

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Tereza Cristina Oliveira da Silva

DESAFIOS ATUAIS DAS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE EM RECIFE E
SALVADOR

Rio de Janeiro

2023

Tereza Cristina Oliveira da Silva

DESAFIOS ATUAIS DAS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE EM RECIFE E
SALVADOR

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio-Fiocruz, como
requisito para obtenção do título de mestre em
Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Márcia Valéria
Guimarães Cardoso Morosini

Coorientadora: Prof. Dra. Angélica Ferreira
Fonseca.

Rio de Janeiro

2023

Catálogo na Fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

S586d Silva, Tereza Cristina Oliveira da
 Desafios atuais das agentes comunitárias de
 saúde em Recife e Salvador / Tereza Cristina
 Oliveira da Silva. - Rio de Janeiro, 2023.
 112 f.

 Orientadora: Márcia Valéria Guimarães Cardoso
 Morosini.

 Coorientadora: Angélica Ferreira Fonseca.

 Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
 Profissional em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz,
 Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio,
 2023.

 1. Agentes Comunitários de Saúde. 2. Atenção
 Primária à Saúde. 3. Estratégia Saúde da Família.
 4. Trabalho. 5. Precarização do Trabalho.
 I. Morosini, Márcia Valéria Guimarães Cardoso.
 II. Fonseca, Angélica Ferreira. III. Título.

CDD 362.10425

Tereza Cristina Oliveira da Silva

DESAFIOS ATUAIS DAS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE EM RECIFE E
SALVADOR

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio-Fiocruz, como
requisito para obtenção do título de mestre em
Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em 14/12/2023

BANCA EXAMINADORA

Márcia Teixeira (Fiocruz/ENSP)

Filipina Chinelli (Fiocruz/EPJSV)

Márcia Valéria Morosini (Fiocruz/EPJSV)

AGRADECIMENTOS

Gostaria primeiramente de agradecer ao Olorum, na mitologia Yourubá e de algumas religiões de matriz africana é considerado Deus onipotente e aos meus guias espirituais por terem me permitido chegar até esse momento tão desejado. Agradecer imensamente pelas minhas orientadoras as quais são minhas referências de pesquisa desde a Residência em Saúde Coletiva; que sorte a minha! O que falar dessas duas professoras as quais as admiro tanto e ao longo desses dois anos nutri afeto, gratidão e um aprendizado imenso? Gratidão professoras Márcia Valéria Morosini e Angélica Fonseca (amo vocês). O amor é um ato revolucionário, cantado na voz de Chico César. Através das minhas orientadoras agradecer a todo corpo docente da escola com quem tive o privilégio de ampliar o meu saber. “Conhecimento é algo que ninguém tira de você”. Gostaria de agradecer à Escola Politécnica Joaquim Venâncio/FIOCRUZ por terem acreditado no meu projeto de pesquisa, instituição essa a qual sonhava há 10 anos fazer parte do mestrado. Esse dia chegou! Gratidão por ter feito parte do Projeto de Pesquisa Precarização do Trabalho na Atenção Primária à Saúde à convite das minhas orientadoras, espaço de muito aprendizado e por saber que existem tantas e tantos camaradas comprometidos e envolvidos por um SUS universal.

Agradecer também ao Coletivo Burum nas pessoas de Adelany, Juerlani, Elaine, Jurema, Nathália e Sabrina as quais se tornaram para além de um coletivo de estudos se tornaram amigas. Passávamos horas estudando aos fins de semana e mesmo diante de aulas em modelo remoto não perdemos a ternura nem a empatia e solidariedade uma com a outra. Fomos, LITERALMENTE, rede de apoio e tivemos nosso momento de encontro pessoal em 2022 (parecíamos que nos conhecíamos há anos de tantas afinidades e conversas noite adentro). Agradecer também aos demais colegas da turma do mestrado com quem tive momentos riquíssimos de trocas de saberes. Gratidão turma EPSJV/FIOCRUZ 2021.

Gratidão à minha terapeuta Cláudia Costa por ter me dado um suporte tão essencial nessa trajetória, fez toda diferença pra seguir em frente. Agradecer a uma rede de apoio ímpar na minha vida: Antonio D’Lima, Thyago Penalva, Angela Rodrigues, Aline Lira, Velluma, Gabriela, Dani de Paula, Klaverlane, Taciana, Jayne, Mirella, Juliana, Carla Miranda, Áurea Lima, Raline Santana. Gratidão imensa a Marcionita Batista e Letícia Santana, duas amigas em especial forjadas na militância e sempre presente nas minhas batalhas. Agradecer também as minhas primas queridas Tereza Crisóstomo e Anny Lima, ao meu professor do curso de inglês Dan Oliveira por ter me destravado na língua inglesa e pelo apoio na escrita do resumo da dissertação em inglês.

Gratidão imensa as minhas queridas e queridos alunos e alunas Agentes Comunitárias de Saúde da turma do Curso técnico Saúde com Agente, Pólo Paulista-PE a qual fui preceptora e mais aprendi do que ensinei. Que turma comprometida com o SUS!

E por fim, mas não menos importante, agradecer à minha família: dona Alda, minha mãe e Paulo Henrique, meu primo com quem tem me ensinado a ressignificar o cuidado e o afeto.

O momento é de gratidão e fechamento de mais um ciclo acadêmico e quiçá que venha um doutorado.

“A única saída que eu encontrei para superar alguns problemas foi ser a primeira aluna da sala. É aquela história, ela é pretinha, mas é inteligente”.

(Lélia Gonzalez)

RESUMO

Esta dissertação discute a configuração do trabalho das ACS na APS, nos municípios de Recife e Salvador, com enfoque nas mudanças produzidas a partir da PNAB 2017 e da pandemia de Covid -19. Analisaram-se as entrevistas realizadas com Agentes Comunitárias de Saúde de Recife e Salvador, no âmbito da pesquisa “Desafios do Trabalho na Atenção Básica à Saúde na Perspectiva dos Trabalhadores”, apoiado pelo Edital do Programa de Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão do Sistema e dos Serviços de Saúde da Vice-Presidência de Pesquisas e Coleções Biológicas da Fundação Oswaldo Cruz (Edital Fiocruz/VPPCB/PMA 2020). As entrevistas foram separadas por categorias no contexto geral e da pandemia da Covid-19, abrangendo: condições de trabalho, forma de contratação e direitos trabalhistas, reivindicações e pauta de luta, tomada de decisão, número insuficiente de ACS e concepções sobre o que é trabalho e papel da ACS. Foi possível identificar que as ACS vêm enfrentando diversos desafios e fragilidades no seu trabalho, como a falta de reconhecimento profissional, a precarização das condições de trabalho, a insuficiência de formação e de educação permanente, a multiplicidade e a complexidade das atividades, a pressão por resultados, a redução do número de ACS por equipe e a exposição a riscos sanitários e sociais.

Palavras-chave: Agentes Comunitárias de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Trabalho em Saúde. Precarização.

ABSTRACT

This thesis examines the configuration of the work of Community Health Agents (ACS) in Primary Health Care (APS) in the cities of Recife and Salvador, with a focus on the changes brought about by the PNAB 2017 and the Covid-19 pandemic. Interviews conducted with Community Health Agents from Recife and Salvador were analyzed as part of the research project "Challenges of Work in Primary Health Care from the Workers' Perspective," supported by the Public Policy Program and Models of Care and Management of the Health System and Services of the Vice-Presidency of Research and Biological Collections of the Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz/VPPCB/PMA 2020 Announcement). The interviews were categorized by themes within the general context and the Covid-19 pandemic, covering: working conditions, forms of hiring and labor rights, demands and agenda for struggle, decision-making, insufficient number of ACS, and concepts about what work is and the role of ACS. It was identified that ACS have been facing various challenges and weaknesses in their work, such as lack of professional recognition, precarious working conditions, insufficient training and continuous education, the multiplicity and complexity of activities, pressure for results, reduced number of ACS per team, and exposure to health and social risks.

Keywords: Community Health Agents. Primary Health Care. Family Health Strategy. Health Work. Precarization.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agente Comunitária de Saúde

ADAPS - Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária

APS - Atenção Primária à Saúde

BM - Banco Mundial

CaSAPS - Carteira de Serviços para a APS

CEB's - Comunidades Eclesiais de Base

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

CEREST - Centros de Referência em Saúde do Trabalhador

CONACS - Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNTSS/CUT - Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social

Covid-19 – Coronavírus

eAP – Equipe de Atenção Primária

EC - Emenda Constitucional

EPSJV - Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio

eCR - Equipes de Consultório na Rua

EqSF - Equipe de Saúde da Família

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ESF - Estratégia Saúde da Família

ESPPE - Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

FMI – Fundo Monetário Internacional

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MPS - Ministério da Previdência Social

MS - Ministério da Saúde

MOPS – Movimento Popular de Saúde

NASF- AB – Núcleo Ampliado de Saude da Família e Atenção Básica

NGP – Nova Gestão Pública

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCCV – Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos

PMAQ -AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PMS – Plano Municipal de Saúde
PNAB - Programa Nacional da Atenção Básica
PET-Saúde - Programa pela Educação no Trabalho
PSF - Programa Saúde da Família
REDA - Regime Especial de Direito Administrativo
SRAG - Síndrome Respiratória Aguda Grave
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
SINDACS - Sindicato Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TCC - Trabalho de Conclusão de Curso
TCR - Trabalho de Conclusão de Residência
USF - Unidades de Saúde da Família
OSs - Organizações Sociais
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan Americana da Saúde
UHC - Universal Health Coverage
UPE – Universidade de Pernambuco

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
1 INTRODUÇÃO.....	15
2 CAPÍTULO 1 - BASES DO ENTENDIMENTO SOBRE APS, ACS, TRABALHO E PRECARIZAÇÃO.....	20
2.1 - A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ENFOQUE EM DISPUTA.....	20
2.2 - A AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE.....	26
2.3 - TRABALHO EM SAÚDE.....	33
2.4 - PRECARIZAÇÃO.....	35
3. CAPÍTULO 2 - SOBRE A PESQUISA: O CAMPO, OS ASPECTOS METODOLÓGICOS E OS SUJEITOS.....	41
3.1 - CONFIGURAÇÕES DA PESQUISA.....	41
3.2 – ASPECTOS METODOLÓGICOS E ÉTICOS.....	41
3.3 – O CAMPO E OS SUJEITOS DA PESQUISA.....	43
3.3.1 – A APS e as agentes comunitárias de saúde de Recife.....	43
3.3.2 – A APS e as agentes comunitárias de saúde de Salvador.....	46
4. CAPÍTULO 3 – DISCUSSÃO E RESULTADOS.....	50
4.1 - SOBRE O PERFIL DAS ENTREVISTADAS.....	50
4.2 - CONDIÇÕES DE TRABALHO.....	51
4.3 - DIMINUIÇÃO DO NÚMERO DE AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE NAS EQUIPES.....	55
4.4 - CONDIÇÕES DE TRABALHO NA PANDEMIA DA COVID 19.....	61
4.5 - FORMAS DE CONTRATAÇÃO E DIREITOS TRABALHISTAS.....	68
4.6 - FORMA DE CONTRATAÇÃO E DIREITOS TRABALHISTAS NA PANDEMIA DA COVID – 19.....	69
4.7 - REIVINDICAÇÕES, PAUTA DE LUTA.....	71
4.8 - TOMADA DE DECISÃO.....	73
4.9 - CONCEPÇÕES SOBRE O QUE É TRABALHO E PAPEL DA ACS.....	75
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
REFERÊNCIAS.....	83
ANEXO 1- PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA -CEP.....	100
ANEXO 2- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	105
ANEXO 3- ROTEIRO DA ENTREVISTA.....	109

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação recupera a relação prévia da pesquisadora com a categoria profissional das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), construída desde a graduação em Serviço Social na Universidade Federal de Pernambuco. Nesta época foi vivenciada a oportunidade de estagiar no Programa pela Educação no Trabalho (PET-Saúde), junto com outros estudantes da área da saúde, em duas Unidades de Saúde da Família (USF's) no município de Recife. Além disso, na fase de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foi abordada a atuação das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) em um Conselho Distrital de Saúde, espaço fundamental do exercício do controle social, no qual as ACS se destacavam por sua participação crítica.

Pouco depois, na pós-graduação, no curso de Residência Multiprofissional em Saúde Mental na Universidade de Pernambuco (UPE), observou-se que entre o campo da Saúde Mental e a Atenção Básica havia uma aproximação na linha de cuidado em saúde e na abordagem social, tanto do Serviço Social, quanto no trabalho da categoria ACS. Nesse ínterim, evidenciou-se o quanto as ACS têm conhecimento sobre educação em saúde, sobre o cuidado no território, sensibilidade na interação com os usuários, capacidade de compreender situações de vida e, a partir daí, formular demandas sociais promovendo uma articulação direta com o Serviço Social.

Nos anos seguintes, em outra pós-graduação, no curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva na Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE), acompanharam-se os debates das pré-conferências de saúde municipais e estaduais e, durante dois meses, em uma atividade denominada 'territorialização', atuou-se em conjunto com as ACS na elaboração de um "mapa falante", que vem a ser o mapeamento de uma área de abrangência de saúde da família, identificando características das populações, estruturas institucionais (públicas e privadas) e dinâmicas espaciais. O objetivo foi conhecer a rede e identificar as potencialidades.

Não somente o poder de mobilização política da categoria ACS converge com o ideário político do Serviço Social, como também campo de estudo e o campo de prática. No processo de trabalho, destaca-se a busca por soluções para as demandas sociais e familiares atribuídas a ambas as categorias. O Serviço Social no campo da saúde aproxima-se da categoria das ACS justamente por termos em nossa formação o comprometimento em resolver e buscar solucionar as demandas que chegam na USF. Ambas as categorias profissionais são comprometidas e

envolvidas com a participação e o controle social nas comunidades, incentivando os usuários a serem atores atuantes em suas reivindicações. Tanto as Assistentes Sociais quanto as Agentes Comunitárias de Saúde desempenham um elo de diálogo muito estreito com os usuários no que se refere na busca pelo acesso à informação e por direitos sociais. Ambas as categorias têm em sua formação política a luta por seus direitos trabalhistas, lutas essas de forma coletiva e ancoradas nas representações coletivas, como sindicatos e associações.

No campo específico da pesquisa, foi realizado o Trabalho de Conclusão da Residência (TCR), abordando o tema: o Processo de Trabalho das ACS na tomada de decisão sobre Pagamento por Desempenho no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) no município de Garanhuns-PE.

Ao ingressar no mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), deu-se a oportunidade de aproximar-se das ACS novamente. Passou-se a compor o grupo de pesquisa: Desafios do Trabalho na Atenção Primária em Saúde na Perspectiva dos Trabalhadores. Buscou-se atentar para as implicações para essa categoria (ACS) das mudanças nas políticas de saúde, em especial após a PNAB 2017. Acredita-se que fragilizar as Agentes Comunitárias de Saúde faz parte das estratégias de desmobilização social, na luta por direitos. Logo, dar continuidade às pesquisas abordando os atuais desafios colocados a essas profissionais da saúde, agentes históricas na construção da Atenção Básica no Brasil, tornou-se ainda mais urgente.

Entende-se que as mudanças em curso na APS têm repercutido em aumento da precarização do trabalho, somando-se às situações relativas à predominância do gerencialismo como modo de gestão dos serviços e do trabalho em saúde. Do mesmo modo, a ampliação da presença dos interesses de mercado, privatizantes, na disputa pelas políticas voltadas para a APS também têm afetado a configuração do trabalho e os trabalhadores. É de suma importância, portanto, identificar e compreender os desafios colocados para esses trabalhadores nesse contexto em transformação, como também como foram vividos os problemas decorrentes da pandemia de Ccovid-19.

Dada a relevância do trabalho dos ACS e sua estreita relação com o modelo de atenção para a APS, considera-se necessário saber quais os desafios encontrados para o trabalho das ACS. No escopo desta dissertação, enfocou-se o trabalho das ACS nos municípios do Recife e de Salvador. As indagações da pesquisa buscaram investigar: insatisfações da categoria; como está a situação dos direitos trabalhistas nos locais da pesquisa; as condições de trabalho, as relações no trabalho, mudanças decorrentes da pandemia Covid - 19, as atribuições, atividades

e relação com o território e usuários e as experiências de enfrentamento - formas de organização e práticas de resistência e como percebem o trabalho de agente comunitária.

1. INTRODUÇÃO

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi implantado em 1991 por iniciativa do Ministério da Saúde (MS), visando o campo da Atenção Primária à Saúde (APS), com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento da municipalização e do próprio Sistema Único de Saúde. Desse modo, este apontava para a promoção da extensão de cobertura do sistema público de saúde à população residente em meio rural e nas chamadas periferias urbanas, com centralidade para o grupo materno-infantil. Apoiava-se no trabalho do Agente Comunitário de Saúde como um trabalhador capaz de realizar ações de educação em saúde, orientação e monitoramento de grupos específicos, como as gestantes e puérperas, incentivo ao pré-natal, ao aleitamento materno, controle da desnutrição, acompanhamento do desenvolvimento infantil, ampliação da cobertura vacinal e difusão da terapia de reidratação oral etc.

Ainda nesta década, por meio da Norma Operacional Básica em 1996, foi instituído o Piso da Atenção Básica (PAB), onde o PACS e o PSF passaram a contar com recursos financeiros regulares que permitiram o seu desenvolvimento. No ano seguinte, o trabalho do ACS passa a contar com a definição de suas atribuições na Portaria 1886 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1997) e, na década seguinte, em 2002, a profissão de ACS é regulamentada pela Lei 10507, até hoje, um marco histórico para a categoria. Em 2006, com a publicação da Política Nacional de Atenção Básica, o PACS e o PSF passam a integrar a Estratégia Saúde da Família e assumem o caráter de reestruturação do modelo de atenção, a partir da Atenção Básica. Essa estratégia foi configurada “como porta preferencial para o acesso aos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) sendo o seu núcleo formado por pelo menos uma equipe multiprofissional composta de um médico, uma enfermeira e quatro agentes comunitários da saúde” (FAUSTO, ALMEIDA e BOUSQUAT, 2018, p.57).

À priori, em diversos países, o perfil social do trabalhador comunitário em saúde foi estabelecido numa perspectiva de atender as demandas em saúde no território, ou comunidades específicas, e de que o trabalhador também fosse um morador do lugar. Este trabalhador passou a ter uma dupla função de atuação profissional e estratégica “com conhecimento técnico e das práticas sanitárias para grupos específicos [...] seu trabalho é dimensionado em função das concepções de saúde, do modelo de atenção e do projeto de sistema de saúde que efetivamente se implantam em cada realidade nacional, em cada conjuntura” (FONSECA e MOROSINI, 2018, p. 210). O ACS no Brasil é uma expressão particular desse grupo de trabalhadores

comunitários cuja atuação se faz no âmbito de uma política pública, nos territórios abrangidos pela Estratégia Saúde da Família (FONSECA, MOROSINI e MENDONÇA, 2013).

Com a promulgação da Lei 10.507 (BRASIL, 2002) que criou a profissão de ACS definiu o SUS como âmbito exclusivo para o seu exercício profissional, o que já se dava na prática. Desde 2006, o trabalho desses trabalhadores da saúde tem como referência a lei nº 11.350 (BRASIL, 2006), modificada em 2018 pela Lei nº 13.595 (BRASIL, 2018), cujas disposições abrangem os pré-requisitos para a profissão e suas atribuições.

Segundo Samudio et al (2017) lembram as dimensões técnica e política do trabalho dos ACS, remetendo-se aos auxiliares de saúde do final da década de 1970, como parte de sua identidade historicamente construída:

a identidade do ACS tem suas raízes históricas. Desde a proposição do auxiliar de saúde, em 1976, com graus variados da ênfase, identificam-se duas dimensões principais da sua proposta de atuação: uma estritamente técnica, relacionada ao atendimento aos indivíduos e às famílias, à intervenção para prevenção de agravos ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos; outra mais política, não apenas de solidariedade e inserção da saúde no contexto geral de vida, mas no sentido de organização e participação da comunidade (2017, p.759).

Inclusive, Rocha, Barletto e Bevilacqua (2013) destacam as incertezas em torno da consolidação profissional do ACS, descrevendo-o como um ator importante para a efetiva concretização da ESF. Eles apontam ainda para a composição majoritariamente feminina da categoria:

Apesar da ESF ser apontada em diferentes cenários e debates como o modelo privilegiado de concretização da proposta do SUS, garantindo universalidade do acesso e deslocando o foco da atenção hospitalocêntrica, elegendo a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem na atenção à saúde, a efetiva concretização dessa política ainda encontra dificuldades operacionais básicas, a exemplo das incertezas em torno da consolidação profissional de um ator importante da equipe da saúde da família: os agentes comunitários. Somem-se a isso, as formas diferenciadas de seleção e contratação desses profissionais experimentadas pelos municípios brasileiros, o que acaba conformando um perfil próprio e singular de profissionais. A esse respeito, um aspecto significativo que caracteriza a maioria, se não todas, as equipes de saúde existentes no país, é o fato de a maioria dos ACS ser do sexo feminino (ROCHA, BARLETTO, BEVILACQUA, 2013. p. 849).

Conforme argumenta Garcia *et al* (2018), o fato de a ACS residir no território onde atua o coloca em um papel de destaque na promoção do cuidado aos usuários do seu território adscrito, devido à possibilidade de construção de um elo de confiança por fazer parte do processo cotidiano dos moradores. Dessa forma, a ACS é uma trabalhadora de suma importância por conhecer e identificar as demandas de saúde e sociais *in loco*.

Se no modelo de uma APS integral, representada pela ESF, a atenção deve se pautar no conceito ampliado de saúde, compreendendo a determinação social do processo saúde-doença,

enxergando o usuário como um todo, como também em suas particularidades, prestando o cuidado adequado, tendo como base as especificidades do território sanitário, a ACS tem um lugar de destaque. Na perspectiva de conhecer e atender as demandas da clientela adscrita, a ACS cumpre um papel estratégico, responsável por estabelecer a ligação entre os usuários e a USF. Por isso, “trata-se de um profissional com papel decisivo na reorientação e expansão da Atenção Básica no Brasil, considerado como ‘nuclear’ ou como ‘elo’ entre o sistema de saúde e a comunidade” (GARCIA et al, 2018, p. 607). Autores como MACIEL et al valorizam essa concepção e destacam que “as atribuições do ACS incluem a competência cultural e a orientação comunitária, tendo a educação em saúde como o eixo principal do trabalho nos diversos territórios” (MACIEL et al., 2020, p. 4187).

Convém lembrar, que a Atenção Primária à Saúde (APS) é um modelo de atenção que foi aderido por muitos países a partir da década de 60, tanto do continente europeu quanto em países periféricos. Nos primeiros apresentam-se como “serviços ambulatoriais de primeiro contato integrados a um sistema de saúde universal” e, nos “países periféricos”, desenvolveu-se como um modelo “seletivo, focalizado e de baixa resolutividade” (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008, p. 576). A APS surge como uma estratégia de organização dos sistemas de saúde numa perspectiva econômica para que se diminua a ida dessa população aos hospitais, locais estes com enfoque centrado num modelo biomédico, individualizado e curativista (FAUSTO e MATTA, 2007, p.44).

No Brasil, a articulação de atores da academia, dos movimentos sociais e de profissionais do SUS tem defendido uma APS forte e integral. Para isso são eixos fundamentais a participação social, o processo de valorização do território e do ambiente, a integralidade associada à determinação social do processo saúde-doença. Essa concepção buscou materializar-se na ESF “modelo de base territorial e comunitária”, com as equipes de saúde da família articuladas aos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF- AB) como sua estrutura organizativa fundamental (Rede de Pesquisa em APS, 2022, p.4).

Percebe-se assim que a APS está imbricada num contexto de disputa econômico, político e social e não deixa de ser fruto de interesses tanto para o setor público quanto o privado. É uma temática colocada em pauta na sociedade, na academia, e, a depender de seu contexto histórico, em maior ou menor escala. Como afirmam Fonseca, Morosini e Mendonça (2013, p. 526), “a APS tem se mantido como um espaço rico de debates que ganham maior ou menor destaque em certos contextos, mas estão sempre presentes”.

No Brasil, no âmbito do SUS, atribui-se à Atenção Primária à Saúde, por meio da ESF, papel central na reorganização da rede de atenção à saúde. Suas principais atribuições foram assim definidas:

(...) ser porta de entrada do sistema de serviços de saúde; oferecer serviços com boa infraestrutura e qualidade bem integrados à rede assistencial; exercer um cuidado contínuo ao longo do tempo, com capacidade para resolver a maioria das necessidades de saúde da população; definir e orientar o caminho do usuário na rede de serviços com base nas necessidades de saúde; realizar a coordenação do cuidado considerando os fluxos estabelecidos; responsabilizar-se pela população de seu território, incentivar a ação comunitária e mediar ações intersetoriais para ampla abordagem dos determinantes sociais e promover a saúde (BRASIL, 2006).

A designação de Atenção Básica, termo utilizado no país como sinônimo de Atenção Primária à Saúde, foi utilizada no Brasil fruto de um projeto político ideológico vindo do movimento da Reforma Sanitária a qual participou do processo de construção do SUS com o intuito de que ela “buscou distanciar-se de uma atenção primária seletiva de cesta restrita e focalizada, com o objetivo de construir um sistema público universal em uma concepção de cidadania ampliada” (GIOVANELLA, 2018, p. 34). O MS adotou essa designação – AB - para nomear as políticas públicas de saúde direcionadas à reorientação do modelo de atenção no país. (DALLA VECCHIA, 2012, p.93)

Visto que o SUS teve sua implantação iniciada em 1990, através da publicação da Lei Orgânica da Saúde – LOS (lei 8080/90) (BRASIL, 1990), tendo como objetivo central garantir acesso universal e integral aos serviços de saúde pela população brasileira e em seguida, e por meio da lei 8142/90 (BRASIL, 1990b), numa perspectiva de haver o controle social na saúde incluindo como atores importantes nos espaços de participação os usuários dos serviços. Ambas as leis são orientadoras também das políticas voltadas para o desenvolvimento da Atenção Básica.

Tornando-se prioritária na agenda do SUS e a sua principal porta de entrada, a AB experimentou um aumento significativo da cobertura populacional, caracterizado pela ampliação no número de Unidades de Saúde da Família, de profissionais e na oferta de ações programáticas, impulsionando a estruturação dos sistemas municipais de saúde. Seu desenvolvimento se deu, entretanto, com precarização do trabalho e foi afetado pelo processo de subfinanciamento do SUS, assim como, pelas tensões geradas pelas disputas entre a perspectiva da saúde como direito e os interesses de mercado no setor.

O papel do ACS nesse campo de tensões tem se revelado um indicador das tendências que as políticas voltadas para a APS adotam, conforme analisam Morosini e Fonseca (2018, p. 263):

Aqui, trataremos o trabalho do ACS como um indicador sensível das disputas que se colocam no campo da APS quanto ao modo de compreender o processo saúde-doença; o que é objeto da atenção à saúde; a definição do escopo e da abrangência dos serviços e das ações; assim como a configuração das práticas e do processo de trabalho.

2. CAPÍTULO I – BASES DO ENTENDIMENTO SOBRE APS, ACS, TRABALHO E PRECARIZAÇÃO.

Neste capítulo, busca-se apresentar as bases teóricas da qual se parte para compreender os temas da APS, das ACS, do trabalho em saúde e da precarização do trabalho.

2.1 - A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ENFOQUE EM DISPUTA

O conceito de Atenção Primária à Saúde foi difundido a partir da Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde em Alma-Ata no ano de 1978 (ALMA-ATA, 1978), a Declaração serviu de parâmetro e impulsionador da APS como um sistema de saúde voltado como um todo, ela abre o conceito de saúde usado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente ausência de doença e enfermidade. É um direito humano fundamental e que a concepção do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais econômicos além do setor saúde.

