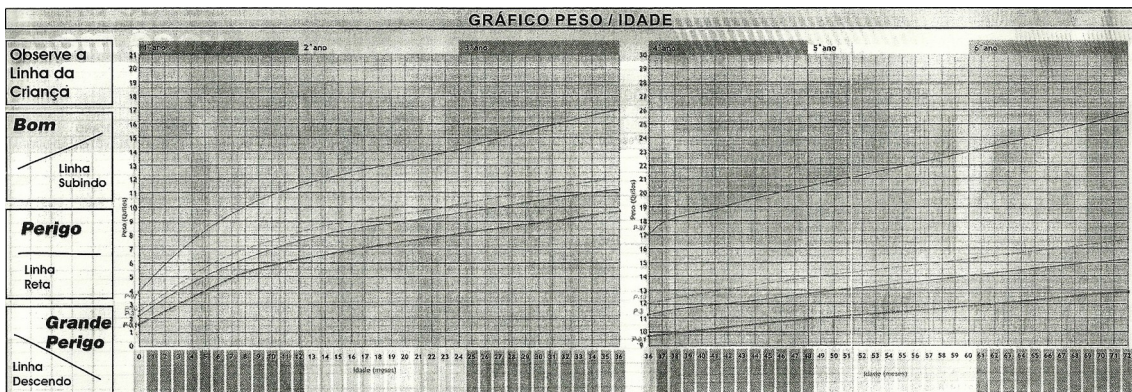
Hospitalização (HS)
S - Sim
N - Não

	1º ANO					2º ANO					3º ANO													
	Peso (g)	AL	VD	EN	AD	DA	IRA	HS	Peso (g)	AL	VD	EN	AD	DA	IRA	HS	Peso (g)	AL	VD	EN	AD	DA	IRA	HS
01									13								25							
02									14								26							
03									15								27							
04									16								28							
05									17								29							
06									18								30							
07									19								31							
08									20								32							
09									21								33							
10									22								34							
11									23								35							
12									24								36							

	4º ANO					5º ANO					6º ANO													
	Peso (g)	AL	VD	EN	AD	DA	IRA	HS	Peso (g)	AL	VD	EN	AD	DA	IRA	HS	Peso (g)	AL	VD	EN	AD	DA	IRA	HS
37									49								61							
38									50								62							
39									51								63							
40									52								64							
41									53								65							
42									54								66							
43									55								67							
44									56								68							
45									57								69							
46									58								70							
47									59								71							
48									60								72							

Nome do Agente/Cadastrador: _____
 Código: _____ Equipe: _____ Microárea: _____ Família: _____ Registro: _____
 Nome da Criança: _____ Registro: _____
 Data de Nascimento: _____ Local de Nascimento: _____
 Nome da Mãe: _____ Registro: _____
 Nome do Pai: _____ Registro: _____
 Endereço: _____ Tipo de Parto: Normal Fórceps Cesárea
 Comprimento (cm): _____ Per. Cefálico (cm): _____ Peso ao Nascer (g): _____ Apgar 5: _____ Data do Teste do Pezinho: _____
 Observações: _____

PREFEITURA
SAÚDE



ESQUEMA BÁSICO DE VACINAÇÃO

AO NASCER	12 MESES
BCG (Contra formas graves de tuberculose) Anti-Hepatite B - 1ª Dose	Triplice Viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola) - 3ª Dose
1 MES	15 MESES
Anti-Hepatite B - 2ª Dose	Sabin (Contra paralisia infantil) - Reforço DPT (Difteria, Tétano e Coqueluche) - 1ª Reforço
2 MESES	DE 4 A 6 ANOS
Sabin (Contra paralisia infantil) - 1ª Dose Tetravalente (DPT+HB) - 1ª Dose (Contra difteria, tétano, coqueluche e anti-hemofílicos) Rota Virus	Triplice Viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola) - Reforço DPT (Difteria, Tétano e Coqueluche) - 2ª Reforço
4 MESES	A CADA 10 ANOS
Sabin (Contra paralisia infantil) - 2ª Dose Tetravalente (DPT+HB) - 2ª Dose (Contra difteria, tétano, coqueluche e anti-hemofílicos) Rota Virus	Dupla Adulto (Contra Difteria e Tétano)
6 MESES	OBSERVAÇÃO
Sabin (Contra paralisia infantil) - 3ª Dose Tetravalente (DPT+HB) - 3ª Dose (Contra difteria, tétano, coqueluche e anti-hemofílicos) Anti-Hepatite B - 3ª Dose	Vacina Anti-Hepatite B: * em RN < ou = 2000g ou < ou = 34 semanas de idade gestacional fazer sempre esquema vacinal de 0, 1, 2 e 6 meses e se a mãe for HbsAg+, fazer também a IGHAB (Imunoglobulina). * RN de mãe HbsAg+ e HIV+ fazer vacina (de acordo com o proposto para o peso e idade gestacional) e IGHAB em todas as crianças.

ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO

APÓS O NASCIMENTO	5 A 6 MESES	19 MESES A 2 ANOS
O bebê deve começar a mamar logo após o nascimento. Amamentar logo após o nascimento é muito importante para a saúde do bebê e da mãe contribuindo para o vínculo entre mãe e filho. O bebê gosta de ouvir a mãe falar e cantar enquanto cuida dele. Ele já consegue demonstrar sinais de prazer e desconforto.	O bebê já vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro.	A criança já corre e/ou sobe degraus baixos.
1 A 2 MESES	7 A 9 MESES	2 A 3 ANOS
O bebê já responde ao sorriso.	O bebê já fica sentado sem apoio.	A criança já diz seu nome e nomeia objetos como sendo seus.
3 A 4 MESES	10 A 12 MESES	3 A 4 ANOS
O bebê já fica de bruços, levanta a cabeça e ombros.	O bebê engatinha ou anda com apoio.	A criança veste-se com adulto.
13 A 18 MESES	4 A 6 ANOS	
A criança já anda sozinha.	A criança já conta ou inventa pequenas histórias.	



Saúde onde
você mora

PREFEITURA
SAÚDE