Nos anos 70 e 80, a OMS desenvolveu o conceito de ‘atenção primária à saúde’, mas depois mudou para uma promoção pragmática da ‘atenção primária seletiva à saúde’, na medida em que complexas mudanças alcançaram a dinâmica intraorganizacional e alteraram a ordem econômica e política internacional (M. BROWN, CUETO, FEE 2006, p.641).

Na década de 1980 e 1990, com a entrada de governos conservadores nos Estados Unidos e Europa, foram adotadas políticas neoliberais conforme defendido pelo Banco Mundial. Contudo desde o final dos anos 1970 o Banco mundial, juntamente com a Fundação Rockefeller, defendiam o enfoque da APS seletiva. (Fonseca; Morosini e Mendonça,2013). Esse enfoque baseava-se na ideia de dupla seleção: por um lado procedimentos com boa relação custo-benefício, especialmente voltados para as doenças infecciosas e, por outro, a população que não tinha condições de adquirir serviços de saúde no mercado (Fonseca; Morosini e Mendonça 2013). Essa ideia vai se transformando e hoje, está na origem da lógica que propõe uma cesta mínima de serviços, um pacote básico, se distanciando da concepção abrangente defendida em Alam Ata e que tinha como horizonte a saúde como direito de todos. A ideia APS ser de responsabilidade dos governos numa perspectiva que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais.

“Em 1979, partindo da crítica ao caráter “irrealista”, do alto custo e da complexidade da atenção primária à saúde (APS), o BM, a Fundação Rockefeller, a Fundação Ford e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) propõem em seu lugar a atenção

primária à saúde seletiva (APSS), uma proposta pragmática baseada em um número limitado de “intervenções seletivas rentáveis” (LIMA, 2015, p.238).

Em países com altos níveis de desigualdade econômica e social, a Atenção Primária à Saúde é uma grande aliada no combate a epidemias. Por suas qualidades, a APS está bem-posicionada para atingir a equidade em sistemas de saúde que podem ser categorizados como desiguais devido à diferença no acesso aos serviços de saúde pela população (MACINKO e HARRIS, 2015). Nesse sentido, conforme os cuidados são colocados no campo da saúde, aumentos adequados podem promover um acréscimo categórico da qualidade de vida assim como na redução das desigualdades de acesso à saúde pública e outros parâmetros epidemiológicos (PAIM et al., 2011; HERNÁNDEZ-AGUADO, CESTEROS E ESTEBAN, 2012).

A Atenção Primária à Saúde é a principal porta de entrada do SUS, ela também é conhecida como Atenção Básica no Brasil. O campo de atuação se configura pela Estratégia de Saúde da Família, a qual cuida dos problemas mais frequentes da população e tem como característica o atendimento a um número de pessoas adscritas no território. O foco na APS é voltado na pessoa e não na doença para melhorar a qualidade de vida daquela população. Tem como objetivo os princípios da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da humanização, participação da comunidade e se permite ao acesso do usuário na Unidade de Saúde da Família, espaço principal na linha de cuidado. A APS refere-se a um conjunto de práticas em saúde, individuais e coletivas, que no Brasil, durante o processo de implementação do Sistema Único de Saúde, passou a ser denominado de Atenção Básica à Saúde. Nos dias atuais, a APS é considerada internacionalmente a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012, p. 493).

No SUS a concepção de APS foi entendido como os serviços pobres para pobre o que estava e ainda está longe do que define o princípio doutrinário da integralidade. Para se diferenciar desta ideia a Política Nacional de Atenção Básica, a PNAB (BRASIL,2006), estabelecida em 28/03/2006 institucionalizou a saúde da família como estratégia e definiu a Atenção Básica 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, ou seja, o serviço abrangente bem longe da opção política expressa no discurso institucional reconhece a Atenção Básica como algo fundamental primeiro ou primordial.

Após 40 anos da Declaração de Alma Ata, em outubro de 2018, no Cazaquistão, foi realizada a Conferência em Astana. O evento propôs que a APS deveria ser responsabilidade dos governos e da sociedade e que ambos deveriam priorizar a saúde e o bem-estar tanto no nível individual quanto por meio de sistemas de saúde fortalecidos. De acordo com Fonseca, 2018

A Conferência de Astana deve ser pensada como um evento político que recoloca em cena tensões sobre os sentidos da APS, reconhecida como estratégia fundamental, eficaz e efetiva, para o alcance de melhores níveis de saúde. Pode-se dizer que o reconhecimento tanto dos avanços concretamente alcançados pelos países quanto da distância entre o potencial e o realizado foram bases para recompor o compromisso em torno da APS (Fonseca, 2018,p.1)

Diversos países reconhecem a importância e a centralidade do sistema de saúde, mas não as colocam em prática, com isso, a APS, passou a sofrer diversas interpretações dentre elas a chamada APS seletiva que escolhe um grupo limitado de serviços dirigidos às populações pobres como uma estratégia de reorientação de sistemas e serviços de saúde, gerando um alto impacto para enfrentar os desafios mais prevalentes no país.

Segundo Giovanella et al (2019), ao analisar o contexto político e econômico em que o Brasil e o mundo se depara após os 40 anos de Alma Ata, a autora nos sinaliza sobre as implicações colocadas a garantia de uma APS integral sob os auspícios da Fundação Rockefeller e do Banco Mundial ao citar a cobertura financeira da saúde imbuída da redução do papel do Estado e deixando em aberto a responsabilidade por essa transferência de recurso, se pelo setor público ou privado, com isto, adotando o termo Cobertura Universal a qual coloca uma reedição da APS seletiva.

Cobertura universal, segundo Cueto (2018, p. 846-847):

Criaria as condições para a única dimensão igualitária numa sociedade liberal: a igualdade de oportunidades [...] não se contrapunha às desigualdades sociais gerais e às grandes disparidades na distribuição da renda. Pelo contrário, era – idealmente – a base de uma meritocracia legítima, com desigualdades sociais. Esse ideal liberal de meritocracia, além de ser inalcançável, na realidade procura disfarçar injustiças sociais.

Conforme Fonseca (2019) nos permite observar a importância e o marco histórico da Conferência de Astana, porém, mesmo diante dos esforços e debates ocorridos em torno do evento numa perspectiva de dar continuidade sobre a importância da APS integral de direito universal que fosse regulamentada e mantida pelo Estado os serviços públicos de saúde tão cara

na Conferência de Alma Ata, 40 anos depois, dentro do contexto de desmonte da saúde, da contrarreforma, de políticas de austeridade fiscal, com governos de cunho neoliberal, como debater a APS de cobertura universal expressão conhecida em inglês como Universal Health Coverage-UHC, sem que se distancie da saúde como um direito ampliado? Visto que a UHC é uma releitura da APS seletiva nos moldes neoliberais.

Segundo Barros et al (2022), ao analisar a evolução e estrutura da APS no Brasil, entre os anos de 2008 até 2019, houve aumento do número de equipes e de acesso aos serviços de saúde. Em contrapartida, aliada a uma dotação mínima de recursos financeiros para garantir as estruturas necessárias ao bom funcionamento das diversas unidades na APS. “Esta limitação orçamentária pode gerar precarização do trabalho nestas unidades, com possível efeito sobre o processo de trabalho exercido pelos profissionais na APS” (p. 4299, 2022).

No que tange ao Sistema de Vigilância em Saúde no período da pandemia, o diálogo com a APS e a participação das ACS, segundo Patiño-Escarcina e Medina (2022) no que se refere a documentos oficiais do Ministério da Saúde houve de forma superficial subsídios que norteassem o campo da APS e seus trabalhadores, principalmente em relação ao papel crucial da ACS no território.

A experiência internacional tem mostrado como é essencial a coordenação de ações em âmbito nacional para que se tenha êxito na gestão da crise sanitária. Porém, no caso do Brasil, o governo tem contribuído para a descoordenação e a ineficiência da resposta nacional quando o mais importante seria garantir o respaldo técnico e operacional necessário ao desenvolvimento e à implantação de medidas de contenção da transmissão da doença (Patiño-Escarcina e Medina, 2022, p.127).

Essas reformas estruturais da APS empreendidas pelo Ministério da Saúde nos últimos 4 anos tornaram mais concreto o debate ideológico e político que sempre girou em torno da implantação de um Sistema Único de Saúde e de um processo de Atenção Básica, no sentido de garantir que o SUS esteja ancorado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. De acordo com Morosini, Fonseca e Batista (2020), Giovanella et al. (2020), Anderson (2019), essa mudança representa uma ameaça específica aos pressupostos do SUS e dos modelos de vigilância em saúde, destacando a escolha de modelos biomédicos que enfatizam cuidados quase exclusivamente pessoais e terapêuticos, indicando que o conceito de APS é limitado.

Com o advento da pandemia da Covid-19, disseminada globalmente e que no Brasil tendo seu primeiro caso confirmado pelo Ministério da Saúde em São Paulo no dia 25 de fevereiro de 2020 (BRASIL, 2020) a rede hospitalar do SUS teve que se estruturar para

atender uma demanda populacional acima do esperado e estimado num país onde se tem um subfinanciamento crônico na saúde a ter se mostrado de forma mais agravada a partir da EC 95. Mesmo diante desse fato, o SUS se mostrou uma política pública concretizada e de garantia de direito e acesso ao sistema de forma universal, princípio tão caro e defendido por pesquisadores, trabalhadores da saúde e movimentos sociais.

Em relação à APS, embora não afete diretamente a taxa de letalidade da doença, nas condições adequadas e com a ajuda de pessoal treinado, pode reduzir a incidência de COVID-19 em sua população, adotando ações para reduzir a transmissão em apoio a capacidade da comunidade durante o distanciamento social para monitorar casos leves em isolamento domiciliar para identificar e gerenciar situações vulneráveis e garantir acesso a cuidados de saúde e encaminhamentos durante as fases mais críticas da doença, mantendo cuidados essenciais para outros problemas de saúde, como a hipertensão, diabetes e obesidade, que são considerados fatores de risco para Covid-19 (SARTI et al, 2020).

A primeira onda da Covid-19 no ano de 2020 teve impacto complexo na APS com aumento da demanda, com problemas de fluxo de informações e uma redução na abrangência e longitudinalidade dos serviços. A APS continuou sendo central na organização da resposta à pandemia e se mostrou altamente adaptável, embora na primeira onda a falta de coordenação foi o destaque, e a atenção primária precisou de recursos, equipamentos e treinamento e financiamentos suficientes para atender essa demanda. No Brasil se identificou, no cenário da Covid-19 uma falta de EPI, o início da pandemia, uma falta de estrutura, de internet para estar trabalhando na unidade. Uma característica marcante no país foi a capacidade da criatividade dos profissionais da saúde tomar a iniciativa nas novas demandas de atendimento. “Defender a vida implica encontrar as melhores formas de enfrentar a epidemia no SUS a partir da APS” (GIOVANELLA et al, 2021, p. 751).

Em relação às ações de vigilância, uma questão importante na APS dentro desse cenário da pandemia foi que a categoria ACS não teve uma política que pudesse incorporá-las sem que pudessem contrair o vírus e como elas poderiam estar sendo incorporadas nessa frente de mobilização no território. Não houve um plano de ação, nem uma política clara não implantada a nível nacional. O envolvimento das ACS também é enfatizado durante o processo de trabalho e de adaptação, pois esse profissional é o elo entre o setor saúde e a comunidade. Nos cuidados de saúde primários, esta categoria por ter uma capacidade de expansão no território, de diálogo e aceitação das medidas governamentais pelas populações e comunidades locais. Ao nível da vigilância e monitoramento de casos, a ACS tem realizado

campanhas de sensibilização, envolvimento da comunidade sobre: estigma da doença, combate às notícias falsas e rastreamento de contatos (MACIEL et al, 2020).

Nessa perspectiva, no ano de 2022, a Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Rede APS da ABRASCO -, em parceria com a Organização Pan Americana (OPAS), lançou uma agenda estratégica com o intuito de fazer reflexões acerca dos ataques sofridos a APS e o quanto o SUS de forma significativa, vem sofrendo diversos retrocessos a exemplo: subfinanciamento crônico, extinção do NASF e a importância do profissional matriciador junto as equipes de ESF, extinção do PAB fixo, subfinanciamento do repasse de recurso para as equipes através do Programa Previne Brasil, destruição da composição da equipe nas USF descaracterizando os vínculos construídos em comunidades os transformando em equipes de plantonistas com o Programa Saúde na Hora, diminuição das ACS, acarretando a diminuição do acesso dos usuários ao SUS, indo de encontro a privatização. Em suma, a lógica da APS colocada desde a PNAB 2017 se apresenta com características de um SUS restrito, seletivo e para pobres.

Mediante todo esse processo histórico de construção do SUS no Brasil, nos deparamos o quanto a APS, principalmente com essas novas configurações tem interferido no processo de trabalho da Agente Comunitária de Saúde.

Essa trabalhadora se depara mediante a conjuntura neoliberal a qual coloca o papel do Estado com medidas restritivas de direitos sociais e trabalhistas ao abrir para o setor privado através do gerencialismo a precarização dessa trabalhadora a exemplo da retirada do direito ao trabalho concursado passando a ser regido por diversas formas de contratações trabalhistas, em alguns estados, retirando um direito garantido em lei por essa categoria. Com isto o papel da ACS desde sua efetivação vem sofrendo diversos rebatimentos e ataques aos seus direitos adquiridos em sua coletividade na área da saúde, pois a nível de país essa categoria busca continuar organizada politicamente numa perspectiva de luta por direitos.

Essas implicações trazidas pelos documentos normativos da Atenção Básica de 2017 até os dias atuais tem causado um maior impacto negativo e ameaçador para que esses atores sociais continuem na composição da equipe de trabalhadores na linha de cuidado e promoção da saúde na Atenção Básica. Há uma tentativa de apagamento da atuação desse trabalhador o qual dentro do sistema capitalista gera um grande incômodo, pois são trabalhadores resistentes a um sistema em que busca diariamente lucrar mediante diversas formas de destituição da subjetividade da classe trabalhadora. Essa categoria, por resistir a esse sistema, continua sendo um grupo de resistência mediante uma estrutura a qual busca esvaziá-lo de sua essência.

2.2 - A AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE

No Brasil, na década de 60, através da 3ª Conferência Nacional de Saúde se cogitava a possibilidade de haver um trabalhador comunitário que fosse preparado para atender aos anseios dos cuidados em saúde no território local, ao passo que esse trabalhador teria uma formação técnica o qual atenderia as demandas básicas e em consonância com o viés economicista do Estado em não ter que disponibilizar financeiramente para todos os bairros o profissional médico nem o enfermeiro. (FONSECA, MOROSINI e MENDONÇA, 2013).

É notório, no Brasil que antes da implantação do Sistema Único de Saúde e da definição profissional dessa categoria, se delineava o papel da Agente Comunitária de Saúde conforme acima citado.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) a Saúde, dentro do tripé da seguridade social vem sofrendo diversos ataques de desmonte do SUS através de subfinanciamento ao longo dos anos com diversas estratégias de desvincular os recursos garantidos por lei. O setor saúde teve diversos avanços na área de abrangência para o mercado de trabalho, porém, a terceirização, se aproveitou de diversas brechas legislativas para adentrar nesse campo numa perspectiva de gestão e lucro, diminuindo cada vez mais os direitos trabalhistas e gerando uma estratégia de fragilizar essas trabalhadoras no que tange a formas de mobilização. Essa mesma terceirização gera uma precarização do trabalhador com vínculos cada vez mais fragilizados. “Estas mudanças no universo do trabalho estão no bojo do processo de reestruturação produtiva, que é uma resposta do capital à sua crise estrutural” (CHIAVEGATO e NAVARRO, 2012, p. 68).

Dentro dessa lógica, a reestruturação produtiva, a precarização da saúde intrínseca ao modo de produção capitalista, faz compreender que não existe capitalismo sem a exploração do trabalhador. Existe uma correlação de forças entre o trabalho e capital, que expressam, por meio de políticas econômicas e trabalhistas um prejuízo para o trabalhador e um beneficiamento do grande empresariado. O neoliberalismo pauta regras sociais lucrativas ao capital e, agentes internacionais como o Banco Mundial (BM) sempre mantiveram interesse em atuar junto aos países periféricos, promovendo políticas de austeridade e enfraquecimento do Estado. Para isso se articulam com a classe política e gestores propensos a receber financiamento sob as regras do banco, ainda que isso significasse adotar posturas privatizantes. No Brasil, a saúde, como política pública se tornou alvo. No caso do Brasil, com o intenso processo de descentralização que se realizou a partir da Constituição Federal, em que se transferiu o poder decisório sobre a definição e implementação de políticas para os municípios, o Banco Mundial também atualizou

as suas estratégias de ação, deslocando o foco do governo federal para as esferas estaduais. (RIZZOTTO e CAMPOS, 2016).

Dessa forma, falar da construção histórica da ACS é tratar da história do SUS e seu contexto, por isso, através da Lei Orgânica da Saúde a Lei 8080/90 e 8142/90 (BRASIL, 1990a, 1990b) ambas passaram a normatizar as competências de cada profissional da saúde, dos municípios, financiamento dos recursos da AB, trouxe uma operacionalização maior do SUS, o tornando um sistema universal e gratuito, uma conquista histórica de uma política pública concretizada.

Posteriormente em 1991 foi instituído o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 1991), o referido programa foi criado por ter havido um alto índice de morbimortalidade materno infantil e de mulheres mães no Nordeste do país.

Havia uma preocupação do governo federal em melhorar a condição de vida desse público-alvo, por isso foi instituído a função social de uma trabalhadora comunitária que pudesse chegar à casa dessas pessoas, que pudesse orientá-las e levar informações sobre suas condições de saúde. Essa trabalhadora passou a ter um papel de mediadora das políticas públicas nos territórios quer seja de difícil acesso, quer seja por não haver nessa época uma política pública que abrangesse esses grupos desfavorecidos da sociedade no país “Esta agente, sendo uma pessoa da própria comunidade e portanto identificada com seus valores e costumes, passou a contribuir significativamente no resgate e na valorização do saber popular” (SOUZA, 2000, p.7).

“O trabalho do ACS produz valor de uso e tem dimensões do trabalho concreto: o trabalhador não é expropriado do seu saber enquanto está trabalhando, e o objeto do seu trabalho é “o outro” de quem cuida, tem uma ligação com a totalidade do seu trabalho a partir do cuidado que promove. No entanto, à medida que o neoliberalismo avança são incluídas mediações de outra ordem e, nesta relação, ocorre um tensionamento por um afastamento do sentido que o trabalhador atribui ao seu processo de trabalho, sendo produzidas expressões do agravamento do trabalho estranhado” (NOGUEIRA, 2019, p. 315).

O processo de institucionalização desses ACS foi se moldando ao longo dos anos posteriores e na sequência em 1994 surgiu o Programa Saúde da Família (BRASIL, 1994), esse programa buscou fazer com que a população tivesse um local de cuidados primários em saúde, com uma equipe multiprofissional de nível superior e as ACS. O PSF passou a adotar o termo Estratégia Saúde da Família teve a função de ter uma característica de atendimento e cuidado nas Unidades de Saúde da Família e mediante a ida desses profissionais no território junto as ACS.

Dentro dessa equipe foi a ACS, a protagonista dessa ação de ida no território, agora junto com os demais profissionais, realizando um trabalho de orientação com as famílias. Essa junção das equipes surgiu pra fortalecer o papel da ACS nas comunidades, por isso, esta foi inclusa no referido programa. Porém, ao longo dos anos, com a persistência do modelo biomédico, sob a e da gestão gerencialista e as dificuldades de seguimento do processo de atenção nos demais níveis do sistema, o papel da ACS foi sofrendo pressões e modificações com sentido burocratizante. Além disso, têm sofrido particularmente os efeitos das medidas de precarização do trabalho e de terceirização da gestão dos serviços e do trabalho em saúde. Ao longo dos anos essas trabalhadoras, por ser uma categoria política e organizada, fazem críticas aos contratos flexíveis, com diversas modalidades pouco seguras e instáveis de contratação (MOROSINI, 2018; FONSECA, 2013; MOROSINI e FONSECA, 2018).

ACS são um grupo profissional com formação histórica recente em que são recrutados trabalhadores não qualificados ou semiquilificados profissionalmente que buscam emprego formal; trabalhadores sub-remunerados e inseridos em relação trabalhistas que bloqueariam sua organização coletiva (ACS são trabalhadores dispersos pela condições de trabalho em diferentes unidades de saúde inserção nas equipes de ESF; nacionalmente possuem vínculos empregatícios desiguais e heterogêneos), categoria profissional formada majoritariamente por mulheres, trabalhadores sem experiência sindical prévia (NOGUEIRA, 2017, p.177).

Dessa forma, em 2002, foi promulgada a Lei nº 10.507, para poder regular a profissão da categoria. Nesse período, ressalta-se, que após anos de pressão da categoria ACS a nível nacional, através de diversas representações as quais pressionaram o Senado e Câmara dos deputados pelas suas pautas de luta, inclusive a garantia do piso salarial e a efetivação estatutária da mesma, o Sindicato Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (SINDACS) continua exercendo um papel importante de reivindicações na busca pela efetivação dos direitos. Tanto que com a promulgação da Lei de 2002 fez com que a categoria em todo o país se tornasse profissionais efetivos da saúde. Um marco histórico. A priori, a lei deveria ser cumprida e colocada em prática em nível nacional, mas ela em cada estado se molda mediante as gestões locais e seus arranjos de flexibilização na saúde.

A partir de 2006 o papel das ACS através das legislações vigentes da PNAB passam a restringir o papel dessa trabalhadora. Em concomitância com a PNAB 2006 a Lei 11350 de 2006 (BRASIL, 2006) foi lei responsável em falar sobre os requisitos, atribuições, piso salarial e privilegiou o papel social da ACS. Há uma construção ao longo dessa trajetória dando importância ao papel histórico dessa categoria. “Ainda hoje são praticadas formas de contratação sem os devidos direitos ou com direitos insuficientes, às quais se somam a

sobrecarga de atividades, o significativo aumento de tarefas administrativas, o sofrimento psíquico e o desgaste físico”. (FONSECA e MOROSINI, 2021, p. 211).

Também teve destaque e relevância no impacto político de suas ações, devido à grande mobilização da categoria frente às suas representações a Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde. Essa mobilização gerou frutos a favor da categoria. Dentro desse mote se insere um novo modelo de gestão em saúde dentro do setor público passando a ser gerido pelo setor privado, o chamado Nova Gestão de Saúde (NGP). “Essa elaboração sobre o trabalho e sobre a gestão incide de forma muito nociva sobre as ACS, na medida em que o seu trabalho já é tratado como menos complexo e mais difuso, sendo mais permeável às variadas demandas dos serviços” (MOROSINI e FONSECA, 2018, p.268).

As ACS passaram a ter suas atribuições de caráter burocrático, tendendo a se distanciar de seu principal papel de atuação, que são as visitas domiciliares. A categoria dentro dessa estrutura de APS passaram a ter um papel meramente burocratizante indo contrário ao seu papel histórico de mediadora no território com os usuários, muitas vezes para exercer atividades na USF como acolhimento, organização de filas, limpezas.

“O papel desenvolvido pela ACS no desempenho de suas funções, em especial nas ações de educação e acompanhamentos das condições de saúde, tem sido questionado pelas próprias ACSs, na medida em que permanecem mais tempo no interior do serviço de saúde desenvolvendo atividades burocráticas, descaracterizando aquilo que entendem como o cerne de suas ações: estar em interação com o território” (RIQUINHO et al, 2018, p. 176).

Desde 2016, o cenário político no Brasil passou por uma transição política e de formatação de novos governantes no cenário federal com características de cunho conservador e neoliberal, paralelo a isso a saúde foi um dos setores que mais sofreu e foi penalizada. Ao longo de sua implementação, pelas vias de fato, o SUS sempre sofreu retaliações para que sua efetivação fosse levada a sério, por isso “o subfinanciamento, com a gestão e com o controle popular, uma contradição gritante apareceu na sua trajetória. O SUS não cobre – regularmente – o polo dinâmico da economia” (OCKÉ-REIS, 2017, p.365). Além desse cenário nebuloso instaurado no país e de ataques com pautas antidemocráticas e em um contexto de subfinanciamento ou desfinanciamento da saúde gerado ao longo dos anos, o Brasil se depara com mais um ataque, agora, com a sanção da conhecida PEC da morte, o Projeto de Emenda Constitucional 95 (EC 95) (BRASIL, 2016) a qual congela por 20 anos os gastos na área da saúde e educação, discurso este de que o país precisava passar por cortes orçamentários.

Com a sanção da PNAB 2017, (BRASIL, 2017) identificou-se mudanças as quais apontam, entre outros elementos, para novas configurações de equipe, diferentes padrões de serviços e flexibilização de princípios e estratégias que caracterizam a ESF. A PNAB 2017 vem com características de uma atenção básica tradicional, de certa forma meio nebulosa no que tange a composição do ACS na equipe de saúde da família. Segundo Melo e colaboradores, em um comparativo da PNAB 2011 e a de 2017 há uma “descontinuidade” no quando se fala da possibilidade de haver apenas 01 ACS na composição da Equipe de Saúde da Família (EqSF) e descaracterizando o papel desse profissional ator chave no território adscrito, colocando mais demandas a serem cumpridas e atribuições profissionais que não são de sua alçada (MELO, et al, 2018, p. 45).

Segundo a autora Silva e colabores, em seus estudos apontam para as implicações no trabalho da ACS mediante a PNAB 2017 e o receio dessas profissionais em perderem suas características mediante as alterações propostas na portaria em vigor e o seu papel na equipe técnica de saúde e “ainda pouco se sabe, sistematicamente, sobre como os próprios ACS compreendem essas mudanças” (SILVA et al, 2020, p. 59). Este programa passa a relativizar a cobertura populacional e o papel da ACS deixando indefinido o quantitativo de ACS atuando em cada Unidade de Saúde da Família, “ ACS é um trabalhador que deveria ser o ‘elo’ entre os serviços de saúde e a população, contribuindo para facilitar o acesso e proporcionar uma relação estável e contínua entre a população e os serviços de APS” (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018, p. 16).

Os desafios colocados diante desse programa frente a categoria mostra uma ambiguidade sobre a ESF e ao mesmo tempo deixa em aberto que outras formas de estratégias em saúde que não conhecemos sejam implantadas na AB deixando nas mãos dos gestores municipais, mediante diversos recortes no orçamento da saúde e os quais já estão sem recursos suficientes sejam encurralados a formar uma equipe de saúde a seu critério e amparado pela PNAB em vigor já que não coloca em sua composição a profissional ACS.

Dentro dessa equipe foi a ACS, a protagonista dessa ação de ida no território, agora junto com os demais profissionais, realizando um trabalho de orientação com as famílias. Essa junção das equipes surgiu pra fortalecer o papel da ACS nas comunidades, por isso, esta foi inclusa no referido programa. Porém ao longo dos anos foram criados outros programas na área da saúde e o papel da ACS foi adquirindo diversas funções e a categoria passou a se submeter a formas de contratações variadas., ou seja, esse programa se utiliza de termos como recomendar e poderá como mecanismos sutis de desarticulação para esses profissionais os quais conquistaram direitos trabalhistas mediante sua força política e que bem sabemos o quanto essa

categoria é articulada, por isso, “ a presença desse trabalhador e a continuidade, com regularidade, das ações por ele desempenhadas nunca estiveram tão em risco” (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018, p.18).

Com a pandemia da Covid – 19 instaurada no Brasil em março de 2020, a realidade atual do SUS e seu processo de desmonte e desfinanciamento foi descortinado e a AB sendo ministrada de forma focalizada no intuito de apenas atender a uma população empobrecida. Mesmo diante das contrarreformas da saúde e diante de uma pandemia e o SUS sendo gerido em parte por empresas privadas se conseguiu dar respostas aos cuidados prestados à população; “A política foi sendo despolitizada e seus temas foram se transformando em problemas de gestão, enquanto se fortalecia a disputa pelo Fundo Público, num processo crescente de (re)mercantilização dos direitos sociais” MOROSINI, CHINELLI e CARNEIRO, 2020, pág. 93).

Diante do cenário global instaurado pela crise socio sanitária, o novo coronavírus SARS-CoV-2 conhecida também como o vírus da COVID – 19 deixou evidente a importância do papel da ACS no combate ao vírus e ao monitoramento aos usuários do seu território. Esta, se tornou um elo estratégico sem necessariamente estar na linha de frente.

Dados de pesquisas internacionais ressaltam a importância da ACS no combate à pandemia da COVID-19, enfatizando a relevância da efetivação de serem asseguradas de sua proteção com o uso de EPI, com treinamento em tempo hábil no intuito de detectar, prevenir e combater o vírus, logo, sejam definidas como trabalhadoras indispensáveis nos cuidados primários no território (BALLARD et al, 2020) e (HAINES et al 2020).

Na pandemia de COVID-19, os documentos do Ministério da Saúde que nortearam as práticas das ACS priorizaram ações de vigilância em saúde e administrativas no interior das USF's, com orientações para “auxiliar no atendimento por meio do FAST-TRACK COVID-19”, “auxiliar as atividades de campanha de vacinação” e organizar o “fluxo de acolhimento” caracterizando-se como desvio de função no que tange à lei que regulamenta a profissão da categoria (BRASIL 2020a) (BRASIL 2020b). “Ficou evidente a insuficiência de suporte institucional, formação e educação permanente para as ACS na pandemia, culminando na saída de seus territórios, com possível perda de legitimidade profissional, ao mesmo tempo em que revela a desvalorização da Atenção Primária à Saúde e da Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção”(MELLO et al, 2021, p.13).

Segundo Fernandez, Lotta e Corrêa (2021), em sua análise sobre o trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde, no período da pandemia evidenciou-se o quanto na gestão federal não houve uma regularidade de políticas que amparasse essa categoria, com isso:

a pandemia tem deixado estas profissionais em situações de risco de saúde física e mental e com alta insegurança em relação ao futuro de seu trabalho. Para além das consequências dessa situação para as trabalhadoras, essas condições impactam na organização e funcionamento da APS, minando o acesso da população a cuidados integrais, especialmente considerando as necessidades futuras em um cenário de fragilização do Sistema Único de Saúde (SUS) e de agravamento das condições de saúde da população, causado pela própria pandemia (FERNANDEZ, LOTTA e CORRÊA, 2021, p. 3).

Percebe-se que as ACS têm sido uma categoria profissional fundamental no enfrentamento da Covid-19 no cenário da Estratégia Saúde da Família ao atuar diretamente no território e observar de perto as vulnerabilidades encontradas e o quadro clínico da comunidade, portanto, proporciona informações sobre a necessidade de intervenção diante de um problema. Também ajudaram na identificação de casos suspeitos nas unidades de Saúde da Família e nas visitas domiciliares, bem como na vigilância dos casos suspeitos e confirmados (DUARTE et al, 2020).

Em julho de 2020 a FIOCRUZ em parceria com o observatório da Covid-19 lança uma nota técnica sobre trabalho seguro, proteção à saúde e direitos dos agentes comunitários de saúde no contexto da pandemia de Covid-19 e reitera a importância da atuação desse profissional lembrando que estes são atores da saúde.

Além disso, no início do combate ao vírus da Covid-19, as ACS se depararam com desafios e entraves de ações discriminatórias por parte de gestores da saúde diante desse cenário pandêmico dentre os quais: “não estavam sendo considerados profissionais da saúde e não atuavam na linha de frente do combate à Covid-19 e, por isso, não teriam direito aos equipamentos de proteção individual (EPIs)” (FIOCRUZ/EPSJV,2020, pag. 2), criando um clima de tensionamento no seu campo de atuação profissional e os expondo a uma possível contaminação, visto que essas trabalhadoras tem sua importância no processo de vigilância em saúde e notificação a respeito dos casos suspeitos da Covid -19 na comunidade.

Com a sanção da Lei nº 14.023 promulgada em 8 de julho de 2020, foi inserida e reconhecida nesta regulamentação, a importância do ACS como “trabalhadora da saúde“ profissionais consideradas essenciais ao controle de doenças e à manutenção da ordem pública, durante a emergência de saúde pública decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019” (BRASIL, 2020c).

Diante do exposto, referente aos frutos desses direitos conquistados ao longo dos anos, mediante lutas e mobilizações as agentes, se mantém em precárias relações de trabalho e no que tange a Formação Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde o qual prevê três fases de formação, mas até agora apenas a primeira foi pactuada pelos gestores do SUS se tornando mais um entrave nos desafios colocados pela categoria. Sendo assim, uma formação simplificada e descentralizada a qual não condiz com a importância e função dessas trabalhadoras envolvidas no trabalho de cuidados de saúde em geral.

Adentrando a respeito da importância social e política do assunto, no que se refere ao marco regulatório para admissão de Agentes Comunitários de Saúde, percebe-se que o gestor local do SUS em cada município tem adotado as convocações e contratações dessa categoria de formas diferentes. Com isso, sem dúvida, gera um impacto no sistema de segurança social. Logo, é de suma importância pesquisar o cenário e as formas de contratações realizadas no município de Recife e Salvador desde o início da construção da Estratégia Saúde da Família na década de 90 até o período da pandemia da Covid -19 a qual será analisado nas páginas seguintes.

2.3 - TRABALHO EM SAÚDE

A categoria trabalho ocupa a posição central na tradição do materialismo histórico-dialético. O trabalho consiste na interação entre o homem e a natureza, por meio da qual o homem a transforma, de acordo com os seus interesses. Para Marx (2013) toda ação humana sobre a natureza, guiada por uma necessidade, com dispêndio de energia, pode ser considerado um trabalho. Sem trabalho não existiria sociedade; não haveria história. Dessa noção essencial do trabalho na construção da história humana decorre a seguinte perspectiva: a sociedade não determina o indivíduo e nem o indivíduo determina a sociedade, de modo excludente. Para Marx, indivíduo e sociedade se relacionam e se constroem simultaneamente, no processo de produção da vida material e das ideias que a sustentam.

Marx enfatiza que as categorias são históricas e transitórias na sociedade, dentre elas a própria a categoria trabalho por compreender que o ser social e a sociabilidade advêm principalmente do trabalho, que constitui um modelo de prática, é um processo, movimento vigoroso atravessado pelas contradições e sua superação leva a um nível cada vez mais complexo, onde a nova contradição levou outros a superar. O pensador defende o caráter histórico e transitório das relações sociais e do modo de produção capitalista, a partir do qual os homens passam a ganhar a vida trocando sua força de trabalho por dinheiro, relação fundamental das sociedades capitalistas.

Ramos (2007), ao apresentar o sentido histórico e ontológico do trabalho no modo de produção capitalista, faz uma análise sobre o processo de transformação do trabalho em saúde e pontua o quanto o ser humano tem se tornado extensão no processo de produção se distanciando de sua subjetividade, com isso:

À medida que o ser humano se ‘coisifica’, sendo obrigado a transformar sua força de trabalho em fator de produção, é reduzido em sua humanidade. Nessas condições, o trabalho em saúde se reduz à produção e à manutenção de vidas objetivadas e reduzidas também a fatores de produção (Ramos, 2007, p.54).

O trabalho em saúde qualificado não pode ser isolado do contexto social em que vivem os usuários, visto que a interdependência da relação profissional-usuário deve nortear as práticas. Para isso, torna-se relevante a elaboração de protocolos assistenciais, investimento na educação permanente dos trabalhadores baseada na problematização dos processos de trabalho para remodelar o modelo de atenção hegemônico, dando ênfase ao inesperado das relações, num processo de vai e vem, dinâmico, que de fato busque o protagonismo das relações. “Desse modo, entendemos que a matéria prima do trabalho em saúde é o encontro, o que implica que a produção se executa entre trabalhador e usuário (FARIA e ARAÚJO, 2010, p.352).

O trabalho em saúde é uma atividade humana que visa à promoção, à proteção e à recuperação da saúde das pessoas e das coletividades e envolve diferentes profissionais, saberes, práticas, tecnologias, instituições e políticas, que se articulam em torno de um objetivo comum: garantir o direito à saúde de todos e todas. É um campo complexo e dinâmico, que sofre constantes transformações em função das mudanças sociais, econômicas, políticas, culturais, científicas e tecnológicas que ocorrem na sociedade. Como também é um campo desafiador e contraditório, que enfrenta diversos problemas, como a desigualdade no acesso e na qualidade dos serviços de saúde, a precarização das condições de trabalho, a fragmentação do cuidado, a insuficiência de recursos humanos e financeiros, a falta de participação e controle social, entre outros (MERHY e FRANCO, 2003).

Requer dos profissionais competências técnicas, éticas e políticas, que possibilitem uma atuação qualificada, humanizada, integral e resolutiva, baseada nas necessidades e demandas da população, nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e nas evidências científicas. Também requer dos profissionais uma postura crítica, reflexiva e propositiva, que contribua para a construção de um sistema de saúde mais justo, democrático e efetivo. Portanto, uma prática social que tem como finalidade a produção de saúde, entendida como um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença. O trabalho em saúde é também uma forma de expressão da cidadania, da solidariedade e da responsabilidade social, que visa à garantia do direito à saúde como um direito humano fundamental (BRITO, 2005).

Os autores Girardi et al (2010) trazem uma reflexão acerca do tema trabalho em saúde na ESF onde se localiza um alto índice de trabalhadores enfatizando evidências de trabalho precarizado no campo da saúde. Os autores tutelam que se deve dar continuidade às políticas públicas adotadas para o enfrentamento dos desafios da precarização do trabalho na saúde e caminhar rumo a um ambiente de relações de trabalho que propicie, principalmente o trabalho protegido.

O trabalho em saúde na Atenção Primária à Saúde é uma atividade essencial para garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde, bem como para promover a qualidade de vida e a prevenção de doenças da população. A APS é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (Mendes et al, 2015).

O trabalho em saúde na APS no Brasil enfrenta diversos desafios, como a escassez e a má distribuição de recursos humanos, a precarização das relações de trabalho, a insuficiência de infraestrutura e equipamentos, a baixa resolutividade dos serviços, a fragmentação do cuidado, a falta de integração com os demais níveis de atenção, a insatisfação dos usuários e dos trabalhadores, entre outros. Para superar esses desafios, é necessário fortalecer a APS como porta de entrada preferencial do SUS, ampliar a cobertura e a qualidade das equipes, investir na educação permanente e na gestão participativa dos trabalhadores, estimular a participação social e o controle social, incentivar a inovação e a pesquisa em APS, e monitorar e avaliar os resultados e os impactos das ações de saúde (STARFIELD, 2002).

O trabalho em saúde na APS no Brasil é, portanto, um campo de atuação profissional complexo, dinâmico e desafiador, que requer competências técnicas, éticas e políticas, além de compromisso com a saúde pública e com a cidadania. O trabalho em saúde na APS no Brasil é também uma oportunidade de contribuir para a construção de um sistema de saúde mais justo, humano e efetivo, que garanta o direito à saúde de todos e todas (MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003).

2.4 - PRECARIZAÇÃO

O trabalho do ACS se desenvolve inserido numa sociedade capitalista marcada pela exploração da classe trabalhadora como meio de sustentação e reprodução das relações sociais. Tais relações estão fundadas na desigualdade estrutural que determina que os trabalhadores vendem a sua força de trabalho e a classe dominante se apropria dos meios de produção e dos frutos do trabalho. (MARX, 2013). Este modelo se desenvolve mundialmente (CHESNAIS,

2001) e se capilariza nos diversos ramos de atividade humana, dentre os quais o trabalho em saúde.

No contexto do neoliberalismo, o processo de exploração da classe trabalhadora se agrava, promovido pela reestruturação produtiva e pelas contrarreformas do Estado, de caráter privatista e gerencialista. As sucessivas crises do capitalismo abalam os padrões de acumulação do capital e, em decorrência impulsionam movimentos para promover sua recuperação instituindo, globalmente, processos concretos de precarização social do trabalho. No mundo do trabalho, a principal expressão da lógica neoliberal é o crescimento e a capilarização da precarização do trabalho. Este fenômeno, diretamente vinculado ao modo de produção capitalista, vai afetando cada vez mais homens e mulheres trabalhadoras, inclusive os trabalhadores formalizados do setor privado e público, e multiplicando seus efeitos objetivos e subjetivos (ANTUNES, 2014; ALVES, 2013; MOROSINI, 2018). As crises mais recentes, após os anos 1970, deram origem a uma radicalização contra os esquemas de proteção e a garantia de direitos de trabalhadores. Contudo, é bom lembrar, que em países na periferia do capital, o modo de trabalho informal e desprotegido sempre foi central e, ainda que estejamos diante de um aprofundamento da desregulamentação do trabalho, ou melhor uma regulamentação sem regras, na nossa história, isso não se constitui como exceção (Abilio, 2021)

Nas políticas públicas, em particular na saúde, observa-se a incorporação de novos elementos, como o processo de terceirização da prestação e gestão dos serviços e da gestão do trabalho. Opera-se a redução da esfera pública do Estado e a conversão de direitos em mercadoria, praticando a máxima que diz Estado mínimo para o trabalhador e máximo para o capital (BEZERRA, 2018).

Essa precarização tem como vetor de expansão o desmonte de direitos - sociais, trabalhistas - adquiridos pela classe trabalhadora organizada, mediante a transformação ou extinção de legislação protetiva. Paralelamente, acompanha-se a propagação de formas de utilização da força de trabalho cada vez mais destituídas de regulação, estabilidade e segurança. São exemplos, os trabalhos temporários, os pagamentos por produto, a pejetização e o trabalho mediado por plataformas.

No caso dos trabalhadores do setor público, a precarização passa tanto pela multiplicação das formas de contratação da força de trabalho, como pela transformação das políticas sociais, em particular da saúde, que vai se distanciando de princípios e diretrizes que apontam para a universalidade, a integralidade e a equidade. Assim, a classe trabalhadora perde em dois planos, como trabalhadora da saúde e como usuária do sistema público de saúde, pelas

barreiras de acesso e a perda de qualidade dos serviços. O ACS, como integrante da fração da classe trabalhadora empobrecida, perde nos dois sentidos. (MOROSINI e FONSECA, 2018)

A adoção do gerencialismo na gestão privada e pública e a individualização das relações de trabalho e sociais induzem o trabalhador a tomar como particular, algo próprio de sua trajetória, os efeitos da precarização do trabalho. A perda de direitos e a desarticulação das instituições de organização e luta dos trabalhadores, com destaque para os sindicatos, vai produzindo danos que se generalizam e se naturalizam de modo que os trabalhadores vão perdendo a capacidade de compreensão desse fenômeno como algo coletivo, socialmente produzido.

Segundo Druck (2016) em artigo sobre novos e velhos desafios do trabalho e a precarização, afirma que, embora o fenômeno da precarização não seja uma novidade, existem novas mediações que amparam a compreensão das transformações e tendências e continuidade na busca para compreender a formulação de categorias de mediação com tendências e novas reconfigurações ao falar sobre a categoria trabalho. Nos remete porque a precarização do trabalho é um novo e velho fenômeno e que esse processo é histórico e dialético porque ele é diferente e igual, está dentro do macro e do microsocial. Na história do capitalismo sempre houve resistência da classe trabalhadora que lutou por direitos sociais como proteção social e a garantia de direitos. O atual momento da acumulação flexível e precarização como estratégia de dominação se tornou hegemônico nas últimas 4 décadas com a mundialização do capital apoiada num projeto político e econômico de cunho neoliberal, com isto, a acumulação de capital e da margem de lucro excedente ocorre numa expectativa do plano mundial. Dentro da estrutura do capitalismo há formas diferentes entre os séculos XIX, XX e XXI e que há novas e velhas formas de trabalho e empregos que coexistem, ou seja, dentro do campo das transformações as forças de trabalho coexistem e são consideradas e ao mesmo tempo se redefinem, ela se metamorfoseia na perspectiva da precarização social do trabalho a coexistência entre a “degradação da relação econômica e social de um número crescente de pessoas e um capitalismo em plena expansão e profundamente transformado” (2011, p.42).

No Brasil e no mundo os custos recaem sobre os trabalhadores, sob as mais diferentes formas. Por vezes ao custear financeiramente por seus processos de atualização; frequentemente coma própria saúde; por vezes coma vida como vimos na pandemia de Covid 19. Há também uma redução nos rendimentos, baixos salários. Para Druck (2016) a precarização do trabalho é ‘social’ e faz parte de uma “estratégia de dominação do capital num determinado momento histórico, combinando a crise do fordismo e dos Estados de bem-estar-social à financeirização da economia, às políticas neoliberais e à reestruturação produtiva, que formam um novo regime

de acumulação flexível (Druck, 2016; p. 16). A autora chama atenção que as expressões da precarização vão muito além do mercado de trabalho e atingem todos os campos (organização do trabalho, condições de trabalho, políticas e formas de gestão). Em relação ao mercado de trabalho brasileiro, nos vemos diante de um cenário que mesmo apresentado pequenas melhoras, é trágico.

No contexto brasileiro há uma precarização do trabalho e as vulnerabilidades das formas de inserção no mercado de trabalho e as desigualdades sociais geram uma mercantilização aviltante. Este mercado de trabalho é heterogêneo, segmentado e vulnerabilizado de forma estrutural e com formas de contratos precários sem proteção social há um crescimento econômico que não implica pleno emprego em relação às vulnerabilidades dos empregos no Brasil, com isto, há uma intensificação do trabalho terceirizado, ou seja, as diversas formas de desregulamentação da classe trabalhadora geram menos mobilização isto implica em menos organização coletiva e maior possibilidade de alienação no trabalho. De acordo com o IBGE, (2023) encerramos o último trimestre 2023 com 8,1 milhões de desempregados/desocupados e 3,5 milhões de desalentados. A soma de desempregados e desalentados atinge 11 milhões e 100 mil brasileiras(os). (IBGE, 2024)

O atual momento histórico, caracterizado pelo capitalismo flexível cuja configuração contemporânea estabeleceu a mundialização do capital hegemônica pela esfera financeira tem na precarização social do trabalho (DRUK,2011) a terceirização se apresenta como modalidade de gestão que ganhou espaço, principalmente no setor da saúde. Há uma insegurança no trabalho e na sua produtividade que a qualquer custo inclui vidas humanas um fator que nos remete em relação à fetichização do mercado que é quando o mercado e a mercadoria assumem vida própria dentro dos princípios liberais. Existe uma assimetria das relações entre empregados e empregadores dentro desse contexto. Druck (2016) correlaciona o perigo eminente da abertura da terceirização referendada pelo Estado no setor público de saúde e os entraves encontrado aos trabalhadores:

No que diz respeito a relação entre trabalho e processo de precarização, passos firmes em relação a terceirização, um elemento que tem contribuído de modo importante para aprofundar a precarização, nos leva ao governo FHC. A reforma do Estado, nos anos 1990 trouxe propostas que estabelecem a redução da oferta direta de serviços pelo Estado, afetando a educação, saúde e cultura, e para isso se valem da terceirização. A hipótese é de que a terceirização do serviço público no Brasil, além de ser um dos mecanismos mais importantes e eficientes de desmonte do conteúdo social do Estado e de sua privatização, é a via que o Estado

neoliberal encontrou para pôr fim a um segmento dos trabalhadores, o funcionalismo público, que tem papel crucial para garantir o direito e o acesso aos serviços públicos necessários à sociedade, e sobretudo à classe trabalhadora, impossibilitada de recorrer a esses serviços no mercado (Druck, 2016, p.18).

No interior da área pública diversos setores passam ter novos segmentos abertos à exploração do mercado, com destaque para as Organizações Sociais, hoje tão fortes da saúde. O que se acompanha são formas de gestão que passam a explorar a mão de obra trabalhadora, reduzindo salários, suprimindo direitos e com isso. Uma consequência é que para manter rendimentos dignos os trabalhadores passam a ter mais de um trabalho/emprego, gerando uma sobreposição de vínculos que afetam a qualidade de vida do trabalhador e o serviço prestado.

A reestruturação produtiva e o modelo de gestão flexível, faz com que o trabalhador se mostre e se forme para ser um profissional polivalente. Mas não pe apenas isso. Espera-se e cobra-se dele que se qualifique por si só, As autoras Morosini, Chinelli e Cardoso ressaltam o fenômeno do processo de trabalho e a precarização desse trabalhador:

Os processos produtivos e as relações de trabalho tornam-se simultaneamente mais flexíveis e cada vez mais individualizados e desregulamentados. Ao mesmo tempo, demanda-se dos trabalhadores competências socioemocionais e requisitos de ordem técnica a serem diuturnamente renovados. (MOROSINI; CHINELLI; CARNEIRO, 2020, p.95).

Parte do processo de precarização se manifesta através do modelo de gestão toyotista que envolve o trabalhador inculcando novos valores e formas flexíveis de trabalho atribuindo-lhes mais tarefas a serem executadas. O trabalhador é tragado através da flexibilização, trabalhando para além de sua jornada de trabalho sem se dar conta da exploração e expropriação de sua subjetividade em detrimento de lucrar. Hoje o trabalhador da saúde se depara com uma gama de tarefas a serem executadas, cito em particular, o exemplo da precarização do trabalhador ACS e o seu papel como mediador das políticas públicas. Morosini (2018) discute a particularidade desse trabalhador e as consequências subjetivas decorrentes do processo de precarização na AB, no contexto neoliberal:

Podemos dizer que os ACS, convocados a atuar na intermediação do direito à saúde, estão na linha de frente das contradições relativas ao desenvolvimento das possibilidades humanas socialmente produzidas no campo da saúde e o acesso socialmente negado, limitado, diferenciado ou constringido a essas possibilidades (MOROSINI, 2018, p.201).

Se faz necessário continuar pesquisando sobre a precarização do trabalhador na saúde para que se produzam subsídios para a construção de políticas e ou medidas que venham a

resguardar esse trabalhador tão estratégico e vital para o SUS. Faz-se necessário e urgente continuar enquanto pesquisadora me aprofundando sobre as estratégias do capitalismo em lucrar mediante tanta desigualdade social e perda de direitos da classe trabalhadora para que o SUS não deixe de ser uma política pública e universal e se torne uma barbárie, pois o SUS é uma política que separa o Brasil desse fenômeno tão nocivo à nação.

3. CAPÍTULO 2 - SOBRE A PESQUISA: O CAMPO, OS ASPECTOS METODOLÓGICOS E OS SUJEITOS.

3.1 - CONFIGURAÇÕES DA PESQUISA

Diante dessa problemática, a pesquisa de mestrado que originou essa dissertação, teve como objetivo geral: discutir a configuração do trabalho das ACS na APS, nos municípios de Recife e Salvador, com enfoque nas mudanças produzidas a partir da PNAB 2017 e da pandemia de Covid -19. De modo a alcançá-lo, foram formulados os seguintes objetivos específicos:

1. Mapear características da conformação da rede de Atenção Básica nos municípios estudados;
2. Apresentar um panorama da força de trabalho composta pelas ACS nos municípios estudados, identificando o quantitativo de trabalhadoras; inserção nas equipes; formas de contratação e carga horária;
3. Compreender o processo e as condições de trabalho das ACS nas equipes de Saúde da Família nos municípios selecionados.

3.2 – ASPECTOS METODOLÓGICOS E ÉTICOS

A presente pesquisa de mestrado desenvolveu-se como desdobramento da pesquisa “Desafios do Trabalho na Atenção Primária à Saúde na Perspectiva dos Trabalhadores” apoiada pelo Edital do Programa de Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão do Sistema e dos Serviços de Saúde da Vice-Presidência de Pesquisas e Coleções Biológicas da Fundação Oswaldo Cruz (Edital Fiocruz/VPPCB/PMA 2020. Esta pesquisa foi submetida e aprovada (CAAE: 48045921.2.0000.5241) pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ). Avenida Brasil, 4365, Mangueiras – EPSJV, Container 7. Telefone: (21) 3865-9809. E-mail: cep.epsjv@fiocruz.br

Consistiu em um estudo de caráter qualitativo baseado principalmente na análise das entrevistas feitas com ACS dos municípios de Recife e Salvador, e na revisão da literatura principalmente sobre os temas da APS e das ACS.

Foram analisadas oito entrevistas realizadas com agentes comunitárias de saúde – quatro de Recife e quatro de Salvador. O procedimento das entrevistas abrangeu três momentos. Num primeiro momento, as entrevistadas foram informadas sobre a pesquisa, seus direitos e os deveres dos entrevistados. Cada uma preencheu o TCLE, e, em seguida, respondeu um

formulário fechado do google, com informações socioeconômicas. Após essas etapas, aconteceram as entrevistas *online*, por meio de plataformas de comunicação virtual, com a participação de dois entrevistadores, seguindo um roteiro semiestruturado.

Para a análise das entrevistas foi feita a leitura atenta das falas transcritas dos sujeitos entrevistados e foram definidas categorias temáticas que orientaram a identificação dos trechos representativos para compor os resultados e subsidiar a discussão dos achados. As categorias estão apresentadas na tabela a seguir:

QUADRO 1 – CATEGORIAS TEMÁTICAS

CATEGORIAS TEMÁTICAS	DESCRIÇÃO
Condições de trabalho e Condições de trabalho no contexto da Covid 19	As circunstâncias nas quais o trabalho das ACS se desenvolve, abrangendo espaço físico das unidades de saúde, acesso a material de trabalho, a EPI, a fardamento etc.
Número insuficiente de ACS nas equipes	Redução do número de ACS nas equipes e seus efeitos para as ACS que permanecem trabalhando, para a equipe e para o cuidado dos usuários.
Formas de contratação e direitos trabalhistas e suas modificações no contexto da Covid 19	Modalidades de contratação, direitos associados às modalidades de contratação, segurança e estabilidade no trabalho
Reivindicações, pauta de luta	O que tem sido objeto de reivindicação e luta pelas ACS, como se organizam, formas de representação e luta
Tomada de decisão	Autonomia para definir o que fazer, quando e como fazer
Concepções sobre o que é trabalho e papel da ACS	Compreensão das ACS a respeito do que é o seu trabalho, suas atribuições, seu papel na equipe e a importância do que realiza para a atenção à saúde, a equipe e os usuários.

3.3 – O CAMPO E OS SUJEITOS DA PESQUISA

O campo desta pesquisa de mestrado abrangeu os municípios de Recife e Salvador, ambos localizados na região nordeste que praticam a contratação das ACS sob a modalidade estatutária. Essa forma de contratação, mais segura e estável, permite que se tornem mais perceptíveis outros aspectos que compõem a precarização do trabalho, conforme descrito por Morosini (2018).

Os sujeitos da pesquisa são na maioria mulheres, as quatro de Recife e três de Salvador, totalizando sete mulheres e um homem. Encontram-se na faixa etária entre 39 e 62 anos e têm um tempo de atuação como ACS entre 16 e 21 anos. Três se declararam pretas e cinco, pardas.

3.3.1 – A APS e as agentes comunitárias de saúde de Recife

No cenário histórico de criação da Atenção Básica no município do Recife, em particular, desde a década de 60 já dava seus sinais de articulação e mobilização e formação política nas comunidades populares mais vulneráveis. Nessa mesma década deu-se início ao processo de “institucionalização do trabalho do Agente de Saúde”(QUEIRÓS, 2008, p.126).

As Comunidades Eclesiais de Base (CEBS's) tiveram grande relevância e atuação marcante nas periferias, com a realização de trabalhos feitos em parcerias com as Associações de Moradores em cooperação com estudantes, médicos, enfermeiros, pessoas as quais, formadas em diferentes bairros populares. Aproximação essa voltada para o saber popular e pelo fim dos anos de chumbo no país, a Ditadura Militar (ALBUQUERQUE, 2003). “Ao menos no caso de Pernambuco, a origem desses agentes está relacionada à luta contra a pobreza e por melhores condições de vida, em um contexto de resistência ao autoritarismo do regime militar que teve em Dom Hélder Câmara uma de suas principais lideranças” (CHINELLI, LACERDA e VIEIRA, 2011, p. 66).

Convém lembrar o Projeto de Saúde Casa Amarela, iniciado em 1980, que, com o apoio da Igreja Católica local, desenvolveu iniciativas de formação pessoal de Agentes de Saúde e quadros políticos sensíveis à Educação Popular em Saúde. Muitos de seus participantes aderiram ao Movimento Popular de Saúde (MOPS) e estreitaram vínculos com outros movimentos sociais e populares do país, participando da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). De 1988 a 1990, participaram das discussões do capítulo estadual de saúde do eleitor e da elaboração das Leis Orgânicas Municipais, buscando "consenso sobre as principais questões que constituem o marco legal do SUS" (ALBUQUERQUE, 2003, p. 74).

Isso facilitou a institucionalização de uma experiência comunitária já existente no Brasil e, posteriormente, influenciou na desmobilização dos agentes de saúde, até então envolvido em movimentos sociais. Em Recife, “os agentes populares de saúde que estavam em atividade foram contratados pela Prefeitura [...] se afastando dos movimentos que lhes deram origem” (ALBURQUERQUE, 2003, p. 74) e passaram a se articular de outras maneiras, seja através da criação de associações, sindicatos, da Confederação Nacional dos ACS, ou também inserindo-se em entidades comunitárias (ALBUQUERQUE, 2003).

Acrescentando-se a este movimento de incorporação dos agentes de saúde que já trabalhavam nas comunidades, a entrada em grande escala de novos agentes através do PACS, também auxiliou no processo de desmobilização dos movimentos ligados a educação popular em saúde. A contratação dos novos agentes ocorreu por indicação de lideranças comunitárias que participavam de uma rápida seleção, e terminavam mais comprometidos politicamente com as lideranças, do que com a garantia da saúde como um direito de cidadania para a população. Para Albuquerque (2003, p. 76), “nesse processo, observa-se um reforço ao clientelismo, ao papel do agente como mediador de pleitos e demandas dos usuários-eleitores para o Estado” ainda tão difundido atualmente.

O processo de institucionalização dos Agentes Comunitários de Saúde no município de Recife apareceu no cenário histórico de importantes lutas políticas e expressões temáticas tanto no contexto local quanto nacional, que foram significativas para a categoria (QUEIRÓS e LIMA, 2012).

As Agentes Comunitárias de Saúde de Recife são trabalhadoras em regime estatutário e o ingresso dessas profissionais só ocorre mediante concurso público. A categoria segue amparada sob o regime previsto nas Leis Municipais nº 17.233, de 26 de junho de 2006 (RECIFE, 2006) e 17.772, de 16 de janeiro de 2012 (RECIFE, 2012), e na Lei Federal nº 11.350, de 05 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006).

O último concurso foi realizado em março de 2021 para a contratação de 72 ACS para assumirem a colocação a ser distribuída nos 8 Distritos Sanitários do município, seguindo os critérios de serem moradores residentes da comunidade, terem concluídos o ensino médio e participarem do curso de formação inicial (curso de qualificação básica para formação de ACS, com conteúdo programático estabelecido pelo Ministério da Saúde). Recife possui um total de 2.085¹ Agentes Comunitárias de Saúde cadastradas atuantes na Atenção Primária à Saúde (CNEs, 2022).

¹ Referência: Base Nacional do CNEs competência 2022. Disponível em :

No que diz respeito a Recife, a evolução da pandemia da Covid -19 e seus múltiplos impactos locais, repercutiram, de forma significativa, nas áreas de atuação da equipe na Atenção Primária à Saúde. A proposta de intervenção, se baseou em abordagens clínicas, com orientações individuais e limitada nas linhas de cuidado. Segundo Giovanella et al (2021), para resposta do sistema de saúde e controle de pandemias com base na atenção integrada, reestruturar processos de trabalho com foco geográfico e comunitário, como no caso do Brasil, a Atenção Primária à Saúde deve ser posicionada em sua dimensão de acordo com a singularidade do ambiente em que as pessoas vivem de forma material e simbólica, considerando os impactos socioeconômicos, clínicos e epidemiológicos em um olhar voltado para os determinantes sociais em saúde sobre a Covid -19 e alinhar as ações de vigilância em saúde com promoção, prevenção e tratamento.

Segundo a autora Santana (2022) em sua pesquisa sobre o processo de trabalho da ESF na pandemia da Covid -19 no Recife, um dado relevante foi identificar que “somente aos ACS coube a incumbência de atuar em todos os campos de competência da ESF”, logo, mediante o cenário agravante de uma pandemia e o qual requereu da APS uma atuação de vigilância e controle no território, o processo de trabalho em relação aos demais profissionais da Atenção Básica como médico e enfermeiro com suas atribuições clínicas mostram o quanto a categoria ACS é a mais solicitada e se tornou a mais envolvida e exposta na linha de cuidado no território.

Os dados da pesquisa ao explanar as recomendações da secretaria de saúde municipal em relação as “ações de competência da APS abrangente e integral na promoção, prevenção de riscos e agravos, vigilância, assistência e recuperação” mediante as portarias sancionadas elucidam o quanto o processo de trabalho das ACS mostrou suas fragilidades em relação a Secretaria ao não as capacitar para o trabalho numa perspectiva de prevenção e promoção em tempo de pandemia. “Entretanto, em comparação com o instrumental estabelecido para o cuidado individual, os documentos não apresentam nenhum fluxo para guiar as ações dos ACSs diante de situações de vulnerabilidade social” (SANTANA, 2022, p.13). Se tornando mais um desafio contemporâneo a essa categoria no campo da saúde.

Apesar de o momento atual demandar e oportunizar uma lógica de organização do trabalho amparada na ampliação do acesso e reconhecimento de demandas territoriais para o controle da pandemia, o que foi considerado sobre o ACS dialoga com modificações já observadas no seu processo de trabalho. Trata-se tão somente da proposição de atividades de perfil burocratizado e administrativo, de apoio aos demais integrantes da ESF e com vistas ao controle de agravos pré-existentes no território (DE AZEVEDO et al, 2020, p. 1939).

No dia 23 de agosto de 2021 o Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias de Pernambuco, (SINDACS-PE) emitiu uma nota oficial dando recomendações e orientações no intuito de minimizar os riscos à saúde tanto da categoria quanto de seus familiares e população assistida em seu território de atuação. Também como representante sindical, reforça a importância de ser um canal de aberto para caso de denúncias em não cumprimento, a exemplo, do uso de Equipamento de Proteção Individual e caso ocorra medida abusiva. Além da nota oficial, o Sindicato se ampara na Portaria 1823/2012 (BRASIL, 2012) a qual estabelece diretrizes para atenção integral à saúde dos trabalhadores(as) e sua rede de atenção por meio dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Tendo em vista o cenário da Covid-19, percebe-se que o trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde vem sendo modificado com a premissa de manter a própria saúde. No entanto, a campanha proposta parece sustentar e até aprofundar uma série de ataques à categoria que visam desvirtuar a natureza e a importância de seu trabalho, algo que ocorreu nas últimas décadas por meio da reformulação do comportamento da Atenção Primária à Saúde no Brasil.

3.3.2 – A APS e as agentes comunitárias de saúde de Salvador

A Atenção Primária à Saúde em Salvador conta com 155 unidades sanitárias, das quais 46 são Unidades Básicas em Saúde da Família e 109 são Unidades Básicas com a Estratégia de Saúde da Família: dessas, 359 são compostas por Equipes de Saúde da Família implantadas; 5 Equipes de Consultório na Rua (eCR) e 12 Núcleos Ampliado de Saúde da Família na Atenção Básica (NASF-AB) na sua organização. Administrativamente, a APS está dividida em 12 zonas sanitárias características da área da saúde. Cerca de 56,36% em 2020 da população soteropolitana está coberta pelos serviços da APS².

No município de Salvador, a proposta de adesão ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família surge no Plano Municipal de Saúde (PMS) no quadriênio, 1998-2001 (SANTANA, 2018). A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada em Salvador no ano de 2002 pela Secretaria Municipal de Saúde com o intuito de reorganizar a Atenção Básica de saúde.

Salvador possui um quantitativo de 1.447³ Agentes Comunitárias de Saúde cadastradas na Atenção primária à Saúde (CNEs, 2022).

² Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMS-SALVADOR-2022-2025-VOLUME-I_vers%C3%A3o-apresentado-ao-CMS_2022-1.pdf

³ Referência: Base Nacional do CNEs competência 2022. Disponível em :

No cenário do município de Salvador, os modelos de gestão dos serviços são terceirizados desde 1997 as quais se ancoram às Organizações Sociais, através de leis e decretos a saber:

- Decreto nº 6480 de 13 de junho de 1997 (BAHIA, 1997): regulamenta a lei nº 7.027, de 29 de janeiro de 1997, que instituiu o programa estadual de incentivo às organizações sociais, e dá outras providências (Terceirização-lei estadual).
- Lei nº 5905/2001 de 19 de janeiro de 2001 (SALVADOR, 2001): dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, e dá outras providências (lei municipal).
- Decreto nº 13.211, de 22 de agosto de 2001(SALVADOR, 2001):(revogado pelo decreto nº 28232/2016) regulamenta a lei nº 5905, de 19 de janeiro de 2001, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, e dá outras providências (lei municipal).
- Decreto nº 28.232 de 28 de dezembro de 2016 (SALVADOR, 2016): regulamenta a lei nº 8.631/2014, que disciplina as relações entre o município e as organizações sociais, e dá outras providências (lei municipal).

Entretanto, "em Salvador, desde o final de 2007 que as ACS, vêm sendo contratadas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), sem intermediação de uma empresa terceira" (SOUZA, 2009, p. 78), por conseguinte, através da Lei complementar nº 44, de 17 de maio de 2007 (SALVADOR, 2007), a qual coloca a categoria sob o Regime Especial de Direito Administrativo – (REDA)que, ao ser criado, em 1994, era um instrumento que pretendia permitir a ‘contratação temporária de excepcional interesse público’. Contudo se manteve e ganhou impulso a partir de 2017, quando foi aprovada a lei municipal complementar, Lei no 65 de 2017, O contrato REDA não é regido pela CLT e tem alguns direitos previstos no estatuto do servidor (por exemplo, licença saúde, maternidade, 13º salário e férias), mas a este tipo de contrato não se aplica a ideia de estabilidade, nem mesmo o compromisso com a duração da contratação no tempo previsto no edital de seleção.

No ano de 2007 (BAHIA,2007), a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia lançou uma cartilha com o título: Desprecarização dos Vínculos e Seleção dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias.

Nessa época, gestão do governador Jacques Wagner, aliado do governo do presidente Lula colocou em sua campanha como pauta de prioridades três pilares: a Saúde, a Educação e a Geração de Emprego e Renda, com isso, nessa transição, ao debater saúde, colocou-se na pauta como prioridade incluir a categoria ACS como profissionais em regimes jurídico a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT e a outra versão adotando o regime estatutário a nível de estado, com diversas orientações sobre os direitos e deveres a serem implementados.

Mediante o cenário de diversas formas de contratação da categoria no Brasil, o Ministério da Previdência Social (MPS), no ano de 2015 emitiu uma nota técnica de nº 09/2015 com o interesse público, como órgão federal, em conhecer, os regimes jurídicos de trabalho e de previdência social aplicáveis às ACS. Nota esta emitida se referindo às 10 maiores capitais brasileiras dentre elas Salvador:

Posteriormente, com a edição da Lei Municipal nº 7.955, de 20.1.2011, houve alteração do regime jurídico desses agentes de saúde. Aqueles que ocupavam até então empregos públicos, providos mediante anterior processo de seleção pública, tiveram assegurado o direito de optar pela mudança de regime jurídico de trabalho e, se o exerceram no prazo fixado, foram investidos nos cargos públicos efetivos recém-criados para tais funções por essa mesma Lei. Mas, para quem não exerceu essa opção, o regime continuou a ser o contratual (celetista) da Lei nº 7.196, de 2007, e o respectivo emprego passou a integrar quadro em extinção (MPS, 2015, p.7) .

No período do enfrentamento da pandemia da Covid-19, a Secretaria municipal de Saúde de Salvador, em março de 2020 (SALVADOR, 2020), emitiu uma nota técnica referente a atuação dos trabalhadores da APS e da reorganização do processo de trabalho da APS nos territórios e nesse início de combate ao vírus da Covid-19 as ações de vigilância e monitoramento no território ficaram exclusivas das ACS, com as seguintes premissas: “com o uso adequado de EPI, deverão fazer acompanhamento dos casos no domicílio, monitorando a execução dos cuidados de proteção individual e coletiva e fazendo as orientações necessárias a fim de evitar transmissão, informando a equipe caso haja complicações no domicílio do paciente” (SALVADOR, 2020, p. 6). Principalmente “ dentre os profissionais atuantes na APS destacam-se os ACS, pois estes realizam, com maior frequência, as visitas e o monitoramento clínico domiciliar dos casos suspeitos, bem como informavam a equipe complicações advindas no domicílio do paciente”(OLIVEIRA et al, 2021. p. 4).

Apenas em junho, três meses depois que a nova nota técnica emite novas orientações, agora, com o teleatendimento incluindo as ACS para que essas não fiquem expostas ao vírus no monitoramento de contactantes.

Inclusive, a autora Fernandes relata em seu livro que o papel da APS, inclusive das ACS as quais são profissionais da saúde tem uma capilaridade e poder de atendimento e articulação

no território, com isso faz uma crítica ao modelo de intervenção adotado pela secretaria de saúde:

deixando de apostar na mobilização desse imenso trunfo da política pública de saúde no Brasil e se restringindo à conclamação geral ao distanciamento e a referências à distribuição de máscaras e cestas básicas e aos auxílios de renda [...] Ou seja, embora tenham existido, ainda que timidamente, muito pouco aparece em relação aos cuidados de proximidade, sejam relativos ao funcionamento da atenção primária à saúde ou mesmo à ativação de espaços de apoio para isolamento e quarentena. Ou seja, impõem-se dificuldades de várias ordens para que os agentes comunitários de saúde – a conexão mais espreitada de todo o programa – possam exercer efetivamente seu papel de acompanhamento das famílias sob sua responsabilidade, reforçando esse ainda frágil elo entre política e território esboçado pela Estratégia Saúde da Família. Embora iniciativas tenham existido, ficou bastante minimizado o papel que essas equipes poderiam ter tido numa eventual testagem em massa, assim como no potencial esclarecimento com relação à pandemia, cuja ameaça tem sido desconsiderada ou minimizada no cotidiano de diversos bairros de Salvador, seja por desinformação ou por má informação (FERNANDES, p.81-82, 2020).

Assim sendo, mediante o cenário da pandemia da Covid-19 nos dados apresentados sobre os desafios atuais das Agentes Comunitárias de Saúde de Salvador na APS, analisar sobre essa categoria é de suma relevância mediante os desafios colocados e o quanto se faz necessário atualizar e pesquisar sobre elas, pois são profissionais as quais se desafiam enquanto classe trabalhadora na área da saúde.

4. CAPÍTULO 3 – DISCUSSÃO E RESULTADOS

4.1 - SOBRE O PERFIL DAS ENTREVISTADAS

Desde o desenho do projeto “Desafios do Trabalho na Atenção Básica à Saúde na Perspectiva dos Trabalhadores”, tendo por base a literatura científica e experiências anteriores da equipe de pesquisa, contávamos com categorias de investigação. A partir das entrevistas realizadas pelo projeto de pesquisa, compusemos seis categorias de análise, apresentadas no quadro 1. São elas: Condições de trabalho; concepções sobre o que é o trabalho e papel da ACS; Reivindicações, pauta de luta Forma de contratação e direitos trabalhistas; número insuficiente de ACS; tomada de decisão. Essas categorias orientam nossa discussão dos resultados. Reunimos nessas categorias conteúdos relacionados à experiências e percepções de ACS de duas cidades, Salvador e Recife.

Apresentaremos os resultados e a discussão dos municípios conjuntamente. Antes, contudo, trataremos de cinco aspectos que caracterizam o perfil das entrevistadas tanto em Recife quanto em Salvador: gênero, escolaridade, raça/etnia, média de idade e de atuação profissional. Das oito entrevistadas, sete são mulheres (4 em Recife e 3 em Salvador. Nenhuma é mulher trans).

Do universo de 8 ACS em relação à escolaridade, 3 tem formação de ensino médio de curso técnico e 5 de formação de nível superior, 1 com especialização. Dessas, em relação ao quesito raça/etnia, 3 se declaram pretas e 5 pardas. Faixa etária entre 39 e 62 anos e o tempo de atuação como ACS varia entre 16 e 21 .Esse dado deixa claro que todas as ACS entrevistadas tem um tempo de atuação que permite olhar para o trabalho do ACS percebendo diferenças. Isso se apresenta nos resultados, como veremos.

Não houve falas sobre racismo. Contudo, temos que pensar que ao se referirem à discriminação (por exemplo no acesso a recursos) devemos ter em conta que esse grupo profissional é, em grande parte, formado por mulheres negras. No campo da saúde, em particular no que diz respeito às Agentes Comunitárias de Saúde, no que se refere ao gênero, o sexo feminino aparece de forma predominante (BARBOSA, 2014, LINO, 2013 MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES; 2013). Ainda que o homem tenha predominado o mercado de trabalho, no decorrer dos anos houve um aumento da participação da mulher. Neste grupo específico esse aumento é ainda maior, Bruschini, (2007) chega a mencionar que existe um “nicho” feminino nesta categoria. Alguns estudos explicam essa predominância, entre ACS, pelo fato de ser uma profissão voltada para o cuidado. Tradicionalmente, a

sociedade associa o papel de cuidado à mulher, evidenciando a divisão sexual do trabalho (LINO et al 2012; HIRATA 2012).

Durão (2021) nos diz que embora o sistema capitalista ponha dificuldades para as mulheres se inserirem formalmente no mercado de trabalho, ao longo das últimas décadas, no Brasil, as mulheres têm sido “responsáveis pela manutenção da nova composição familiar, na qual, dentre outros arranjos, a mulher se configura como arrimo de família” (p. 180). Nas políticas públicas de saúde, desde a criação do PACS esse lugar de responsável pela família, como consta no IBGE, está ligado a uma naturalização da relação entre o feminino e o cuidar.

Seu papel de mulher e de cuidadora na família e uma vida marcada pela adversidade são naturalizados como intrínsecos a seu ser. Sobreleva-se, portanto, na narrativa dessas trabalhadoras, uma dupla determinação. De um lado, uma determinação de classe, pois são mulheres que tiveram sua vida construída diante de condições mínimas para produzir a existência. De outro, uma determinação de gênero, na medida em que se estabelece uma relação linear entre o sexo e seu papel como cuidadora dos filhos, dos pais, do marido e da comunidade (DURÃO, 2021, p.182).

4.2 - CONDIÇÕES DE TRABALHO

O primeiro ponto que destacamos, entre as condições de trabalho é a estrutura física. O espaço das unidades não é adequado para acolher as ACS, para realizarem reunião e atividades grupais, educativas. Até mesmo atividades são suspensas, por muito tempo, como é o caso de curativos, por problemas com o espaço. Esta realidade abrange as duas cidades e em Salvador isso tornou-se tema das reivindicações do sindicato.

O espaço do ACS, pelo amor de Deus, aquilo não é um espaço para ACS, nós somos em 11, se couber 3 ACS é muito. Nós não temos um espaço para reunião, nem com a comunidade e nem mesmo com o próprio usuário [...] eu sinto falta desse espaço para poder trabalhar com os grupos e trabalhar com a comunidade (Elisregina -Recife).

Sempre falta alguma coisa, o espaço físico da gente hoje é pouco para muita gente dentro da unidade (Marlene - Recife).

Teto já caiu na cabeça do usuário, faz tempo mas tinha um usuário fazendo na sala de curativo e o gesso caiu na cabeça da usuária, faz um tempo mas aconteceu. O imóvel não é próprio, é alugado, e temos essas dificuldades, principalmente dia de chuva. Outra dificuldade é de sala, não tem salas, tem três consultórios para 4 profissionais de nível superior, então quando uma está usando a sala, elas fazem um manejo para fazer o trabalho (Fabiana - Recife).

Uma vez por semana, cada agente de saúde assume o acolhimento, que é fica ali num cantinho improvisado, com a minha unidade, você entra de frente e

sai de ré, e onde não cabe nem minha equipe, tem duas [...] A nossa estrutura é mínima possível [...] (Dione - Recife).

A nossa sala de curativo está interditada há três anos e meio, a gente não atende curativo (Dione - Recife).

Com relação a estrutura, hoje tem uma estrutura melhor, a unidade foi pensada, muito questionamento, muita briga do sindicato questionando a reforma, sala do agente, mas uma sala de aproximadamente três metros quadrados, uma sala muito pequena (André - Salvador).

A falta de interação, diálogo com a gestão prejudica as condições de trabalho. A inserção e atuação das ACS na comunidade é uma característica entendida pelas entrevistadas como uma potencialidade, mas em seguida uma entrevistada informa que “não há escuta das trabalhadoras, por parte da gestão, mediante suas demandas e dificuldades pontuadas”. Assim, estar na comunidade nem sempre significa poder trazer, para os serviços, necessidades percebidas no território. Ainda que isto não seja suficiente para esvaziar de sentido a presença da ACS na comunidade, parte desse potencial é desperdiçado. Além disso, “não existe uma “retaguarda”, isso gera um isolamento, uma solidão, que tem provocado adoecimento nessa categoria.

Segundo pesquisa realizada pelas autoras Fogaça, Tombini e Campos (2017) a maior parte das queixas das ACS relaciona-se a falta de reconhecimento por parte da gestão, e menos sobre a comunidade. As ACS se sentem diante de alguns determinantes sociais de saúde, incapazes, reconhecendo-se impossibilitadas de promover saúde e melhorar a qualidade de vida dos usuários. Identifica-se uma precarização das relações de trabalho.

Muito frequentemente os estudos mostram que há um sofrimento, relacionado as formas de gestão e organização do trabalho. De um modo geral, o ponto central é o excesso de atividades e a cobrança associada ao cumprimento de metas (NOGUEIRA, 2017; SANTOS, HOPPE e KRUG, 2019; MIRANDA e PERGORARO, 2021).

A falta, quer seja de uma rede de assistência, de insumos ou de equipes completas é um ponto central nas condições de trabalho, pois impede que se possa garantir uma resposta satisfatória às necessidades da população. É um dos problemas do SUS e da APS, que atinge diretamente as ACS. Pouca atenção é dada para o sofrimento causado pela falta de compartilhamento de experiências com a equipe, uma ausência de orientação e até mesmo um apoio, um espaço de acolhimento para as angústias das trabalhadoras.

O profissional de saúde deveria ter uma retaguarda, deveria ter alguém que pudesse escutá-lo, que pudesse orientá-lo porque a gente lida com muita coisa na comunidade, são muitas carências, são muitos problemas. [...] Como a

gente vai dar resolatividade? Eu vou fazer o que? Ouvido de mercador então? (Elisregina - Recife).

Em entrevista, a ACS Marlene identifica que na medida que, por um longo período, não teve médico contratado na equipe multidisciplinar, conforme preconizado na Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL,2017, todas as demais categorias profissionais ficam penalizadas na execução de seus trabalhos. Os cuidados de prevenção e promoção da saúde não se concretizam.

O trabalho da gente dificulta muito porque depende um do outro, e a gente como ACS fica desfalcado, principalmente sem o médico, que é onde o pessoal mais procura (Marlene).

É necessário considerar o impacto do discurso, contido em muitos documentos oficiais e científicos, de que o ACS é o grande responsável pela mudança do paradigma da saúde pública brasileira. Esta afirmativa por trazer um alto nível de responsabilidade ao ACS e pode ser um dos motivos do adoecimento desse profissional (MONTEIRO-DUNHAM,2019, p, 78).

A frustração dos usuários pelo não atendimento de suas necessidades recai sobre elas que estão na “base”, no cotidiano, no território e isso se manifesta, também, de forma agressiva, como nos mostra a fala de Elisregina, ACS de Recife.

Como a gente vai dar resolatividade? Eu vou fazer o que? Ouvido de mercador então? "Está certo, a gente vai fazer o que faz", "depois eu vejo", "eu vou conversar com Fulano", mas tu sabe que não depende de você e você escuta os pacientes dizendo: "esse posto é uma merda", "esse postinho não serve, dá vontade taca fogo", pararam, mas antigamente diziam: "jogar uma bomba", por quê? Porque não tem os serviços. Mas a culpa não é nossa, a responsabilidade não é nossa, é das outras instâncias que não consegue chegar e isso só reverbera em cima da gente que está na base (Elisregina-Recife.)

Há uma sensibilização e uma não omissão, ao perceber que a demanda do usuário não é resolvida. É um profissional que, por seu papel e por sua inserção, não negligencia as queixas dos usuários, por exemplo, ao não receberem as medicações necessárias porque estão em falta; não conseguirem exames ou consultas especializadas em momento oportuno (Morosini, 2018). A ACS compreende o significado da subjetividade e da sensibilidade no cuidado em atender aos anseios dos usuários.

Uma descaracterização total da estratégia, porque é a diferença das outras instâncias ou unidades de saúde, o PSF é o agente de saúde. Nesse caso, o agente de saúde é uma peça muito importante, porque o agente de saúde é o agente secreto da família em que ele trabalha para o bem. Tem coisas que a gente não identifica nas conversas, mas a gente identifica nas observações. A gente traria essas observações para nossas reuniões de equipe e

trabalharíamos em cima disso, procurando situações de trazer um benefício para aquela família ou comunidade (Solange - Salvador).

Os autores Chuengue e Franco (2018) inferem sobre a relação ética das ACS e a produção do cuidado em território as quais “podem ser pautados por uma reflexão ética” (p15), por encontros que disparem nos agentes do cuidado potencial para um cuidado mais ético e solidário, empático, para desconstruir atitudes já endurecidas pela rotina e processo de trabalho com base nos procedimentos.

A falta de alguns insumos básicos, para as ACS, também é citada entre os problemas que afetam as condições de trabalho. Fabiana, fala da falta de fardamento/uniforme. O uniforme é um instrumento de trabalho, pois é sua vitrine de identificação, funcionando como um elemento de proteção, sobretudo em áreas mais violentas, onde a circulação é restrita. Em manual sobre segurança dirigido aos agentes de combate às endemias, o Ministério da Saúde recomenda:

Quanto aos riscos sociais, algumas medidas de proteção podem ser tomadas para permitir a segurança dos agentes no trabalho. Como exemplos, destacam-se: realização de treinamento para reconhecer e manejar situações de violência; uso de crachás institucionais de identificação e uniformes; contato prévio entre gestores e líderes comunitários (BRASIL, 2019d, p. 43).

Entende-se que a mesma medida se aplica aos ACS. Salvador, tal como outros municípios, tem um Decreto de nº 32107 de 23 de janeiro de 2020 (SALVADOR, 2020) com essa recomendação, mas em Recife não se localizou algo semelhante.

A partir do momento que a gestão não disponibiliza fardamento, além de isso a colocar vulnerável, torna-se mais difícil a atividade de cadastramento, pois é o fardamento ajuda a identificar a ACS como profissional do SUS.

Por vezes o fardamento não é renovado, o que gera um sentimento de vergonha, afinal, como nos faz pensar a fala de Fabiana, ACS de Recife, ela representa o poder público. Não disponibilizar de forma regular o fardamento para as profissionais é percebido como uma forma de “descaso” da gestão.

Fardamento terrível, eu mesmo estou trabalhando sem fardamento há muito tempo, porque eu tenho vergonha de sair com a farda que estou há tanto tempo, gasta, feia [...] Até brinco dizendo que se a prefeitura não tem vergonha que eu a represente assim, eu tenho [...] esse é outra dificuldade (Fabiana- Recife).

4.3 - DIMINUIÇÃO DO NÚMERO DE AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE NAS EQUIPES

Ainda em relação às condições de trabalho, destaca-se a diminuição da presença de ACS nas equipes. Isso tem contribuído para descaracterizar o seu trabalho. A ACS Solange, servidora, reconhece seu papel como estratégico, pois muitas vezes somente elas conseguem identificar necessidades ao observar determinadas situações na comunidade. Esse é um fator diferencial do papel da ACS na APS.

Numa pesquisa realizada em 2022 referente as configurações do trabalho na APS identificou-se em Salvador um aumento da presença da equipe de Atenção Primária (eAP) de 106 “num total de 474 equipe de Atenção Básica” (MOROSINI et al, 2022, p.5), salientando que a configuração da eAP tem como composição mínima médico e enfermeiro. Em Recife não há eAP.

Conforme as autoras Fonseca e Morosini (2021) explanam em relação a PNAB 2017 ao não designar o número mínimo de ACS por equipe e anunciar equipes sem ACS, com a formação mínima composta por médico e enfermeiro, uma eAP passam a ideia de que é possível ter equipes sem ACS, e portanto o ACS torna-se profissional do qual o SUS pode prescindir, causando um retrocesso à lógica do cuidado em território. A eAP é uma forma de descaracterizar a ESF, porque é a diferença das outras instâncias ou unidades de saúde, o ESF não existe sem a agente de saúde.

Pesquisadores da Fiocruz e colaboradores identificam que já existe uma realocação das Agentes Comunitárias de Saúde para outras unidades de saúde, saindo de seu território de origem. Em Salvador, por exemplo, há um aumento de implantação de equipes de saúde e na modalidade eAP em contrapartida não há a realização de concurso público que contrate mais ACS para ocuparem os serviços de saúde na Atenção Básica (Morosini et al, 2022).

A gente fica desmotivada por falta de profissional na equipe, muito tempo desfalcadas, e é desfalque de ACS ou de médico (Marlene - Recife).

Já estava havendo essa desconstrução aí a respeito da quantidade de agentes de saúde, porque quando nós entramos a proposta oficial era termos 12 agentes de saúde, a depender da necessidade da área. O limite máximo seria 12. Mas nós iniciamos na primeira unidade com sete agentes de saúde [...] o que eu sei é que, na prática, isso não é nada bom (Solange - Salvador).

A quantidade de Agentes de Saúde, nessa nova proposta, é um Agente de Saúde por área de equipe (Solange - Salvador).

Mas nós iniciamos na primeira unidade com sete Agentes de Saúde [...] o que eu sei é que, na prática, isso não é nada bom (Solange - Salvador).

Eu era de uma unidade onde tínhamos sete Agentes de Saúde e no decorrer dos anos esses Agentes de Saúde foram começando a ser redistribuídos mediante a novas unidades que fossem abertas (Solange - Salvador).

Já tinha essa questão da mudança dos Agentes Comunitário, não é? A mudança de área. Depois veio a questão do quantitativo de pessoas para ser atendido, que antes a gente tinha que atender 750 pessoas. Depois, passou para 800 e lá vai, ficou de 850 [...] Depois veio a questão de quantidade da equipe, então as equipes tinham que atender um número de pessoas, três 3 mil e alguma coisa. Depois, diminuiu, não é? Quer dizer, aumentou o número de pessoas para cada equipe atender. E a gente perdeu até uma equipe, que eram três, ficaram só duas, e ainda com a eminência de a gente perder mais uma equipe até falou em tirar o posto de saúde (Mirna - Salvador).

Na minha unidade são 10 agentes, porém eu tenho o privilégio de esta ter 100% de cobertura (André - Salvador).

Segundo Silva e colaboradores o envolvimento diário, no território, dessa trabalhadora pode revelar experiências únicas que contribuem para a reflexão crítica sobre os processos de trabalho e a formação da identidade profissional. “O lugar de mediação que ele ocupa, por si mesmo, evidencia a complexidade e as contradições das inter-relações no território”(2014, p.114).

Segundo o relato de Mirna (Salvador), ao longo dos anos e das mudanças nas políticas e na gestão, houve uma mudança negativa da atuação original da categoria. Para esta ACS desde o início de sua atuação dava para perceber várias perdas, havendo uma piora gradativa, até que características que dão sentido a sua atuação, começam a ser retiradas também. Um exemplo são as ações realizadas com as puérperas nas visitas domiciliares. No início do PSF, uma atribuição muito difundida junto com a Pastoral da Criança era o acompanhamento do peso das crianças. Para isso as agentes contavam com balança. Outras ações são de educação em saúde, para as quais recebiam materiais diversos e incentivos como lanche para o grupo:

acho que muito do que a gente realizava há 16 anos, quando eu cheguei, hoje em dia é menos da metade, nós não pesamos mais as crianças, não temos mais a balança, não realizamos mais as visitas de puerpério, as orientações dadas para as mães com os filhos recém nascidos sobre amamentação, cicatrização do parto, a orientação de como pegar o bebê, para mim era uma das melhores fases de visita, era receber esses recém-nascidos e estar com aquela mulher, porque é um momento muito assim, né [...] por mais filhos que a mulher tenha, quando ela retorna da maternidade com o filho no braço é sempre um desafio muito grande para a mulher, para a família toda, mas principalmente para as mulheres (Mirna- Salvador).

Agentes comunitários antes recebiam material educativo: caneta, balões coloridos para a gente inventar, cartolina para você fazer a sala de espera, fazer cartazes na comunidade convidando para alguma atividade que fosse ter na unidade de saúde, fazer grupos, chamar as pessoas para fazer grupo, então tinha até uma caixinha, era tipo um ticket que você recebia para fazer lanche, para fazer um chá da tarde, uma reunião, e isso foi se acabando, acabou mesmo. Então foi por aí, foi começando a diminuir essa parte educativa, essa liberdade dos agentes de elaborar seus planos de ação nas suas áreas (Mirna - Salvador)

Outra carência diz respeito à capacitação e à educação permanente que também dificulta a realização do trabalho da ACS, como também identificou-se a falta de material para o trabalho de educação em saúde junto à população, nas visitas domiciliares e nas unidades.

No Brasil, a formação dos trabalhadores do SUS é uma responsabilidade registrada na Carta Magna em seu artigo 200 (CF 1988) a qual estipula, nos termos da lei “Além de outras atribuições, compete ao Sistema Único de Saúde ordenar a formação de recursos humanos”. A educação permanente faz parte do processo de qualificação de trabalhadores do SUS, como estratégia para lidar com os desafios que vão se delineando, modificados pelas características do modelo de atenção e do perfil sanitário dos grupos populacionais. Ceccim (2005) defende que deve-se assumir a “porosidade” da Educação Permanente em Saúde (EPS), pois essa é a melhor forma de lidar com o fato de que a realidade é mutável. Para este autor, a EPS pode:

[...] corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. Pode corresponder à Educação Continuada, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos. Pode, também, corresponder à Educação Formal de Profissionais, quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e coloca-se em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino (CECCIM, 2005, p. 162).

Embora a defesa da educação, capacitação, formação no SUS estejam sempre presentes em documentos e nos textos acadêmicos, o que as entrevistas mostram foi a perda, gradativa, ao longo dos anos. Ao não receberem atualização, os profissionais ficam se condições de praticar ações educativas de forma mais efetiva, junto à comunidade. Há uma sensibilidade em reconhecer e sentir falta do aporte de conhecimento que recebiam e que era revertido em prol dos usuários. Reconhecem também que, quem mais perde é a comunidade. A reivindicação para a realização do curso técnico é requerida desde 2006 (BRASIL, 2006).

Participar do curso técnico Saúde com A gente foi uma pauta de luta da categoria por anos, por serem os únicos trabalhadores que não tem uma profissão técnica ou de nível superior e ao longo dos anos foram sendo dadas diversas atribuições de trabalho que as deixaram diluídas na ESF (André - Salvador).

Eu me lembro em 2004, quando iniciou, até 2007, até 2008, tinha dia que a gente dizia: nós, na semana, não está nem conseguindo visitar as famílias porque está tendo uma capacitação atrás da outra, então até os colegas na época ela se sentiam mais confiantes de estar na área porque estava capacitado, estava treinado, embora nós tínhamos as capacitações por fora, ou seja, a gestão dizendo: você vai para tal lugar fazer tal curso, nós tínhamos também os profissionais das unidades, enfermeiras, que supervisionam o trabalho do agente motivados a capacitar também, tinha capacitação permanente da unidade, era uma regra, a gente tem essas capacitações para nossa supervisora enfermeira que não mudou, digo direto aos colegas, a nossa supervisora ainda são as enfermeiras, isso não mudou (André - Salvador).

A entrevistada sabe quais são suas atribuições profissionais (BRASIL, 2006) e o que está preconizado nela. Esse fator demonstra seu comprometimento profissional.

Eu faço atividades, todas que eu faço eu tenho muito cuidado de prestar atenção se é realmente uma atividade que contemple, o programa do agente comunitário de saúde, se está ali previsto nas atribuições do agente comunitário de saúde (Mirna - Salvador).

Dentro da categoria condições de trabalho, o tema referente a formação do curso técnico para as ACS foi citada como pauta de reivindicação representada pelo Sindicato de Salvador. O município de Salvador foi o último a se credenciar para que a categoria pudesse participar do curso técnico Saúde com Agente, em 2022, demonstrando que a categoria não é vista pela gestão como prioridade. Houve a necessidade de pressionar o secretário de saúde para participarem do curso.

Participar do curso técnico Saúde com A gente foi uma pauta de luta da categoria por anos, por serem os únicos trabalhadores que não tem uma profissão técnica ou de nível superior e ao longo dos anos foram sendo dadas diversas atribuições de trabalho que as deixaram diluídas na ESF (André - Salvador).

Salvador foi o último município que, no último dia de fazer o credenciamento (curso técnico saúde com Agente), foi o último município e se credenciou. Eu digo direto, eu acredito que ele só se credenciou para não ficar feio. Dos 417 municípios, a capital não iria se credenciar? Enfim, aí no último dia, no último minuto, a prefeitura se credenciou, então eles resistiam, porque essa gestão não tem como prioridade capacitar, melhorar a mão de obra desses trabalhadores, agentes de saúde, agente comunitário, então a gente lutou, a gente questionou o secretário da época. “Senhor secretário, o senhor não vai

fazer adesão, não?”. A gente estava acompanhando pela planilha os municípios que iam fazendo adesão e o secretário, no último minuto, foi feito o credenciamento (André Salvador).

O reconhecimento da profissão e a inserção das ACS nas equipes multiprofissionais foram fatores que incentivaram o Ministério da Saúde a traçar o processo de formação e o perfil de atuação desse profissional. Nesse sentido, em 2004 (BRASIL), o referencial curricular para a formação do Curso Técnico das ACS foi estabelecido para subsidiar instituições educacionais para desenvolver o plano de curso.

Outras mudanças no processo de trabalho são atribuídas ao que chamamos de gestão de viés gerencialista, que induz práticas orientadas para uma elevação contínua de produtividade, orientada por metas (Santos, 2022). A ACS Fabiana (Recife) refere-se a uma desumanização do trabalho:

Isso já é uma forma de desumanizar os atendimentos, porque fica aquela coisa tudo virou mais número e quantidade de atendimento de produção. E foi diminuindo essa questão das visitas. O enfermeiro não tem mais tanto tempo de estar na área, não é? Não é porque ele é um cara ruim e tal, porque ele tem que ficar ali preso naquele: não sei quantos preventiva, não sei quantos pré-natal, gestante. A quantidade, e se você não conseguir aquela quantidade, não bate a meta (Fabiana - Recife).

As condições de trabalho revelam também situações de discriminação, como coloca Elisregina (Recife). Ela identifica uma ação discriminatória com a categoria, em relação aos demais profissionais da equipe, por não terem o acesso à internet, visto que usam o tablet e o celular através do app WhatsApp como ferramentas de trabalho.

Eu acho que ainda é muito tímido e tem, de certa forma, trazido alguns problemas para a gente. Por exemplo, a internet devida, eu uso o meu celular para me comunicar com os meus pacientes, a internet é minha, o WhatsApp, todas essas coisas são minhas, é do meu bolso. [...] Alguns profissionais de saúde da unidade têm acesso à internet, mas os ACS não têm, interessante, não é? (Elisregina Recife).

Ainda na categoria *condições de trabalho* identificou-se que seu instrumento de trabalho, o tablet foi introduzido em sua jornada, sem que houvesse uma capacitação adequada para uso e manuseio desse equipamento. A falta de computador na sala das ACS também é um fator dificultador para a realização de outras atividades na USF como a preparação para as atividades de educação em saúde.

A gente na sala do ACS não tem computador (Dione - Recife).

Em pesquisa realizada a respeito do uso dos tablets pelas ACS, Leandro e Pinto (2022) notam que entre os obstáculos encontrados está a falta de treinamento, para que os profissionais de saúde possam realmente utilizar os equipamentos de forma que lhes seja útil. No mesmo estudo, observam que o tablet, foi inserido para evitar um retrabalho, visto que as ACS anotavam em papel e, depois, passavam para o computador. Assim, o tablet seria um instrumento facilitador. Só que na prática, além da questão do treinamento, existe a perda de dados que precisa ser reconhecida como um problema para o processo de trabalho. Todos esses elementos devem ser debatidos considerando a histórica precarização do trabalho enfrentada por esta categoria.

Ontem mesmo eu fui visitar uma senhora acamada porque eu estava nove meses sem tablet quebrado e chegou agora, só que a gente estava visitando sem tablet mesmo (Maria Quitéria - Salvador).

O uso dessa ferramenta demonstra haver diversas falhas, que afetam a trabalhadora da ponta e dificultam o processo de trabalho. Alguns problemas _ erros _ do aplicativo / software já existiam quando as profissionais receberam os equipamentos. Mediante tantas falhas no app, gera um tempo ocioso que posteriormente vira acúmulo de trabalho.

Se fosse feito hoje, dado na minha mão, e dissesse assim: “Tome, seu tablet está aqui, você vai cadastrar casinha por casinha, tudo direitinho”, a gente estaria muito feliz, mas você pegar um erro de lá de trás, e tentar consertar hoje, e o sistema vai para um lado, e não vai, e fica perdido nas nuvens, realmente é complicado, tem hora que me dá vontade de jogar longe (Marlene - Recife).

Diante da falta de medicação na unidade fica impossibilitado da profissional seguir monitorando os usuários numa perspectiva de melhora se falta esse suporte no serviço. A OMS trata a questão do desabastecimento de medicamentos como um problema global, que vem desde meados do século XX; envolve oferta e demanda e também afeta países de renda elevada (WHO, 2016). Na Atenção primária, estudo sobre a disponibilidade de medicamentos mostrou que apenas 60% dos medicamentos previstos neste nível estão disponíveis (NASCIMENTO et al 2017). Isso não é apenas um desafio, mas um problema para o princípio da integralidade no SUS. A possível interrupção de tratamentos instituídos, decorrente do desabastecimento, pode ocasionar internações por doenças mentais, reduzir a qualidade de vida dos pacientes e aumentar os custos da assistência à saúde. O aprimoramento do acesso a medicamentos psicotrópicos essenciais é um componente chave para fortalecer a assistência em saúde mental (NASCIMENTO et al, 2017, p.8). Há um subfinanciamento na saúde com uma população

crescente a qual não garante o acesso aos medicamentos (OLIVEIRA, NASCIMENTO e LIMA, 2019).

A pergunta que a ACS Maria Quitéria faz na fala abaixo nos mostra esse dilema, que envolve os profissionais de saúde e afeta os ACS.

Eu acho que falta muito medicamento na farmácia. O médico faz a consulta, o paciente vai pegar, não tem. E aí, como é que eu vou perguntar: “e teve melhora?” (Maria Quitéria - Salvador).

falta remédio, falta profissionais, porque tem equipe desfalcada, vai puxando uma coisa e outra, e é complicado (Marlene - Recife)

4.4 - CONDIÇÕES DE TRABALHO NA PANDEMIA DA COVID - 19

Na pandemia da COVID – 19, houve dois destaques de maior relevância na pesquisa: o primeiro está voltado para a quantidade insuficiente de Equipamento de Proteção Individual ofertado para a categoria e o segundo se refere ao adoecimento psíquico trazido pelas condições de trabalho e a sobrecarga adquirida, de forma acentuada, neste período. Estudo da Rede APS aponta a escassez de EPI e capacitação aos trabalhadores referente ao manuseio dos equipamentos, inclusive na região Norte e Nordeste constam o maior índice relacionado a falta deste insumo no período pandêmico a essas profissionais (BOUSQUAT et al, 2020).

O modo diferente e desigual de acesso que profissionais dessa categoria tiveram aos vários recursos na pandemia, motivou uma mobilização para a publicação da Lei 14.023 de 2020 (BRASIL,2020) que no parágrafo primeiro elenca quem são os profissionais de saúde e no inciso XII inclui os ACS. A FIOCRUZ/EPSJV no mesmo ano, emitiu uma nota técnica reiterando a importância de estabelecer formas para possibilitar “trabalho seguro e proteção à saúde” (FIOCRUZ, 2020) no período de combate a Covid - 19. Houve casos que, diante da falta de EPIs, responsabilidade da gestão, ACS arcaram, do próprio bolso, com a compra desses equipamentos. Três meses após o início da pandemia o município de Salvador emitiu uma nota técnica dando recomendações e nova reorientação do processo de trabalho das ACS. Nessa nota técnica reflete que essa categoria ficou, de forma geral, responsável pelas ações de vigilância em saúde no território, mas não houve a contrapartida básica, que seria a disponibilização de EPIs suficientemente (SALVADOR, 2020). O mesmo ocorreu em Recife, através do Protocolo de Assistência e Manejo Clínico na Atenção Primária a Saúde Covid - 19 (RECIFE, 2020). Em agosto de 2021 o SINDACS/PE emitiu uma nota oficial dando recomendações a respeito do uso do EPI, e recomendou também que produtividade da categoria fosse realizada de forma remota (SINDACS/PE, 2021).

Nogueira e colaboradores (2020) realizaram uma pesquisa em 5 municípios brasileiros, cujo resultado apontou para a distribuição desigual de EPI, em especial o uso da máscara cirúrgica, quando as ACS foram “preteridas” (2020, p.8) num primeiro momento e, quando receberam, não foi em quantidade suficiente nem de qualidade adequada.

Questão de EPI, a gente recebe as máscaras, recebe hoje o protetor solar, a gente tem direito a um a cada seis meses, ou anual, a gente recebe um protetor solar, acho que só [...] recebemos uma garrafa de álcool, 10 máscaras por semana, e sabemos que a máscara, temos que trocar [...] No começo faltava álcool, faltava máscara, a gente ficava brigando para que chegasse. E aí, na minha unidade, muitos de nós compramos, passamos a comprar. Compramos a N95 (Marlene- Recife).

O que veio para os ACS foi máscara, a gente sempre esteve colocando em pauta, para ser uma, ser duas, o que é e o que não, a gente sempre conversando sobre isso. Para o ACS, o que tinha era isso. E aí o questionamento: como que a gente ia para a área sem? Porque os profissionais médicos iam paramentados (Elisregina- Recife).

Substituí as colegas, o primeiro contato do usuário é com posto de saúde, e para a gente dizer que não está atendendo, a gente tem esse contato com o usuário, e na época, sim, a gente brigava por máscara, sindicato brigando por máscara, por álcool, nunca faltou, mas quando era recomendado usar uma máscara a cada 2 horas, vinha duas máscaras por dia [...] Compramos as máscaras, as que protegem mais, tipo viseira (Fabiana - Recife).

No começo máscara a gente não tinha, máscara, álcool era aquela coisa que vinha muito regrada, muito pouquinho, depois veio, depois a prefeitura se organizou e chegou material, mas no começo não tinha máscara. Até hoje é insuficiente (Fabiana - Recife).

os agentes não tinham direito a ter acesso a EPI, e a gente tinha que brigar por uma. “Olha, nós estamos ali em contato direto com a população, com as pessoas que estão ali (sintomáticas respiratórias) , e a gente precisa estar protegido também”. depois de muita luta, a gestão aqui em Salvador entendeu que, de fato, esses profissionais precisavam se proteger, cuidar da população (André - Salvador).

O agente, naquele primeiro momento, não estava incluído, não estava incluso ali na lista dos profissionais de saúde, nós tivemos também, mas foi mais uma batalha para essa categoria, para dizer a gestão que nós, por mais que muitos achassem que não, nós estávamos ali recebendo a população cheia de medo, cheio de dúvida indo bater da nossa porta para avisar: “olha, fulano de tal está ali (André - Salvador).

Uma outra pesquisa, realizada em Recife, mostra que “as ações coletivas de promoção e vigilância” foram, em sua maioria, realizadas pelas ACS (SANTANA, 2020, p. 1). O Conselho Nacional de Saúde emitiu em 2020 a recomendação de nº 20, a partir de diálogo como os gestores de saúde, ao qual, pactuou-se que houvesse a garantia e proteção aos trabalhadores da saúde quanto ao uso dos equipamentos de proteção individual. Esta garantia

é um conjunto necessário de medidas preventivas e de proteção para minimizar os riscos ao trabalho e deve ser garantido como um direito do trabalhador (CNS, 2020).

As autoras Farias, Trott e Viola (2023), em estudo que analisa os Planos de Contingência de estados do Nordeste, a respeito de ACS, comentam:

nas orientações dos documentos citados, é evidente a ausência de direcionamentos específicos para esses profissionais e, nos documentos encontrados para os estados do Maranhão, Paraíba, Piauí e Sergipe, não existiu sequer alguma menção à atuação do ACS (Farias, Trott e Viola, 2023, p. 11).

Esse mesmo estudo fala do protagonismo das ACS no combate ao coronavírus e cita as estratégias dessas trabalhadoras. A pesquisa destaca que o papel dessa profissional, em tese, ficou voltada para ações burocráticas, a qual deixou de lado, o papel estratégico e mediador que essa categoria tem no território as limitando na extensão do cuidado.

O segundo fator de destaque na categoria condições de trabalho, no contexto da Covid 19 foi a sobrecarga de trabalho e sofrimento psíquico. Houve alto índice de profissionais das equipes afastados por contaminação. Uma ACS entrevistada necessitou de afastamento médico psiquiátrico por ter entrado em sofrimento psíquico, dado o cenário posto da pandemia, naquele momento, e o número significativo de perdas de vidas na família e de usuários acompanhados no território. Pesquisa de Fernandez *et al* (2023), aponta que diversos fatores relacionados às condições de trabalho foram responsáveis por “elevada prevalência de ansiedade e depressão entre ACS no período da pandemia”(Fernandez et al al, 2023,p.2931) e menciona também que outros estudos mostram que “entre todos os profissionais atuantes na APS, há uma maior prevalência de ansiedade e depressão entre os ACS”(Fernandez et al al, 2023,p.2931; Júlio et al, 2022).

Apesar que da pandemia para cá, as coisas ficaram mais difíceis para mim, trabalhar, é como se eu começasse hoje com uma dinâmica diferente, com pessoas diferente, com pessoas sofrendo [...] eu tive depressão, perdi 30 pessoas, muitos pacientes, muitos amigos, parentes, sobrinho novo e isso mexeu muito comigo [...] tenho um pouco tempo que deixei de tomar medicação (Maria Quitéria - Salvador).

Nas relações pessoais, sociais e de cuidado para com a comunidade assistida, as ACS experimentaram sentimentos que trouxeram certo grau de sofrimento físico e emocional, relacionados a aspectos objetivos como a sobrecarga no trabalho mas também à dificuldade de compreensão do próximo e aos medos e incertezas inerentes ao contexto atual. A pandemia descortinou a falta de condições trabalhistas da categoria, aprofundando a precarização.

chegou um tempo que eu não conseguia mais ir ao posto, que eu não conseguia ficar na portaria nem para se sentar, que eu não conseguia visitar uma casa, que eu não conseguia nem esperar o ponto para bater, esperar cinco minutos. Chegou o momento que minha família tinha que me levar e eu saía suando com diarreia, chorando. E depois eu tive que me afastar (Maria Quitéria - Salvador).

A maior parte dos integrantes da equipe dessa profissional contraiu a Covid 19 de forma mais grave. Houve adoecimento psíquico, inclusive da ACS entrevistada a ponto de ter que se afastar para acompanhamento por psiquiatra e psicóloga. Houve também sobrecarga de trabalho, pois diversas tarefas (de burocráticas à limpeza) eram transferidas para poucas trabalhadoras, gerando exaustão. A infraestrutura era precária:

São 43 funcionários, chegou uma época que só dez funcionários poderiam trabalhar, os postos ao redor nosso fecharam porque todos os funcionários ficaram doentes. No meio dessas dez, eu fiquei trabalhando, eu, o outro colega que participou da pesquisa e mais uma colega, então a gente fechava o posto, limpava o posto, ia para a farmácia, ia para a folha de frequência e tinha dia que eu não vinha para casa almoçar, e a UPA estava superlotada e aí a gente ficava já lá, aí comia um pão, foi a época que eu comi menos (Maria Quitéria - Salvador).

Afetou primeiro o juízo, todo mundo meio surtado, medo de morrer, de perder os nossos, e vendo famílias, vendo amigos, irmãos, isso afetou principalmente nos meios da gente, e tempo de parar mesmo, eu chegar e a médica, que lida com morte naturalmente, dela dizer que “Eu não estou mais aguentando, vou surtar” (Fabiana - Recife).

Estudos voltados para os Agentes Comunitários de Saúde apontam a presença de transtornos psíquicos e sofrimento mental, resultante de situações geradoras de sofrimento no seu trabalho (JÚLIO et al, 2022).

Um terceiro fator de destaque nesta categoria se refere a falta de capacitação tanto para o uso de EPI quanto para a atuação em território no combate a Covid - 19. Em Recife, uma médica buscou formação particular, por iniciativa da própria médica, que se sensibilizou, buscou se capacitar e também repassar a sua equipe, demonstrando uma negligência tanto do Ministério da Saúde na época, quanto por parte da gestão municipal.

Fica claro o não reconhecimento da categoria no trabalho de combate a Covid 19 quando uma entrevistada cita que foram “jogados” à parte pela gestão e tiveram que se adequar as demandas de atendimento aos usuários.

Então a gente ficou muito jogado mesmo, mas tentando. As pessoas não deixarem de procurar os agentes comunitários para se informar e a maioria das minhas colegas continuaram fazendo visitas, mesmo durante esse período. Então ficava no pátio da casa, do lado de fora, mas continuaram fazendo porque não tinha muito o que fazer.

Segundo pesquisas internacionais houve recomendação para a formação/qualificação dos trabalhadores comunitários para atuarem na pandemia de Covid-19 (AKSEER *et al*, HAINES *et al*, TRAN *et al*, 2020). A conclusão de um estudo indica a necessidade de treinamento contínuo, informações compartilhadas e atualizações de diferentes maneiras, levando em consideração frequentes alterações nos protocolos durante a pandemia (BALLARD, 2020).

E foi estranho quando eu não vi nenhuma formação para ACS, não teve (Elisregina - Recife).

Segue ratificando a não inserção da categoria em processos de qualificação/formação que os preparasse para o combate a covid 19, num cenário em que a falta de conhecimento e a dificuldade de ter clareza sobre como atuar atingia trabalhadores de todas as categorias

os médicos ficaram todos doidos sem saber o que fazer. O que tinha era a médica da minha equipe, ela juntava todo mundo às tardes, e ela ia fazer formação com a gente, capacitando a gente, informando a gente, ela juntou a gente muitas vezes, duas equipes, juntava todo mundo, o enfermeiro, agente de saúde, e ia informando a gente do que estava acontecendo e o que deveríamos fazer, como agir. Tivemos isso por iniciativa da médica mesmo (Fabiana - Recife).

A gente não foi preparada, não. É isso que eu sentia, porque eu soube depois até que teve um projeto, alguma coisa que era parecido com agente comunitário de saúde, era parecido, se não me engano, era no Recife, Fortaleza. Mas que era um trabalho voltado para a população de comunidades empobrecidas, favela, essas coisas, não é? Porque tratava da realidade de pessoas que moram em casa apertadas. Casas próximas, essa questão do distanciamento de pessoas infectadas, mesmo na mesma casa, como é que se portar. Aqui eu participo de um grupo que é o comitê covid, uma coisa assim. O comitê tinha uns informativos bem interessantes, no começo da pandemia. Acho que faltou isso na gente. Faltou formação, até para você incentivar as pessoas. (Mirna - Salvador).

Então a gente ficou muito jogado mesmo, mas tentando. As pessoas não deixarem de procurar os agentes comunitários para se informar e a maioria das minhas colegas continuaram fazendo visitas, mesmo durante esse período. Então ficava no pátio da casa, do lado de fora, mas continuaram fazendo porque não tinha muito o que fazer. A gente tem um tablet, tem que preencher as visitas, tem que dar o quantitativo de visitas, que são oito visitas por dia e isso foi mantido. Mas eu senti falta da inclusão dos agentes comunitários de saúde em uma coisa mais efetiva, formação mesmo (Mirna - Salvador).

Uma contradição posta para as ACS foi que, mesmo sendo designado o trabalho remoto, a categoria teve que continuar a realizar as 8 visitas domiciliares por dia sem que fosse disponibilizado material de proteção suficiente para elas, nem tampouco formação para o enfrentamento da pandemia.

O contexto da pandemia descaracterizou o maior papel da ACS que eram as visitas domiciliares. Após os primeiros meses de disseminação do vírus, as ACS passaram a realizar trabalhos burocráticos na unidade de saúde. Nos meses subsequentes constam nas falas que as visitas seguiam sendo realizadas de forma peridomiciliar e com a realização de 8 visitas diárias no território. A pesquisadora Gabriela Lotta (2020) em seu artigo sobre a precarização das condições de trabalho dessa categoria no período da pandemia, relata o déficit de EPI, baixos salários e até atrasos nos pagamentos, desvios de função, sobrecarga de trabalho e falta de suporte psicossocial.

No mesmo período da pandemia começou o novo cadastro das famílias, no tablet. Nesse interim com o aumento de USF houve diminuição da ACS indo na contramão da lógica da ESF.

Como eu estava falando, a covid atrapalhou muito. Nós estaríamos, com a nossa unidade, no sentido de reterritorialização e cadastro, 100% se não fosse a covid. Acho que essa parte foi a que mais afetou e as visitas domiciliares, que a gente também não está mais fazendo como o normal [...] A gente vai na área, mas é muito pouco para a realidade que nós íamos (Solange - Salvador)

No geral, a pandemia você não teve direito a licença, não podia tirar licença, não podia também tirar férias e não houve incentivo nenhum [...] Além da questão trabalhista, dinheiro mesmo, investimento com o trabalhador para trabalhar com mais tranquilidade já que estava tendo essa questão mesmo da fome, das coisas subirem, das coisas desaparecerem, do poder aquisitivo ficar bem abaixo e não teve essa questão, incentivo até do governo ou da prefeitura que eles tivessem meio da gente mudar um pouco, respirar um pouco porque o salário ficou mais apertado ainda (Mirna - Salvador).

Na fala subsequente a profissional Mirna, de Salvador, identifica que já havia um desmonte do SUS com a falta de financiamento e que, mesmo diante de tantos ataques, no período da pandemia o SUS conseguiu alcançar destaque nacional. A tragédia, no Brasil, só não foi pior porque contamos com um sistema de saúde que está presente em todo território nacional e isso foi fundamental para salvar vidas e para efetivar a vacinação contra Covid 19. Com a tentativa de desmonte do SUS e o projeto neoliberal existente desde sua implantação, os autores Silva e Ruiz trazem uma reflexão: “A naturalização das parcerias entre Estado e organismos privados para gerir e executar políticas sociais em diversas áreas caminha no mesmo sentido geral das políticas de pretensão desmonte do SUS” (2020. p.6). Mas lembramos aqui que Salvador e Recife não são cidades como o Rio de Janeiro, em que a APS se desenvolve com base em OS. O enfraquecimento da ESF, nessas cidades afetas as ACS, e precisa ser melhor entendido, mas a entrevistada destaca a falta de financiamento.

Durante a pandemia, a gente não fazia visitas, não poderíamos fazer visitas, a gente não tinha muito que fazer. Então se já tinha um desmonte, já estava a coisa enfraquecida, o nosso trabalho, o nosso programa já estava

enfraquecido [...] eu não diria que a pandemia piorou, porque a pandemia até que se cursou o SUS, porque o processo que estava vindo já era de acabar mesmo, de desmontar, de acabar com o programa, a gente podia ver que era uma coisa para enfraquecer mesmo o SUS, já estava sentindo pela falta de várias coisas que tinha, a falta de financiamento, não era mais a mesma (Mirna - Salvador).

Pesquisa nacional relata que na pandemia, no nordeste cerca de 81,2% recorreram ao uso de seu celular particular para entrarem em contato com os usuários e na USF antes da pandemia + chips e aparelho disponibilizado na pandemia houve um índice de 30,4% (GIOVANELLA *et al* 2022.). Isso também aparece nas nossas entrevistas.

Uma estratégia individual que eu adotei, que foi de pegar o telefone das pessoas e ficar atendendo remotamente por minha conta, não tinha telefone que a prefeitura me deu ou que o programa de agente comunitário foi lá e deu um celular para cada pessoa e promoveu isso, mas eu sentia a necessidade de estar perto das pessoas, saber o que estava acontecendo, porque eu estava dentro de casa. Mas eu tinha essa necessidade e precisava de alguma forma de estar atuando, mesmo que fosse remotamente (Mirna - Salvador).

A mesma ACS mostra resistência diante de atribuições que não reconhece como parte do seu trabalho.

Essa de fazer uma que não é minha atribuição não faço [...] Quando teve essa questão da covid mesmo, essa questão de ficar dentro da unidade de saúde fazendo acolhimento, fazendo fila e preso na unidade, eu não fiquei. Não é papel do agente comunitário ficar dentro da unidade de saúde. Eu não fiquei nesse momento, eu me recusei. (Mirna - Salvador).

De novo a categoria não reconhecida como profissional de saúde na pandemia, gerando um verdadeiro desrespeito e uma ação discriminatória a essa categoria. Isso tornou necessário listar , em instrumento legal, quem eram os profissionais de saúde ,entre esses as ACS.

Com a pandemia os agentes eram deixados de lado, como se não fosse um profissional de saúde (Mirna - Salvador).

Contudo, as atribuições do trabalho das ACS não podem ser excluídas do cotidiano dos serviços de saúde. Durante uma pandemia ou surto, estas características podem até ajudar a aumentar a aceitação de medidas desenvolvidas e recomendadas pelas autoridades nacionais de saúde. Isso não se deve apenas à capilaridade da ACS na área, mas sobretudo porque essa trabalhadora é uma das principais responsáveis por reconhecer as exigências e peculiaridades da área pela qual é responsável (MACIEL *et al*, 2020)e também pode manter uma relação próxima dos usuários.

4.5 - FORMAS DE CONTRATAÇÃO E DIREITOS TRABALHISTAS

Sobressai aqui o papel do sindicato na busca pela garantia dos direitos trabalhistas da categoria e a sua importância como agente mediador, aparecendo com destaque na maioria das falas. Com isso, se reconhece a mobilização da categoria ACS e a importância do papel do sindicato, o poder de e sua representatividade, liderança / tomada de decisão sobre diversas pautas reivindicatórias, tais como salário e condições trabalhistas. Inclusive, em Recife, por exemplo, no início da institucionalização da categoria na Atenção Básica, o contrato era temporário e, no decorrer dos anos seguintes, passaram a ser profissionais estatutárias, com forte presença política do sindicato.

Pesquisa realizada em Recife infere que antes do início da institucionalização do ACS a forma de recrutamento dessa trabalhadora era realizada através de “suas referências comunitárias e do reconhecimento do seu papel de liderança, tendo como importante função a mobilização popular” (QUEIRÓZ *et al*, 2012, p.268). Em muitos casos, era disseminada a prática de indicação política, quando políticos locais tomavam os cargos de ACS como um tipo de patrimônio particular, do qual podiam dispor.

Entre as entrevistadas de Salvador está Elisregina, que já participou de representação coletiva. André também de Salvador tem histórico de representação sindical. Ambos entendem a importância de lutar por direitos trabalhistas, salariais e se unem a categoria na perspectiva de resgatar o papel profissional que eles entendem como verdadeiramente ligado ao perfil da categoria e que era preconizado desde o início da sua atuação profissional. Pouco depois, na fala seguinte um destaque se refere a conquista histórica da categoria com a Lei de nº 12.994 de 2014, que se refere ao piso salarial dos ACS (BRASIL, 2014). Reconhece alguns direitos conquistados, porém seguem lutando por mais melhorias, inclusive colocando em pauta a valorização profissional.

E o meu sindicato [...], porque se envolve a questão trabalhista, são muitas demandas que existem do movimento dos ACS, a gente já conseguiu muita coisa, mas existem outras demandas que eu gostaria também de ver envolvida no sindicato. O salário é importante, mas também as condições de trabalho e a comunidade (Elisregina - Recife).

Então, como uma ação daqui de Salvador começou a ameaçar o piso do Brasil inteiro, que de repente, o Supremo Tribunal poderia dizer que a prefeitura não estava mais obrigada a pagar o piso, então houve uma luta, diversas caravanas começaram a ir para Brasília e esse piso salarial se transformou em uma Emenda Constitucional 120, foi para dentro da Constituição. Aí sim, a Prefeitura de Salvador não teve como mais dizer que ia continuar pagando abaixo do salário-mínimo ao agente de saúde. Ainda assim, em maio de 2022, foi promulgada a Emenda Constitucional 120 e a gestão resistiu em pagar

esses dois salários-mínimos, nenhum agente comunitário de saúde, nenhum combate a endemias poderia receber inferior a dois salários-mínimos (André - Salvador).

Em 2014 foi aprovada a Lei 12.994 e o piso salarial dos agentes de saúde em todo o Brasil, Salvador simplesmente não pagam porque nós tínhamos algumas gratificações que já pagavam, mas pagava o salário abaixo do mínimo, o salário base (André - Salvador).

Nós estamos também em campanha salarial, está tendo paralisação, assembleias. Já tivemos esse mês duas assembleias, uma paralisação. Estamos em plena campanha salarial, conversando com a prefeitura, com a secretaria [...] Com a prefeitura ainda não, com a Secretaria Municipal de Saúde (Mirna - Salvador).

Quando eu entrei, em 2002, a gente era contratado. Depois teve reivindicação de sindicato para sermos efetivados, porque em 2002 foi concurso que fizemos, tinha as ACSs mais antigas, que tem 35, 30 anos, que vieram de associação e foi passando, e tivemos a conquista garantida e todos foram efetivados, passaram de contrato para efetivado da prefeitura, e viramos estatutárias, 10 anos atrás (Marlene - Recife)

Direito entre aspas, porque estamos sem receber dependendo da gestão e de encaminhar projetos para a Câmara e ver como é que vai ficar a nossa situação, que é uma desvalorização do profissional. Lutamos para ter direito, mas por enquanto não (Dione - Recife).

Desde o início de sua institucionalização, a categoria vem sofrendo diversos ataques. Para as autoras Durão, Morosini e Carvalho (2011) diante das tentativas políticas que agravam a precarização do trabalho das ACS, é importante assegurar a formação técnica adequada, que combine a qualificação, reconhecimento social e compatibilidade com as necessidades de atuação destas trabalhadoras.

4.6 - FORMA DE CONTRATAÇÃO E DIREITOS TRABALHISTAS NA PANDEMIA DA COVID - 19

Nos municípios se destacaram distintas demandas: em Recife, as falas foram voltadas ao direito de gozarem das férias terem sido suspensas por um período da pandemia e a desvalorização financeira da categoria mediante os demais profissionais da equipe de saúde. As profissionais Elisregina e Fabiana, de Recife, reconhecem a importância de terem contribuído na linha de frente da Covid, na Atenção Básica. Entendem que e por ter sido um período de emergência na saúde, sua atuação no território foi estratégica para a identificação de casos suspeitos.

Pesquisa realizada no período da pandemia, investiga a relação de vulnerabilidade das ACS no trabalho e aponta sobre as diversas mudanças ocorridas entre o “trabalho prescrito e real” nas atividades dessas trabalhadoras, bem como da diversidade de organizações e condições de trabalho ante as novas reformulações trabalhistas. Na pandemia a flexibilização

trabalhista, via de regra, acarretou prejuízos às trabalhadoras. “A flexibilização pode se dar de forma autônoma, quando ocorre entre as partes, por meio de acordos e convenções coletivas de trabalho ou, então, de forma heterônoma, quando é operada pela própria lei (LÓSS, NASCIMENTO e CABRAL, 2020, p.192).

As férias sim, licença premium, tudo isso foi paralisado, estão voltando agora, tirei as férias inclusive, era para eu estar tirando agora, mas teve um colega que não tirou antes e eu cedi meu lugar para ele, que ele estava bem mais defasado do que eu (Elisregina - Recife).

Sim, na época, nenhum profissional teve direito a férias. Eu acho justo, não reclamo por isso não, quem está na saúde no momento que vivemos, eu acho que é justo (Fabiana - Recife).

Não é justa, sempre brinco com minhas colegas do nível superior, “não estou dizendo que vocês não merecem, vocês merecem muito mais, não é que vocês ganham muito, eu que ganho pouco”, eu acho muito injusto, porque principalmente na pandemia, vimos aí no jornal nacional, jornais locais, Fantástico, o serviço do agente de saúde, o médico não faz visita sem o agente de saúde, e isso é financeiramente não reconhecido (Fabiana - Recife).

No município de Salvador a categoria encontrava-se lutando por direitos ligados ao salário, há anos defasados. Nesse contexto se depararam com a tentativa da gestão municipal de saúde de burlar a Lei Federal que garante a contratação via concurso público (BRASIL, 2018). A intenção era realizar processos seletivos para contratações temporárias. A categoria tensionou as instâncias públicas, a exemplo do Ministério Público denunciando o ocorrido, conforme fala de André.

A gestão municipal insistia em querer burlar a lei e criar uma nova forma de contratação, aprovou na Câmara de Vereadores uma forma de contratação (direta), de outros profissionais, mas queria empurrar também a contratação para o Agente Comunitário de Saúde. Com o sindicato, ele não conseguiu. E aí, como chegou a pandemia, eles aproveitaram a questão de emergência de saúde pública e aí criaram uma brecha da lei para contratar alguns agentes, regra que nós, enquanto entidade, contratar de forma precarizada, contrataram alguns agentes. Ministério Público da gestão, “é preciso ter concurso público”, se não é contratação precarizada (André - Salvador).

Em relação a este último item, a categoria junto aos Agentes Comunitários de Endemias do município de Salvador, no dia 23 de setembro de 2022 após diversas tentativas de negociação com a prefeitura para que se cumprisse o piso salarial através da Emenda Constitucional n 120 de 2022 (BRASIL, 2022). Decisão acatada em assembleia no dia 14 de setembro de 2022 organizadas pelo SINDACS-BA e pela Confederação Nacional dos

Trabalhadores em Seguridade Social, CNTSS/CUT, ambas as categorias estiveram acampados na Praça Municipal de Salvador num grande movimento organizado que reivindicava o pagamento do piso salarial da categoria, reajustado pela Emenda Constitucional 120.

Como resultado da campanha organizada, as Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate a Endemias chegaram a um acordo que garantia o pagamento do piso reajustado, mas perdeu a maior parte dos bônus que faziam parte do Plano de Cargos e Vencimentos, em vigor no município desde 2010 através da Lei de nº 7867 (SALVADOR, 2010).

Em pesquisa que discute os efeitos da contratação de pessoas através do Regime Especial de Direito Administrativo (REDA), Rodrigues e Vilas Boas Filho, indicam que isso pode trazer consequências negativas para a gestão de pessoas; tornando-se oneroso aos cofres públicos (RODRIGUES e VILAS BOAS FILHO, 2019).

Mesmo a categoria sendo estatutária, na pandemia, a câmara dos vereadores do município buscou uma brecha na lei Ruth Brilhante para viabilizar outras formas de contratação das ACS, sem a realização de concurso público. A Prefeitura de Salvador contratou 100 agentes comunitários de saúde, através de processo seletivo simplificado por tempo determinado, em Regime Especial de Direito Administrativo (REDA). Embora essa forma de contratação precarizada seja amplamente utilizada pelos municípios brasileiros, a legislação aplicável proíbe a contratação temporária desses profissionais, levando a múltiplas suspensões do processo seletivo pelo judiciário.

4.7 - REIVINDICAÇÕES, PAUTA DE LUTA

As reivindicações e a pauta de luta das Agentes Comunitárias de Saúde no Brasil são diversas e envolvem questões como: o reconhecimento da categoria como profissionais de saúde, com direitos trabalhistas e previdenciários garantidos (BRASIL, 2023), a valorização salarial e a definição de um piso nacional para os ACS, que atualmente é de R\$ 2.424,00 por mês (BRASIL, 2022), a capacitação permanente e a formação profissional das ACS, com base na educação popular e na integralidade da saúde (MALFITANO e LOPES, 2009).

Observa-se também como pauta de reivindicação a formação capacitação e profissional continuada, que possibilitem o aprimoramento das suas competências e habilidades, bem como o acesso a novos conhecimentos e tecnologias (Morosini e Fonseca, 2018). Essas reivindicações expressam a importância e a legitimidade do trabalho das ACS, que são fundamentais para a atenção primária à saúde, a promoção da saúde e a prevenção de doenças nas comunidades. As

ACS são agentes de transformação social, que contribuem para a construção de um Sistema Único de Saúde mais democrático, equitativo e humanizado.

Essas reivindicações são pautas de luta das ACS, que buscam melhorar a qualidade do seu trabalho e da saúde da população. Para isso, elas contam com o apoio de entidades representativas, como sindicatos, associações, federações e conselhos, que atuam na defesa dos seus interesses e direitos (Méllo *et al*, 2021).

E o meu sindicato [...], porque se envolve a questão trabalhista, são muitas demandas que existem do movimento dos ACS, a gente já conseguiu muita coisa, mas existem outras demandas que eu gostaria também de ver envolvida no sindicato. O salário é importante, mas também as condições de trabalho e a comunidade (Elisregina - Recife).

Quando eu entrei, em 2002, a gente era contratado. Depois teve reivindicação de sindicato para sermos efetivados, porque em 2002 foi concurso que fizemos, tinha as ACSs mais antigas, que tem 35, 30 anos, que vieram de associação e foi passando, e tivemos a conquista garantida e todos foram efetivados, passaram de contrato para efetivado da prefeitura, e viramos estatutárias, 10 anos atrás (Marlene - Recife).

Quebramos o pau toda semana em relação a médico, pegamos gerente tudo aqui, porque a minha equipe sem médico a mais de dois anos, é muito difícil, porque ficamos dependendo dos médicos das meninas de outras equipes para fazer suporte para a gente, e sabemos que vai sobrecarregar o médico, porque não são poucas pessoas, temos equipe de 3, 4 mil pessoas e você agregar outra equipe fica complicado (Marlene - Recife).

Direito entre aspas, porque estamos sem receber dependendo da gestão e de encaminhar projetos para a Câmara e ver como é que vai ficar a nossa situação, que é uma desvalorização do profissional. Lutamos para ter direito, mas por enquanto não (Dione - Recife).

O grande entrave do SUS acho que é a falta de investimento não só em equipamento, em estrutura, em unidades, mas também em profissionais, porque muitas vezes a pessoa que regulamenta tudo isso e que autoriza isso diz que não é capaz de conseguir dominar todo um sistema, embora ele tenha vários profissionais que o auxiliem nisso (Dione - Recife).

Nós estamos também em campanha salarial, está tendo paralisação, assembleias. Já tivemos esse mês duas assembleias, uma paralisação. Estamos em plena campanha salarial, conversando com a prefeitura, com a secretaria... Com a prefeitura ainda não, com a Secretaria Municipal de Saúde (Mirna - Salvador).

Em 2014 foi aprovada a Lei 12.994 e o piso salarial dos agentes de saúde em todo o Brasil, Salvador simplesmente não pagam porque nós tínhamos algumas gratificações que já pagavam, mas pagava o salário abaixo do mínimo, o salário base (André - Salvador).

Então, como uma ação daqui de Salvador começou a ameaçar o piso do Brasil inteiro, que de repente, o Supremo Tribunal poderia dizer que a prefeitura não estava mais obrigada a pagar o piso, então houve uma luta, diversas caravanas começaram a ir para Brasília e esse piso salarial se transformou em uma Emenda Constitucional 120, foi para dentro da Constituição. Aí sim, a Prefeitura de Salvador não teve como mais dizer que ia continuar pagando

abaixo do salário-mínimo ao agente de saúde. Ainda assim, em maio de 2022, foi promulgada a Emenda Constitucional 120 e a gestão resistiu em pagar esses dois salários-mínimos, nenhum agente comunitário de saúde, nenhum de combate a endemias poderia receber inferior a dois salários-mínimos (André - Salvador).

As ACS são profissionais essenciais para o enfrentamento da pandemia de Covid-19, pois elas podem acompanhar mais de perto, próximo às casas, aos territórios, a população, contribuindo para o atendimento integral, para a atenção básica de saúde e para a vigilância epidemiológica (Saffer *et al*, 2020).

As ACS precisam de novas estratégias para viabilizar as dinâmicas locais de trabalho e resguardar essas profissionais e garantir o funcionamento da APS. Nesse sentido, é necessário contar com orientações claras e atualizadas sobre medidas de prevenção, como proceder e onde procurar ajuda em situações de casos suspeitos e/ou confirmados ou diante do agravamento de saúde (França *et al*, 2023).

Início de pandemia mesmo, foi muita confusão porque realmente faltavam EPIs, tanto que o ACS era o desmerecido, não precisava de EPI para o ACS, vinha para médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, e o ACS era o último. Recebíamos uma máscara por semana, a gente que comprava N95, se dividia entre a gente, e começamos a brigar por isso, se o médico, enfermeiro, técnico, tem direito do EPI, a gente também tem (Marlene - Recife).

Começou a busca mesmo do sindicato, de termos o EPI, e hoje depois de muita confusão, recebemos 10 por semana, mas tivemos muito desfalque em questão de EPI [...] sabíamos por ter o grupo do sindicato, sabíamos a necessidade de outras unidades, da mesma reclamação, por falta de EPI porque todo mundo recebia capote, máscara, tudo bonitinho, e os ACS, tudo sem EPI. A gente podia trabalhar sem EPI, mas os outros profissionais, não. E a gente, nas reuniões da gente, que também parou na pandemia, mas teve um momento que por conta da história do EPI, a gente se reuniu e começou a cobrar (Marlene - Recife).

4.8 - TOMADA DE DECISÃO

Na categoria tomada de decisão identificou-se a importância dessa trabalhadora da Atenção Básica ter como origem a formação no campo da educação popular, que promoveu o pensamento crítico, reflexivo, sobre seu papel na equipe e a importância de sua intervenção em prol de sua categoria e por reconhecer a importância de estar na ESF onde são atores-chaves. A formação em Educação Popular em Saúde, ajuda a identificar as barreiras colocadas por outros membros da equipe “criam-se separações nas relações dentro das equipes de trabalho e com os usuários, pois o conhecimento está colocado, em algumas vezes, em um único saber/lugar e os equívocos são acentuados pela falta de capacitação. Esse é um dos desafios colocados no trabalho em equipe junto ao ACS” (MACIAZEKI-GOMES *et al*, 2016, p.1643).

As servidoras Elisregina e Fabiana, ambas de Recife, identificam que as tomadas de decisões eram impostas de forma unilateral para o grupo, não havia um diálogo nem consenso para a realização das ações em saúde. A partir dessa percepção, começaram a se posicionar e incentivar as demais colegas da categoria a reivindicarem que as ações realizadas que fossem de sua atribuição fossem discutidas. Houve um diálogo das profissionais com a gestão. Uma conquista de espaço.

No geral, as tomadas de decisões são coletivas, a gente tem reuniões e a gente conversa, muitas delas dizem respeito a todos, mas existem algumas que dizem respeito à categoria especificamente. Mas se ela reverbera nas outras categorias, a gente chama para conversar. A gente se posiciona. Tem algumas coisas que as vezes quer vir de cima para baixo, mas volto a dizer que a formação da educação popular foi fundamental para desconstruir, esse medo de se posicionar e questionar o que está posto (Elisregina - Recife).

Não. As decisões eram de cima para baixo, e quando tinha reunião de equipe, vinham as coisas tudo arrumadinhas, eu sou meia, não sou briguenta não, mas não gosto de injustiça, e comecei a me [...] posicionar, e fiz com que as colegas se posicionassem também, as coisas mudaram e graças a Deus, principalmente as coisas que tem a ver com o serviço do agente de saúde, a gente senta e vê como que fica melhor, não aceitamos coisa muito determinada não, temos que sentar, conversar, e ver como fica bom para todo mundo, esse manejo, de conversar e ver como que fica melhor (Fabiana - Recife).

O agente comunitário, a gente tem brigado muito também para participar das decisões e algumas vezes não aceitamos do jeito que vem. A gente conversa, se mobiliza, discute. Desfaz o que está feito e se insere, a gente briga muito. A gente briga pelos nossos direitos (Mirna - Salvador).

Nas demais falas das entrevistadas, identificou-se que há uma participação na tomada de decisão que passa a ser realizada de forma coletiva. As falas das profissionais, colocam demandas em pauta que contemplem a todas. Há uma consciência de estarem inseridas nesse espaço. Destaque para a importância de participar da reunião de equipe na USF, espaço de decisão conjunta.

Temos uma reunião mensal, que faz toda a unidade do posto, toda a unidade, as 4 equipes daqui toda semana temos reunião de equipe, toda equipe se reúne segunda à tarde, e uma segunda à tarde no mês é a reunião geral com todos os profissionais, e a unidade é fechada para a reunião, para colocarmos as dificuldades e melhoras (Marlene - Recife).

Geralmente são decisões coletivas, tanto no meu caso quanto eu, enfermeira, nós conseguimos fazer essa opção, essas escolhas juntas, a gente tem demandas que chegam e a gente tenta juntos montar essa estrutura (Dione - Recife).

É dentro dessas perspectivas. Quando a gente tem a possibilidade das reuniões, como ia acontecer e não aconteceu, a gente se organiza através das reuniões, para fazer alguma coisa. Pensar alguma coisa, algum problema que está ali mais pertinente a eles (Solange - Salvador).

Pesquisa aponta que um dos desafios voltados para as ações das ACS na Atenção Básica frente à gestão está canalizado entre as incompatibilidades postas nas diretrizes da Política de saúde referente a atuação profissional das ACS e a micropolítica no trabalho a qual nem sempre acontece o apoio da gestão, com isso as ACS buscam lidar com os desafios postos em território (BARROS e CECÍLIO, 2019,p.13).

Sim, nós participamos, acho que [...] reunião de equipe com enfermeira, reunião geral, contribuindo, opinando com a questão das ações da unidade, nós tínhamos a unidade que é um programa da Secretaria de Saúde aqui de Salvador, que aos sábados, eu tive a oportunidade de coordenar esse programa e foi uma experiência bacana, [...] experiência eu digo pioneira, porque na maioria das vezes ele não coloca muito agente para poder estar nesse espaço, mas eu tive a oportunidade [...] estar fazendo esse processo [...] isso não é uma regra, isso na realidade, é uma exceção (André - Salvador).

Nós fazemos a reunião [...] A enfermeira pergunta o que é que a gente acha que vai fazer, cada um dá uma proposta e a gente fica com a proposta melhor (Maria Quitéria - Salvador).

4.9 - CONCEPÇÕES SOBRE O QUE É TRABALHO E PAPEL DA ACS

As concepções sobre o que é trabalho e qual o papel das Agentes Comunitárias de Saúde no Brasil podem variar de acordo com diferentes perspectivas e contextos. As ACS podem ser vistas como agentes de transformação social, que contribuem para a melhoria das condições de vida e saúde das populações mais vulneráveis, reconhecendo e valorizando a diversidade cultural e as especificidades locais (Faria e Paiva, 2020). Fonseca e Mendonça (2015) com base em papéis historicamente desempenhados por ACS propôs pensar em cinco tipos: agente de tradução; agente de correção; agente de conexão; agente de efetivação e agente de mobilização, cada um deles tendo um tipo de ação e referências específicos, chamando atenção para que, na realidade concreta há uma combinação desse tipo, e as variações na ênfase de atuação acontecem em função de diversos fatores do contexto social e dos interesses da gestão.

É importante compreender as concepções sobre o que é o trabalho e qual o papel das ACS no Brasil, não apenas para aprimorar as políticas públicas de saúde, mas também para formar, valorizar e apoiar essas profissionais que desempenham um papel fundamental na construção do SUS e na garantia do direito à saúde.

A servidora Elisregina de Recife, reconhece a importância de serem servidoras públicas e com assumem o compromisso de darem uma devolutiva para a sociedade de seu trabalho. Essa ACS indica que fato de ser estatutária traz mais segurança, mais poder de mobilização e mais capacidade de agir como representante do interesse público. Em sua percepção identifica que ao longo de sua trajetória como ACS há uma perda de sua identidade profissional as quais descaracterizam sua atribuição profissional a distanciando de sua função e articulação a exemplo no território.

Eu trago sempre essa discussão, de que nós somos funcionários públicos, se no final do mês a gente recebe, é por causa dos pacientes, é por causa da comunidade. (Elisregina - Recife).

Então são muitas coisas para a gente conseguir entender, conseguir trabalhar e mais ainda, você olha para você e você vê que precisa adquirir um monte de conhecimentos para poder lidar com isso e poder promover saúde, porque se a gente não tomar conta dessas construções, a gente não consegue fazer saúde, você vai ser uma pessoa meramente que vai lá: "oi, está tudo bem? Já tomou a sua medicação? Pegou os comprimidos? Como é que está?", isso não é fazer saúde. Isso não é promover saúde. Eu sou encantada com a cartilha do ACS, principalmente quando diz que o ACS tem um importante papel dentro da comunidade, de mobilizá-la, mobilizar a comunidade para que ela consiga transformar a sua própria realidade (Elisregina - Recife).

Eu sinto essa puxada, porque o capitalismo hoje coloca você nesse individualismo, sempre em busca de ganhos financeiros. E eu fui buscar da universidade, nos cursos em que eu fui fazer, elementos que me ajudassem a entender a comunidade, a fazer o meu trabalho ficar mais potente [...] às vezes eu acho que o trabalho do ACS foi descaracterizado um pouco (Elisregina - Recife).

Outro destaque nas falas de Elisregina e Dione de Recife ficam voltadas para a identificação de que o acolhimento do jeito que é colocado não é sua atribuição.

A ACS Dione de Recife, por exemplo, identifica ser servidora pública, portanto ao se referir ao fato de que a população é a responsável pelo pagamento destas trabalhadoras, trata-se do reconhecimento de sua função pública, que implica retribuição, por meio do trabalho, desse investimento social. O trabalho da ACS não é só algo reprodutor, de monitoramento e controle do que o usuário deveria fazer, mas algo que envolve conhecimento e a perspectiva de mobilização. O trabalho fica mais potente quando a ACS entende a comunidade.

O acolhimento do jeito que ele é, eu não acho que deveria ser atribuição da ACS, da forma como ele está sendo colocado. Recepção não é trabalho da ACS, muito embora a gente já tenha desconstruído isso, mas eu estou te falando porque isso é uma demanda que acontece com muitos ACS, eles são recepcionistas, não é nossa função, porque isso descaracteriza a gente (Elisregina - Recife).

O acolhimento de receber essas pessoas, direcionar eu concordo, mas tem algumas demandas que quando vieram, foram deliberadas não foi pela unidade, pela gestão e que realmente acho que não é papel do ACS estar fazendo, realizando ali na frente esse acolhimento, esse pseudo acolhimento (Dione - Recife).

A servidora Dione de Recife tem uma compreensão do papel da ACS no trabalho de prevenção e promoção da saúde preconizado pelo SUS. Denuncia que o trabalho delas tem sido descaracterizado e reconhece a conquista da categoria no município, em que apenas através da realização de concurso público contratam-se ACS, o que facilita, de certa forma, a mobilização e negociação por direitos na ESF. Também demonstra a compreensão de que, por ser moradora do território, ela não deixa de ser elo na comunidade e nem de atuar após o término de suas atividades realizadas ao longo da sua jornada de trabalho. É uma profissional sempre disponível na comunidade.

O Saúde da Família é lindo quando a gente consegue prevenir, orientar, fazer com que as pessoas tomem consciência de que elas não precisam adoecer para procurar um sistema de saúde e que a gente pode cuidar para que essas pessoas não cheguem a adoecer e não cheguem a causas tão graves (Dione - Recife).

No sentido de que a gestão de Recife [...], na realidade ela tem que passar por concurso, isso é uma valorização e um reconhecimento da profissão em que a gente vem brigando tanto, chegar hoje e saber que o profissional só entra na escala se ele fizer um concurso, isso é uma valorização porque em tantos outros espaços se faz contrato (Dione - Recife).

O Agente de Saúde ele não deixa de ser saúde quando ele larga às 17 horas na sexta-feira (Dione - Recife).

A trabalhadora Mirna de Salvador, reconhece perda significativa do que era atribuição da ACS, destaque para o fato de que para ser ACS era pré-requisito ser moradora da comunidade. Este critério era adotado para fortalecer o vínculo dessa trabalhadora com a população. Reconhece que “já se tinha um desmonte” desde o início da implantação da ESF. Como também cria Incertezas sobre o papel da ACS, gerando um sentimento de angústia e de desconfiguração do seu real papel na comunidade. Mesmo assim, diante de tantas mudanças e realocações de locais de trabalho ela tem uma compreensão da realização de trabalhos de educação em saúde e principalmente a relevância do trabalho lúdico na comunidade, como estratégia de promoção da saúde. Diante dessa sensibilidade e comprometimento consegue articular a rede e identifica as potencialidades do e no território. Sente necessidade de haver

mais informações para o público, sobre as atribuições da categoria. Isso seria um mecanismo de sensibilização tanto da equipe quanto para os usuários que não conhecem.

Eu sinto que a gente está perdendo um pouco dessa essência do trabalho do Agente Comunitário de Saúde. A gente sente o desmonte de um programa, a gente tem observado e para nós, eu falo com as colegas, a gente conversa muito sobre esse vazio que tem dado na gente, dessa falta de perspectiva, de dar resposta para as pessoas sobre várias demandas que a saúde está trazendo [...] quando a gente se inscreveu para o curso era prioritário para o trabalho ser morador da área e não era qualquer área (Mirna - Salvador).

Marcar médico para as pessoas, não é? Levar esse alívio para as pessoas é uma coisa que acho que a maioria dos Agentes Comunitários se orgulham muito desse trabalho, de ter esse papel e quando a gente não tem essa função a gente fica meio acanhado, não é? Pensando muito qual o meu papel, o que que eu vou fazer, não é? (Mira - Salvador).

Com essa nova configuração, um Agente Comunitário pode ir para outra área, onde ele não se identifica, até outro bairro, não é? Que tirou essa identidade do Agente Comunitário com a sua comunidade, também é um agravante, não é? (Mirna - Salvador).

A gente pode elaborar vários materiais informativos e educativo [...] a gente pode bolar uma forma de atender: vai ter escovação, então a gente podia fazer uma pecinha, fazer uns desenhos, fazer umas brincadeiras. Dar essa oportunidade, essa liberdade, essa credibilidade ao nosso trabalho, não é? [...] Fizemos um outubro rosa da pesada. Chamei GAPA, chamei delegacia da mulher, defensoria pública, a gente fez um outubro rosa louco, imenso (Mirna - Salvador).

Eu acho que para começar, se tivesse impresso alguma coisa que falasse dos Agentes Comunitários de Saúde, não é? Se tivesse esse papel impresso que tivesse as normas, a gente tem a - é porque agora me faltou o nome - as atribuições mesmo, impresso ali na unidade, que isso é uma forma de você estar valorizando. Cartazes: fale com o seu Agente Comunitário, não é? Cartazes que tivesse lá: Agente Comunitário de Saúde, ele é seu. Uma propaganda assim mesmo. Ele é seu elo com a comunidade, procure seu Agente da sua área. E aí, botaria nesses cartazes, já pensei nisso assim, eu pensei em botar assim: a área tal, não sei onde, não sei onde, fulano, telefone, não é? É uma forma de facilitar o acesso da pessoa ao agente (Mirna - Salvador).

O Agente de saúde André de Salvador compreende a pluralidade de sua atribuição como ACS, inclusive, consegue identificar as questões sociais como o recorte sobre a violência que transpassa o campo da saúde mas que são interligados, ou seja, tem uma sensibilidade em relação a sua atuação voltada para além do campo da saúde que transpassa a relação do cuidado em território em relação às diversas realidades postas na comunidade, buscando estratégias de atuação em território. Além de ter uma compreensão do poder de mobilização que tem em

diversos espaços, também tem a compreensão de seu papel de elo com a comunidade. Por isso é de fundamental importância a existência desse ator estratégico na ESF numa perspectiva de prevenção e promoção da saúde. São, literalmente os primeiros a detectarem causas de adoecimentos e surtos no território.

André de Salvador também enaltece o poder coletivo do sindicato que mobilizou a categoria e pressionou e pressiona ao longo dos anos reivindicando melhores condições de trabalho e inclusive pela realização do curso técnico Saúde com Agente colocado em pauta há anos. São uma categoria que incomoda por serem estatutário, realidade que não é para a maioria da equipe na ESF os quais tem contratos temporários e precarizados, ficando refém das gestões. A categoria após anos de pressão conseguiu o direito a realização do curso técnico através da Portaria de nº 3.241 de 7 de dezembro de 2020 (Brasil, 2020).

Acompanhando hipertenso, diabético, idosos, continuo participando das ações do programa de saúde na escola, continuo fazendo as ações, dia a dia muito dinâmico, sair para campo. Temos um desafio enorme agora também que é do ponto de vista da violência, que tem dificultado bastante de desempenhar o nosso papel, porque tem momentos que a gente precisa reorganizar todo o nosso trabalho (André - Salvador).

Fica o aprendizado para os próximos gestores não deixar os profissionais que estão na ponta, porque na maioria das vezes a gente começa a entender quando o processo de surto de alguma doença ele pode surgir, chega para a enfermeira, para o médico, olha, tal rua a gente está observando que tem vários casos de escabiose, muito paciente reclamando de coceira, a gente começa (a monitorar os caso de tuberculose), entre outras doenças, a gente começa a perceber isso e é importante e nós, que estamos ali na ponta (André - Salvador).

Na realidade, nós inicialmente fomos criados para ser subcategoria e hoje muitos não aceitam, é até redundante o que eu vou falar, nós não aceitamos a ser subcategoria e estamos em ascensão, nós estamos nos tornando técnicos e agentes comunitários, técnico em vigilância a saúde e estamos lutando, isso não vem fácil, diversas caravanas para Brasília, dentre elas a da Bahia sempre se destacou por ser maior, temos uma caravana agora que vai sair em maio, já temos a caravana para Brasília, então fruto de muita luta, ou seria reivindicações, pauta de luta (André - Salvador)

Maria Quitéria de salvador tem um papel estratégico de promoção da saúde ao realizar e acompanhar um grupo com mulheres trabalhadoras com isso, consegue estabelecer vínculos de cuidado e confiança com esse público. Compreende que o cuidado vai para além do campo da saúde e consegue vislumbrar o cuidado de uma forma global, ampliada, tão debatida na APS. Há o comprometimento em cuidar de um público tão vulnerável que são as mulheres, que tem dupla ou tripla jornada de trabalho. Busca articulação e parceria com profissionais de saúde do NASF, da equipe e do bairro com as quais desenvolvem diversas atividades.

Tenho um grupo de exercício criado para a comunidade e é um prazer servir [...] é muito prazeroso quando você consegue mudar a história não só de saúde, que a saúde é vista como um todo, física, mental, o ser humano como um todo e não só promover um atendimento médico, uma resposta, mas você além do que isso (Maria Quitéria - Salvador).

Eu fiz um grupo estratégico para pegar as mulheres que trabalham, que cuida dos filhos. Aí meu grupo começa seis e meia da manhã [...] No dia que a nutricionista vai, a gente começa um pouco mais tarde [...] Aí daí os professores têm um do (NASF) e os outros são educadores físicos do próprio bairro (Maria Quitéria – Salvado

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho, no contexto neoliberal, tem sofrido diversos ataques, que agravam o processo de precarização. A precarização pode ser assim entendida como um fenômeno que faz parte do capitalismo, mas que atinge os diferentes países e os estratos sociais em diferentes graus e com repercussões variadas.

Na saúde, e no SUS em particular, o processo de precarização se acentua a partir da incorporação da lógica do setor privado na gestão, em especial as práticas gerencialistas e, ainda mais, com a presença cada vez mais forte dos interesses privados.

Nos municípios desta pesquisa, Salvador e Recife, as profissionais ACS sobre as quais nos detivemos são servidoras públicas, com vínculo de estatúárias. Ainda que isto seja uma forma de proteção, a pesquisa nos mostra que existem outras formas de precarização que afetam essas trabalhadoras. As ACS destacam a importância dos sindicatos para as conquistas da categoria em relação a regularização dos vínculos, remuneração adequada e preservação das características do perfil desta profissional no SUS.

Em relação às condições de trabalho destacam-se problemas com o espaço físico, que não acolhe as ACS de modo adequado, chegando a expressar posturas discriminatórias por não oferecerem recursos (até mesmo acesso à internet) para as ACS.

A diminuição do número de profissionais ACS nas equipes, relatada em Salvador, além de sobrecarga, gera uma modificação do trabalho pois altera as atividades, trazendo preocupações quanto uma descaracterização da atuação na ESF. Nos dois municípios a redução da presença de ACS na comunidade, desenvolvendo ações educativas e visitas domiciliares também faz parte das alterações que apontam para a precarização.

O trabalho coletivo, compartilhado, perde espaço e a cobrança por metas ganha espaço, gerando sofrimento para essas trabalhadoras. Na rotina, ressentem-se da falta de materiais educativos para o trabalho diretamente com a população. Observou-se também que a incapacidade de contar com uma rede de serviços de saúde que permita o encaminhamento dos usuários e oferecerá resolutividade recai sobre essas trabalhadoras que estão no cotidiano da comunidade e tem uma forte empatia com as pessoas das suas áreas de atuação. Esta carência também se nota na área na assistência farmacêutica, com falta de medicamentos, chegando a causar interrupções de tratamento. Isto tudo repercute fortemente sobre o trabalho das ACS.

Na fase mais crítica da pandemia, se perceberam “despreparadas”, pela falta de capacitação, e “desassistidas” nas suas formas de proteção, tanto no uso de equipamentos de proteção individual - EPI - quanto na relação com os usuários.

Houve também falta de acesso aos recursos materiais, em especial máscaras de proteção. Isso trouxe medo de contaminação que causou grande sofrimento. Lembramos que elas estiveram no território, em ações de vigilância e viram seus colegas adoecerem e se afastarem do trabalho, assim como seus familiares. Relatam também perdas de familiares e de usuários.

O tema da falta de qualificação/atualização aparece como um problema para as ACS nas mais diversas situações. Referem um esvaziamento das atividades de educação permanente, indicando que nem sempre foi assim. Em relação ao curso técnico, Salvador retardou seu cadastramento no programa Saúde com Agente, o que só foi feito mediante pressão do sindicato. Para as ACS, significa uma forma de desvalorização desta trabalhadora.

Em relação ao uso de tecnologias, em especial tablet, relatam dificuldades, embora entendam que, hoje em dia, é um instrumento fundamental para o trabalho. Essa dificuldade estão relacionadas a falhas da própria tecnologia e da empresa que presta serviço, e também do treinamento/qualificação para o uso adequado. São elas mesmas, as ACS, que vão criando suas estratégias para lidar com esses problemas, o que gera mais uma sobrecarga para essas trabalhadoras.

Ainda que tracem um panorama de sua realidade apontando várias formas de precarização, as ACS demonstram ter clareza de como seu trabalho poderia estar sendo desenvolvido; reconhecem seu poder de mobilização social; sua capacidade de interagir com as pessoas no território, identificando problemas e contribuindo para a atuação das equipes da ESF. Compreendem que o conjunto de ações que desenvolvem e podem desenvolver é necessário para alcançar um SUS comprometido com enfrentamento das desigualdades sociais e suas repercussões para saúde da população mais vulnerabilizada.

REFERÊNCIAS

- ABÍLIO, Ludmila. C. . Uberização: Informalização e o trabalhador just-in-time. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2022. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00314. Disponível em: <https://www.tes.epsjv.fiocruz.br/index.php/tes/article/view/508>. Acesso em: 8 jan 2024.
- ALBUQUERQUE, P. C. *A educação popular em saúde no município de Recife-PE: em busca da integralidade*. 2003. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Lt4mytxnczXDFNQfZHQNCKc/?lang=pt#> Acesso em: 25.06.2023
- AKSEER, Nadia et al. *COVID-19 pandemic and mitigation strategies: implications for maternal and child health and nutrition*. The American journal of clinical nutrition, v. 112, n. 2, p. 251-256, 2020. Disponível em: [https://ajcn.nutrition.org/article/S0002-9165\(22\)00796-1/fulltext](https://ajcn.nutrition.org/article/S0002-9165(22)00796-1/fulltext) Acesso em: 10.10.2023
- ALVES, Giovanni. **Dimensões da Precarização do Trabalho: ensaios da sociologia de trabalho**. Bauru: Canal 6, 2013.
- ANDERSON, Maria I. P. *Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil*. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 41, n. 14, p. 2.180, 2019. DOI: 10.5712/rbmfc14(41)218. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2180/998> Acesso em: 13.03.2023
- ANTUNES, Ricardo. *Desenhando a nova morfologia do trabalho no Brasil. Estudos Avançados*. São Paulo, v. 28, n. 81, p. 39-53, 2014 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142014000200004> Acesso em: 20.06.2022
- ANTUNES, Ricardo. A explosão do novo proletariado de serviços. In: Antunes, R. *O Privilégio da Servidão. O novo proletariado de serviços na era digital*. São Paulo: Boitempo, 2018. Disponível: <https://ria.ufrn.br/123456789/1831> Acesso em: 20.06.2022
- BARBOSA, A.M. *Análise das Condições de Saúde de Agentes Comunitários de Saúde: relação com perfil nutricional e capacidade para o trabalho*. 55f. Monografia (graduação) – Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências da Saúde; departamento de Nutrição. João Pessoa – PB, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/858/1/AMB23022015.pdf> Acesso: 10.10.2023
- BARROS RD et al. *Evolução da estrutura e resultados da Atenção Primária à Saúde no Brasil entre 2008 e 2019*. Ciência & Saúde Coletiva, 27(11):4289-4301, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222711.02272022> Acesso em: 18.03.2022
- BALLARD M, BANCROFT E, NESBIT J, JOHNSON A, HOLEMAN I, FOTH J, et al. *Prioritising the role of community health workers in the Covid-19 response*. BMJ Global Health. 2020; 5(6):e002550. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002550> Acesso em: 23.03.2023

BARBAR AEM. *Atenção primária à saúde e territórios latino-americanos marcados pela violência*. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e142. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.142> Acesso em: 24.10.2023

BEZERRA, Italla Maria Pinheiro.; SORPRESO, Isabel Cristina Esposito. *Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas*. J Hum Growth Dev. 2016; 26(1): 11-16 Disponível: 113709-Texto do artigo-207962-1-10-20160415 (1).pdf Acesso em: 20.09.2022

BOUSQUAT A, GIOVANELLA L, MEDINA MG, MENDONÇA MHM, FACCHINI LA, TASCA R, NEDEL F, LIMA JG, MOTA PHS, AQUINO R. *Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS. Relatório de Pesquisa*. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em APS Abrasco. [2020 Set 18]. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wpcontent/uploads/2020/08/Relato%CC%81rioDesafiosABCovid19SUS.pdf> Acesso em: 04.11.2023

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Emenda Constitucional nº 120, de 5 de maio de 2022**. Acrescenta §§ 7º, 8º, 9º, 10 e 11 ao art. 198 da Constituição Federal, para dispor sobre a responsabilidade financeira da União, corresponsável pelo Sistema Único de Saúde (SUS), na política remuneratória e na valorização dos profissionais que exercem atividades de agente comunitário de saúde e de agente de combate às endemias. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc120.htm Acesso em: 10.10.2023

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.241, de 07 de dezembro de 2020**. Institui o Programa Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Disponível em: <https://in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-ms-n-3.241-de-7-de-dezembro-de-2020-293178860> Acesso em: 10.10.2023

_____. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 14.023 de 8 de julho de 2020**. Altera a lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para determinar a adoção de medidas imediatas que preservem a saúde e a vida de todos os profissionais considerados essenciais ao controle de doenças e à manutenção da ordem pública, durante a emergência de saúde pública decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/114023.htm Acesso em: 28.04.2022.

_____. Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS**. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf> Acesso em: 02.09.2022

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Orientações gerais sobre a atuação do ACS frente à pandemia de Covid-19 e os registros a serem realizados no e-SUS APS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020b. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095775/orientacoes_acs_covid_19.pdf Acesso em: 20.06.2022

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Recomendações para adequação das ações dos agentes comunitários de saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao covid-19**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020c. Disponível em: https://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2020/03/20200324_recomendacoes_ACS_COVID19_ver001_final.pdf
Acesso em: 20.06.2022

_____. **Portaria n o 2.539, de 26 de setembro de 2019**. Institui a equipe de Atenção Primária – eAP e dispõe sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal – eSB com carga horária diferenciada. Diário Oficial da União 2019; 27 set. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2539_27_09_2019.html Acesso em: 20.06.2022

_____. **Portaria no 2.979 12, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. (BRASIL, 2019b). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html Acesso em: 20.06.2022

_____. **Portaria de n° 3.510 em 18 de dezembro de 2019**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir incentivo financeiro de custeio adicional mensal para municípios com equipes de saúde integradas a programas de formação profissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde. (BRASIL, 2019c). <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.510-de-18-de-dezembro-de-2019-234334325>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública. **Manual sobre Medidas de Proteção à Saúde dos Agentes de Combate às Endemias**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_protecao_agentes_endemias.pdf Acesso em: 18.10.2023

_____. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018**. Altera a lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Diário Oficial da União, Brasília, 8 de janeiro de 2018, Seção 1, p. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113595.htm Acesso em: 26.04.2022.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 28.04.2022.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Emenda Constitucional nº de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm Acesso em: 28.04.2022.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html Acesso em: 31.03.2023

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso em: 26.04.2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTI3Mg==> Acesso em: 20.06.2022

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006**. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11350.htm Acesso em: 26.04.22.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF): e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html Acesso em: 26.04.22.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 5.154, de 23 de julho de 2004**. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e dá outras providências. Brasília, DF: MS, 2004. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5154.htm Acesso em: 03.11.2023

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002**. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2002, p. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110507.htm Acesso em: 24.04.2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *A implantação da Unidade de Saúde da Família*. (Cadernos de Atenção Básica, 1) Brasília, Ministério da Saúde, 2000. Acesso em 24.04.2022. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm . Acesso em: 24.04.2022.

_____. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei 8142/1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm Acesso em: 24.04.2022.

BRUSCHINI, M.C.A. **Trabalho e Gênero no Brasil nos últimos dez anos**. Cadernos de Pesquisa, v.37, n.132, p.537-72,2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-15742007000300003> Acesso em: 10.10.2023

CECCIM, Ricardo B. *Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário*. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2005, v. 9, n. 16 [Acessado 4 Dezembro 2023], pp. 161-168. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013> Acesso em: 02.12.2023

CHIAVEGATO, L. G., & NAVARRO, V. L. (2013). **A organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e do avanço da ideologia gerencialista**. PEGADA - A Revista da Geografia do Trabalho, 13(2). Disponível em: <https://doi.org/10.33026/peg.v13i2.2023> Acesso em: 20.03.2023

CHINELLI, Filippina; LACERDA, Alda; VIEIRA, Monica. **A reconfiguração gerencial do Estado brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990**. In: VIEIRA, Monica; DURÃO, Anna Violeta; LOPES, Marcia Raposo (Orgs.). Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2011. p. 33-78.

CHUENGUE, Ana Paula Gonçalves; FRANCO, Tulio Batista. **O reconhecer e o lidar dos agentes comunitários de saúde diante da bioética: entre a ética do cuidado e os poderes disciplinares**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 28(4), e280423, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312018280423> Acesso em: 14.10.2023

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Recomendação nº 20 de 07 de abril de 2020**. Recomenda a observância do Parecer Técnico nº 128/2020, que dispõe sobre as orientações ao trabalho/atuação dos trabalhadores e trabalhadoras, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência Doença por Coronavírus-COVID-19. Brasília, 2020. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoescns/1103-recomendac-a-o-no-020-de-07-de-abril-de-2020> Acesso em:14.11.2023

CUETO, Marcos. **O legado de Alma-Ata, 40 anos depois (Editorial)**. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 16 n. 3, p. 845-848, set./dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/zKMzn3DLcFJPdSwPJNSMvRf/?lang=pt&format=pdf> . Acesso em: 22.09.2022

CUNICO, E. **Pastoral da Criança no Brasil e a Formação de Líderes: Contribuições da Pedagogia de Paulo Freire**. Dissertação (Mestrado em Educação). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2015. Disponível em: <https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/9855/1/Ednilson%20Cunico.pdf> Acesso em: 24.10.2023

DE AZEVEDO, Cristina Camelo et al. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde frente à pandemia da COVID-19**. [TESTE] Revista Portal: Saúde e Sociedade, v. 5, n. 1, p. 1299-1314, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.28998/rpps.v5i1.10406> Acesso em: 28.03.2023

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR**. In: Ministério da Saúde (BR). Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf Acesso em: 10.09.2022

DE OLIVEIRA, Bruna Tadeusa Genaro Martins; SANTOS, Mayara Cristina Villela; FAGUNDES, Daniely Quintão. **Experiências sobre o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na pandemia de COVID-19**. Coordenador Nacional da Rede UNIDA Túlio Batista Franco, 2022. SARTI, Thiago Dias et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 29, p. e2020166, 2020. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/02/Livro-Experiencias-de-Trabalho-e-Cuidado-em-Saude-na-Pandemia-de-COVID-19.pdf#p> Acesso em: 09.08.2023

DALLA VECCHIA, Marcelo. **A Atenção Primária a Saúde e suas vertentes**. In: DALLA VECCHIA, Marcelo. Trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde: Fundamentos histórico-políticos. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/109238/ISBN9788579833571.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso: 09.07.2022

DUARTE, Rafael Bezerra et al. **Agentes Comunitários de Saúde frente à COVID-19: Vivências junto aos profissionais de enfermagem**. Enfermagem em Foco, v. 11, n. 1. ESP, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357/-707X.2020.v1.n1.ESP.3597> Acesso em: 29.03.2023

DURÃO, Anna Violeta. **A naturalização do feminino no programa de agentes comunitários de saúde no Brasil**. Revista Trabalho Necessário, v. 19, n. 38, p. 176-195, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.22409/tn.v19i38.47128> Acesso em: 26.04.2023

DURÃO, Anna Violeta Ribeiro et al. **Os agentes comunitários de saúde e o conceito de comunidade na configuração de sua qualificação**. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39229/Para%20?sequence=2> Acesso em: 08.11.2023

DRUCK, Graça. *A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho*. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 15-43, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/ZzrBrfcK75czCSqYzjjhRgk/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 10.06.2023

_____. *Trabalho, Precarização e Resistência: novos e velhos desafios?* Caderno CRH, Salvador, v. 24. N. spe n. 01, p. 37-57, 2011. Disponível em : <https://doi.org/10.1590/S0103-49792011000400004> Acesso: 10/09/2022

FERNANDES, A. **Territórios populares e políticas de proximidade em tempos de pandemia: Salvador, maio 2021**. Cidade e pandemia : registros e inquietações / Ana Fernandes, Angela Franco, Liana Viveiros, organizadoras – Salvador, BA : Edufba : PPGAU FAUFBA, 2021. 221 p. : il. ISBN: 978-65-5630-231-7 . Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/34425> Acesso em 25.05.2023

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. ALMEIDA, Patty Fidelis de. BOUSQUAT, Aylene. **Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e os Desafios para a Integração em Redes de Atenção**. Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/his-41141> Acesso em: 20.10.2023

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. **Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas**. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-67. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4).

FARIA, Helaynne Ximenes. ARAÚJO, Maristela Dalbello. **Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos**. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.2, p.429-439, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/SRWHdnPSS9dhwFhf3NbShQx/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 22.09.2022

FARIA, Cintya Cristine Martins da Veiga; PAIVA, Carlos Henrique Assunção. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde e as diferenças sociais no território**. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00251> Acesso em: 21.11.2023

FARIAS, Hannah S. L.; TROTT, Luna C.; VIOLA, Bárbara M. **O agente comunitário de saúde na Covid-19: análise dos planos de contingência da região Nordeste do Brasil**. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 21, 2023, e02163225. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2163> Acesso em 09.11.2023

FERNANDEZ, TF et al. **Condições de trabalho e saúde mental de agentes comunitários de saúde na pandemia de COVID-19**. Ciência & Saúde Coletiva, 28(10):2931-2940, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.09802023> Acesso em: 04.11.2023

FERNANDEZ, Michelle; LOTTA, Gabriela; CORRÊA, Marcela. **Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19.** Trabalho, Educação e Saúde, v. 19, 2021, e00321153. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00321> Acesso em: 18.03.2023

FOGAÇA, C. A.; TOMBINI, K.; CAMPOS, R. **A valorização profissional do agente comunitário de saúde. Saúde e meio ambiente:** revista interdisciplinar, v. 6, n. 2, p. 77-93, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.24302/sma.v6i2.1471> Acesso em: 22.10.2023

FONSECA, A. F.; MOROSINI, M. V. **O caráter estratégico do Agente Comunitário de Saúde na APS integral.** APS em Revista Vol. 3, n. 3, p. 210-223 | Setembro/Dezembro – 2021 ISSN 2596-3317 – Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v3i3.218> Acesso em: 10.09.2023

FONSECA, Angélica Ferreira, MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso e MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. **Atenção primária à saúde e o perfil social do trabalhador comunitário em perspectiva histórica.** Trabalho, Educação e Saúde [online]. 2013, v. 11, n. 3. pp. 525-552. Acesso: 8 nov. 2021 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462013000300005>. Acesso em: 20.09.2022.

FONSECA, Angélica Ferreira. **Astana reacende disputas sobre o significado da Atenção Primária à Saúde.** Trabalho Educação e Saúde, Rio de Janeiro, 2019; 17(1):e0019823. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/GMTXSQzgBVq37fjLG8YZJHd/?lang=pt> Acesso em: 22.09.2023

FONSECA, Angélica Ferreira; MENDONÇA, Maria Helena. M. . **Parcelarização e simplificação do trabalho o Agente Comunitário de Saúde.** Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo, v. 20, p. 29-57-57, 2015. Disponível em: Parcelarização e simplificação do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (fiocruz.br) Acesso em 05.12.2023

FRANÇA, Camila J. et al. **Escopo de ações dos trabalhadores comunitários de saúde na pandemia de Covid-19: revisão da literatura.** Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 21, 2023, e2192217. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2192> Acesso em: 19.11.2023

FIOCRUZ/EPSJV. Fundação Oswaldo Cruz/Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio/Observatório COVID-19. **Nota Técnica sobre trabalho seguro, proteção à saúde e direitos dos agentes comunitários de saúde no contexto da pandemia de Covid-19.** Rio de Janeiro, 20 de julho de 2020. Disponível em: < Nota Técnica sobre trabalho seguro, proteção à saúde e direitos dos agentes comunitários de saúde no contexto da pandemia de Covid-19 - Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz): Ciência e tecnologia em saúde para a população brasileira>. Acesso em: 27.03.22.

FONSECA, Angélica Ferreira. Astana reacende disputas sobre o significado da Atenção Primária à Saúde. TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE (ONLINE), v. 17, p. 1-3, 2019

GARCIA ACP.; ANDRADE MAC.; LIMA EFA.; ROCHA SEM.; LIMA RCD. **Melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde.** *Saúde Debate* | Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 606-617, Jul-Set 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811805> Acesso em: 04.09.2023

GOLDFIELD, Norbert I. et al. *COVID-19 crisis creates opportunities for community-centered population health: community health workers: at the center.* *The Journal of ambulatory care management*, v. 43, n. 3, p. 184-190, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/jac.0000000000000337> Acesso em: 06.11.2023

GIOVANELLA, L., BOUSQUAT, A., MEDINA, M. G., MENDONÇA, M. H. M., FACCHINI, L. A., TASCA, R., NEDEL, F. B., LIMA, J. G., MOTA, P. H. S., and AQUINO, R. *Desafios da atenção básica no enfrentamento da pandemia de covid-19 no SUS.* In: PORTELA, M. C., REIS, L. G. C., and LIMA, S. M. L., eds. *Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde* [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, pp. 201-216. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-123-5. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/97865570815> Acesso em: 04.11.2023

GIOVANELLA, Ligia et al. *Es la Atención Primaria de Salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica?* *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 19, p. 1-28, e00310142, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310> Acesso em: 23.03.2023

GIOVANELLA, Ligia et al. *A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19.* *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 1-21, 2020. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.1286. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E410> Acesso em: 13.03.2023

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; BUSS, Paulo M.; FLEURY, Sonia; GADELHA, Carlos Augusto G.; GALVÃO, Luiz Augusto C.; SANTOS, Ronald Ferreira dos. **De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental.** *Cadernos de Saúde Pública* 2019; 35(3):e00012219 Disponível em <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2019.v35n3/e00012219/en> Acesso em 21.09.2022

GIOVANELLA Ligia. **Atenção básica ou atenção primária à saúde?** *Cadernos de Saúde Pública* 2018; 34(8):e00029818 ago; 34(8):1-5.

GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM. **Atenção Primária à Saúde.** In: GIOVANELLA L. (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil.* 2 ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p.493–545

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2016, 14, 15–43. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>

FONSECA, A. F., MOROSINI, M. V. G. C., & MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde e o perfil social do trabalhador comunitário em perspectiva histórica. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2013, v.11n.3, 525–552. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462013000300005>

HAINES A, BARROS EF, BERLIN A, HEYMANN DL, HARRIS MJ. **National UK programme of community health workers for Covid-19 response**. *Lancet*. 2020; 395(10231):P1173-5. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30735-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30735-2) Acesso em: 23.03.2023

HAINES, Andy et al. **National UK programme of community health workers for COVID-19 response**. *The Lancet*, v. 395, n. 10231, p. 1173-1175, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30735-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30735-2) Acesso em: 06.11.2023

HERNÁNDEZ-AGUADO, Ildefonso; CESTEROS, María S.; ESTEBAN, Pilar C. *Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria: relatório SESPAS 2012*. *Gaceta Sanitária, Espanha*, v. 26, p. 6-13, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.036> Acesso em: 10.11.2023

HIRATA, H. **Globalização e divisão sexual do trabalho**. *Cadernos Pagu*, Campinas, SP, n. 17-18, 2002. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8644558#:~:text=https%3A//periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8644558> Acesso em 10.10.2023

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE Desemprego. Rio de Janeiro: 2024. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>. Acesso em: 07 mar. 2024.

JANIA LURDES Pires Samudio, LETICIA Carneiro Brant, ANA CLARA de Freitas Dias Costa Martins, MARIA APARECIDA Vieira, CRISTINA Andrade Sampaio. **Agentes comunitários de saúde na atenção primária no Brasil: multiplicidade de atividades e fragilização da formação**. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15 n. 3, p. 745-770, set./dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/jHzZsHcsCfynpHYNXjz7YCx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10.09.2022

JULIO, R. S., LOURENÇÃO, L. G., OLIVEIRA, S. M., FARIAS, D. H. R., & Gazetta, C. E. (2022). **Prevalência de ansiedade e depressão em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde**. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 30, e2997. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO22712997> Acesso em : 12.11.2023

LEANDRO, B. B. da S. et al. *Uso de tablets por Agentes Comunitários de Saúde no Brasil*. *Saúde em Redes*. 2021; v. 7, n.3. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3359#:~:text=Na%20an%C3%A1lise%20do%20conte%C3%BA> Acesso em: 05.12.2023

LOTTA, Gabriela et al. *Community health workers reveal COVID-19 disaster in Brazil*. The Lancet, v. 396, n. 10248, p. 365-366, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31521-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31521-X) Acesso em: 10.11.2023

LIMA, C. C. M. e; FERNANDES, T. F.; SILVEIRA, M. F.; BRITO, M. F. S. F.; PINHO, L. de; CALDEIRA, A. P. *Validação da Escala de Medo da COVID-19 para Agentes Comunitários de Saúde*. O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 47, n. 1, 2023. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/1428/1336> Acesso em: 12.11. 2023.

LIMA, Júlio César França. **O Banco Mundial, a Organização Mundial de Saúde e o “novo universalismo” ou a “cobertura universal de saúde”**. A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013) / Organização de João Márcio Mendes Pereira e Marcela Pronko. - Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014. 300 p. : il. ISBN: 978-85-98768-78-6

LINO, D.C.S.F. **Saúde Mental e Condições de Trabalho entre Agentes Comunitários de Saúde**. 111f. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Jequié – BA, 2013. Disponível em: <http://www2.uesb.br/ppges/wp-content/uploads/2017/03/Saude-mental-e-condiC3A7C3B5es-de-trabalho-entre-Agentes-comunitarios-de-saude1.pdf> Acesso em: 10.10.2023

LINO, M.M.; LANZONI, G.M.M.; ALBUQUERQUE, G.L.; SCHVEITZER, M.C. *Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde*. Cogitare Enferm. V.17, N. 1, P. 57-64, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i1.26375> Acesso em: 20.10.2023

LÓSS, Marcelo Marianelli; NASCIMENTO, Bruna Loss; CABRAL, Hideliza Lacerda Tinoco Boechat. **A flexibilização dos direitos trabalhistas face à pandemia da Covid-19**. Revista Transformar, v. 14, n. 2, p. 190-204, 2020. Disponível em: <http://www.fsj.edu.br/transformar/index.php/transformar/article/viewFile/389/189> Acesso em: 16.11.2023

MACIEL, BM; SANTOS, HLPC; CARNEIRO RAS; SOUZA, EA; TEIXEIRA; CFS. PRADO, NMBL. **Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19**. Ciência & Saúde Coletiva, 25(Supl.2):4185-4195, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28102020> Acesso em: 10.09.2023

MACINKO, James; HARRIS, Matthew J. *Brazil’s family health strategy: delivering community-based primary care in a universal health system*. New England Journal of Medicine, v. 372, n. 23, p. 2.177-2.181, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/nejmp1501140> Acesso em: 19.03.2023

ZIEGLER, Maria Fernanda. **Agentes comunitários de saúde poderiam ter papel central no enfrentamento da pandemia, diz pesquisadora**. Disponível em: <https://agencia.fapesp.br/agentes-comunitarios-de-saude-poderiam-ter-papel-central-no-enfrentamento-da-pandemia-diz-pesquisadora/33823> Acesso em: 19.11.2023

MASCARENHAS, C.H.M.; PRADO, F.O.; FERNANDES, M.H. **Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde**. *Cien Saúde Colet*. V.18, n. 5, p. 1375-1386, 2013. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/ccs/v18n5/23.pdf Acesso em: 10.06.2022

MASSON, L. P.; ALVAREZ, D.; OLIVEIRA, S. S.; TEIXEIRA, M. ; LEAL, S.; SALOMAO, G. ; AMARAL, S. ; CHRISTO, C. S. . **'Parceiros' assimétricos: trabalho e saúde de motoristas por aplicativos no Rio de Janeiro**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 5915-5924, 2021. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2021.v26n12/5915-5924/pt> Acesso: 18.09.2022

M. BROWN, Theodore, CUETO, Marcos, FEE, Elizabeth **A transição de saúde pública 'internacional' para 'global' e a Organização Mundial da Saúde**. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos* [en linea]. 2006, 13(3), 623-647 versão impressa ISSN: 0104-5970. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386137991005> Acesso em: 21.03.2023

MARX, Karl. **Miséria da Filosofia**. Trad. de José Paulo Netto. Global Editora: São Paulo 1985

MARX, K. (2013). **O capital: Livro 1**. São Paulo, SP: Boitempo. Disponível em: [https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=JSv2AAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT&dq=MARX,\(2013\).+O+capital:+Livro+1S%C3%A3o+Paulo,+SP:Boitempo.&ots=VgU2XhZl8R&sig=9ksKLYmkm77xPx66-QR7Q6l7hF0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=JSv2AAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT&dq=MARX,(2013).+O+capital:+Livro+1S%C3%A3o+Paulo,+SP:Boitempo.&ots=VgU2XhZl8R&sig=9ksKLYmkm77xPx66-QR7Q6l7hF0#v=onepage&q&f=false) Acesso em: 07.06.2022

MELO EA, MENDONÇA MHM, OLIVEIRA JR. **Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios**. *Saúde debate*. 2018; 42(1):38- 51. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103> Acesso em: 10.09.2022

MÉLLO LMBD, ALBUQUERQUE PC, SANTOS RC, FELIPE DA, QUEIRÓS AAL. **Agentes comunitárias de saúde: práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de Covid-19 no Brasil**. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25 (Supl. 1): e210306 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210306> Acesso em: 23.03.2023

MÉLLO, LMDB, SANTOS, RC, ALBUQUERQUE, PC. **Agentes Comunitárias de Saúde na pandemia de Covid-19: scoping review**. *Saúde Debate | Rio de Janeiro*, v. 46, n. Especial 1, P. 368-384, mar 2022 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E125> Acesso em: 19.11.2023

Ministério da Saúde. **Qual o papel do Agente Comunitário de saúde na pandemia?** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/julho/qual-o-papel-do-agente-comunitario-de-saude-na-pandemia> Acesso em: 19.11.2023

MIRANDA, Bárbara Aline Bezerra de; PEGORARO, Renata Fabiana **Qualidade de vida e sofrimento psíquico em agentes comunitárias de saúde** *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, vol. 1, Sup., 2021 Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497969745003> Acesso em: 15.10.2023

MONTEIRO-DUNHAM, Ana Carina **Problemas e dilemas éticos vivenciados pelo Agente Comunitário de Saúde em seu processo de trabalho**. / Ana Carina Dunham Monteiro. Salvador - Bahia, 2019.132 f. Disponível em:

<https://repositoriodev.ufba.br/bitstream/ri/31390/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20final%20Ana%20Carina%20Dunham%20Monteiro.pdf> Acesso em: 20.10.2023

MOROSINI, Márcia Valéria; CARNEIRO, Carla Cabral; FONSECA, Angelica Ferreira; TEIXEIRA, Marcia; BRAGA, Ialê Falleiros; MENEZES, Clarissa Alves; KRIEGER, Carolina; SANTOS, Renato Penha; BRUM, Tiana; NEWLANDS, Ana Clara; CHINELLI, Filippina; DANTAS, Gustavo Rego; DURÃO, Anna Violeta; REIS, Renata; ROSARIO, Celita. 1º Boletim da Pesquisa **“Desafios do Trabalho na Atenção Primária à Saúde na Perspectiva dos Trabalhadores”**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz. Dezembro, 2022. 15 p. Disponível em: https://arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/57740/va_Morosini_et al_EPSJV_B1_2022.pdf?s equence=3 Acesso em: 20.06.2023

MOROSINI, Márcia Valéria; FONSECA, Angélica Ferreira; NOGUEIRA, Mariana Lima; BORGES, Camila Furlanetti; MOREL, Cristina Massadar; CHINNELI, Filippina; VIEIRA, Monica. **Nota Técnica sobre trabalho seguro, proteção à saúde e direitos dos Agentes Comunitários de Saúde no contexto da pandemia de Covid-19**. 2020. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/nota_tecnica_acs_poli.pdf Acesso em: 10.10.2022

MOROSINI, Marcia V. G. C.; FONSECA, Angélica F.; BAPTISTA, Tatiana W. F. **Previne Brasil, agência de desenvolvimento da atenção primária e carteira de serviços: radicalização da política de privatização da Atenção Básica?** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, p. 1-20, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00040220 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220> Acesso em: 13.03.2023

MOROSINI, Márcia Valéria .; FONSECA, Angélica Ferreira. **Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios**. Saúde em Debate [online]. 2018, v. 42, n. spe1, pp. 261-274 Acesso: 8 nov. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S117> Acesso em 15.08.2022.

MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CHINELLI, Filippina; CARNEIRO, Carla Cabral. **Coronavírus e crise socio sanitária: a radicalização da precarização do trabalho no SUS**. Crise e pandemia: quando a exceção é regra geral. Organizado por Letícia Batista Silva e André Vianna Dantas. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2020. 245 p. ISBN: 978-65-990319-4-6. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/BibliotecaDigital/BibDigitalLivros/TodosOslivros/Crise-e-pandemia.pdf#page=94 Acesso em: 10.06.2022

MOROSINI, MVGC; FONSECA, AF; LIMA. LD. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde**. Saúde Debate | Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan-mar 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601> Acesso em: 10.10.2022

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso. **Transformações no trabalho dos agentes comunitários de saúde nos anos 1990-2016: a precarização para além dos vínculos** / Tese de Doutorado. PPFH/UERJ. 2018. 357 f. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/33269> Acesso: 10.09.2022

NASCIMENTO RCRM et al. **Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde**. Rev Saude Publica. 2017;51 Supl 2:10s. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007062> Acesso em: 31.10.2023

NOGUEIRA, Mariana Lima; BORGES, Camila Furlanetti; LACERDA, Alda; FONSECA, Angélica Ferreira; VELLASQUES, Areta Peixoto; MOREL, Cristina Maria Toledo Massadar; VALSECHI, Daniel Felix; MONTEIRO, Fábio Falcão; SILVA, Letícia Batista; MOROSINI, Márcia Valéria; BARBOSA, Maria Idalice Silva; SOUZA JUNIOR, Paulo Roberto Borges; REGO, Sábata Rodrigues de Moraes; PESSOA, Vanira. **1º Boletim da Pesquisa Monitoramento da saúde e contribuições ao processo de trabalho e à formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde em tempos de Covid-19**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz. Agosto, 2020. 68 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42709> Acesso em: 14.11.2023

NOGUEIRA, Mariana Lima. **Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho**. Saúde e Sociedade, v. 28, p. 309-323, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180783> Acesso em: 20.03.2023

NOGUEIRA, M. L. **O processo histórico da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde: trabalho, educação e consciência política coletiva**. 2017. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2VaU3Wq> Acesso em: 20.03.2023

OCKÉ-REIS CO. **Desafios da reforma sanitária na atual conjuntura histórica**. Saúde debate [internet]. 2017 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711302> Acesso em: 15.06.2022

OLIVEIRA LMS, GOMES NP, OLIVEIRA ES, SANTOS AA, Pedreira LC. **Estratégia de enfrentamento para covid-19 na atenção primária à saúde: relato de experiência em Salvador-BA**. Rev Gaúcha Enferm. 2021;42(esp):e20200138. doi: Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200138> Acesso em: 25.05.2023

OLIVEIRA LCF, NASCIMENTO MAA, LIMA IMSO. **O acesso a medicamentos em sistemas universais de saúde – perspectivas e desafios**. Saúde Debate | Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 5, p. 286-298, dez 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S523> Acesso em: 04.11.2023

PAIM, Jairnilson et al. **The Brazilian health system: history, advances, and challenges**. The Lancet, London, England, v. 377, n. 9.779, p. 11-31, 2011. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8). Acesso em: 10.07.2022

PATIÑO-ESCARCINA JE, MEDINA MG. **Vigilância em Saúde no âmbito da atenção primária para enfrentamento da pandemia da Covid-19: revisão documental**. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E108> Acesso em: 18.03.2023

PRODANOV, Cleber Cristiano. **Metodologia do trabalho científico** [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico/Cleber Cristiano Prodanov, Ernani César de Freitas. -2. Ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Sistema requerido: adobe acrobat reader. Inclui bibliografia. ISBN 978-85-7717-158-3. Disponível em: Metodologia do Trabalho

Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do ... - Cleber Cristiano Prodanov e Ernani Cesar de Freitas - Google Livros Acesso em: 01.05.22.

QUEIRÓS, Agleildes Arichele Leal de; LIMA, Luci Praciano. **A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde.** Trabalho, Educação e Saúde, v. 10, p. 257-281, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462012000200005> Acesso em: 25.04.2023

QUEIRÓS, Agleildes Arichele Leal de. **A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde em Recife.** ATTENA: repositório digital da UFPE. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9362> Acesso em: 09.05.2023

RAMOS, Marise. **Conceitos Básicos sobre o Trabalho.** O processo histórico do trabalho em saúde / Organizado por Angélica Ferreira Fonseca e Anakeila de Barros Stauffer. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

RECIFE. **Lei nº 17.772, de 16 de janeiro de 2012.** Institui o plano de cargos, carreiras, desenvolvimento e vencimentos - PCCDV dos servidores efetivos do grupo ocupacional saúde da administração direta do município do Recife. Disponível em: www.legiscidade.recife.pe.gov.br/lei/17772/ Acesso em: 28.03.2023

RECIFE. **Lei nº 17.233, de 26 de junho de 2006.** Ementa: Cria cargos no âmbito da Administração Direta, na área da Saúde; altera dispositivos da Lei 16.959, de 04 de fevereiro de 2004, e revoga a Lei 16.727, de 27 de dezembro de 2001; possibilita as incorporações de servidores temporários na forma do parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006. Disponível em: www.legiscidade.recife.pe.gov.br/lei/17233/ Acesso em: 28.03.2023

REDE DE PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (REDE APS) (org.). **Bases para uma Atenção Primária à Saúde integral, resolutiva, territorial e comunitária no SUS: aspectos críticos e proposições.** Rio de Janeiro: Abrasco; 2022. E-book. 111p. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2021/02/e-book_rede_APS_29_07.pdf Acesso em: 16.05.2022

RIQUINHO Deise Lisboa, et al. **O COTIDIANO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: ENTRE A DIFICULDADE E A POTÊNCIA.** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 163-182, jan./abr. 2018 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00086> Acesso em: 20.03.2023

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI.** Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.2, p.263-276, 2016. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016150960> Acesso em: 10.11.2022

ROCHA, N.H.N.; BARLETTO, M.; BEVILACQUA, P.D. 2013. **IDENTIDADE DA AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE: tecendo racionalidades emergentes.** Interface COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO v.17, n.47, p.847-57, out./dez. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000031> Acesso em 10.05.2023

RODRIGUES, Cecília Luísa; VILAS BOAS FILHO, Evandro. *O Contrato de urgência sob o Regime Especial de Direito Administrativo (REDA) e seus efeitos para a Gestão de Pessoas no Funcionalismo Público*. Id on Line Rev.Mult. Psic., 2019, vol.13, n.45, p. 734-749. ISSN: 1981-1179. Disponível em: <https://idonline.emnuvend.com.br/id/article/view/1779/2717> Acesso em: 16.11.2023

SALVADOR. *Decreto de nº 32107 de 23 de janeiro de 2020* . Altera dispositivos do Decreto nº 29.482, de 05 fevereiro de 2019 na forma que indica. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/ba/s/salvador/decreto/2020/3211/32107/decreto-n-32107-2020-altera-dispositivos-do-decreto-n-29482-de-05-de-fevereiro-de-2019-na-forma-que-indica> Acesso em: 20.06.2023

_____. *Lei de nº7867 de 2010*. Dispõe sobre o plano de cargos e vencimentos dos profissionais de saúde da prefeitura municipal do salvador e dá outras providências. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/ba/s/salvador/lei-oedinaria/2010/787/7867/lei-ordinaria-n-7867-2010-dispoe-sobre-o-plano-de-cargos-e-venximentos-dos-profissionais-de-saude-da-prefeitura-municipal-do-salvador-e-da-outrrs-providencias> Acesso em: 09.11.2023

SAFFER, Denis Axelrud et al. *Orientações para Agentes Comunitários de Saúde no enfrentamento à Covid-19*. Disponível em: https://educare.fiocruz.br/resource/show?id=SvLwz_NX Acesso em: 18.11.2023

SANTANA, Mauricéa M.; MEDEIROS, Katia R.; MONKEN, Maurício. **Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família na pandemia no Recife-PE: singularidades socioespaciais**. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 20, 2022, e00154167. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs00154> Acesso em: 28.03.2023

SANTANA, Geidson Uilson Seixas. **Localização e saúde na cidade de salvador. 2018**. 196 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Economia, Faculdade de Economia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri> Acesso em: 02.05.2023

SANTOS, K. O. B., FERNANDES, R. D. C. P., ALMEIDA, M. M. C. D., Miranda, S. S., Mise, Y. F., & Lima, M. A. G. D. (2020). *Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de COVID-19*. Cadernos de Saúde Pública, 36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178320> Acesso em: 16.11.2023

SANTOS, Amanda Corrêa dos; HOPPE, Ariane dos Santos; KRUG, SUZANE BEATRIZ. *Agente Comunitário de Saúde: implicações dos custos humanos laborais na saúde do trabalhador*. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 28, p. e280403, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280403> Acesso em: 09.11.2023

SILVA, Welison Matheus Fontes da; RUIZ, Jefferson Lee de Souza. *A centralidade do SUS na pandemia do coronavírus e as disputas com o projeto neoliberal*. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 30, p. e300302, 2020. Acesso em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300302> Disponível em:06.11.2023

SILVA, Thais Lacerda e.; SOARES, Amanda Nathale.; LACERDA.; Gislene Aparecida.; MESQUITA Juliana Fonseca de Oliveira.; SILVEIRA Danielle Costa Silveira. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde.** Saúde Debate |Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 58-69, jan-mar 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012404> Acesso em: 10.10.2023

SILVA, Carlos Roberto Castro e et al. **Participação social e a potência do agente comunitário de saúde.** Psicol. Soc., Belo Horizonte , v. 26, n. spe2, p. 113-123, 2014 . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000600012> Acesso em: 10.10.2023

SOUZA, Heloiza Machado de. **Programa Saúde da Família: entrevista.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 53, n. especial , p. 7-16, dez. 2000

SOUZA, Lázaro José Rodrigues de. **Trabalho a céu aberto: situações de Violência no ambiente de trabalho dos agentes comunitários de saúde no Candeal de Brotas em Salvador - BA.** / Lázaro José Rodrigues de Souza. - Salvador, 2009. 146 f. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/31778/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20Final.pdf> Acesso em: 20.07.2023

TRAN, Bach Xuan et al. **Reaching further by Village Health Collaborators: The informal health taskforce of Vietnam for COVID-19 responses.** Journal of global health, v. 10, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.7189/jogh.10.010354> Acesso em: 06.11.2023

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Coronavirus (Covid-19) Dashboard.** Genebra: WHO; 2022. Disponível em: <https://covid19.who.int/> Acesso em: 26/04/2022

ANEXO 1- PARECER CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desafios do Trabalho na Atenção Primária à Saúde na Perspectiva dos Trabalhadores

Pesquisador: Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 48045921.2.0000.5241

Instituição Proponente: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ

Patrocinador Principal: Fundação Oswaldo Cruz

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.906.386

Apresentação do Projeto:

O projeto investiga a configuração do trabalho na Atenção Primária à Saúde, tendo como base a Estratégia Saúde da Família nos municípios Rio de Janeiro, Recife, Salvador, Palmas, Boa Vista e Porto Alegre, com enfoque nas mudanças produzidas a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 e da pandemia de Covid-19. Tem caráter qualitativo, com informações quantitativas, a partir da análise de dados nacionais. A investigação se dá nas informações disponíveis nos bancos de dados que permitem a caracterização do trabalho no Brasil e, em específico na saúde pública, no âmbito da ESF; nos documentos políticos e normativos da Atenção Básica, com inflexões sobre o trabalho na ESF, ou que têm por objeto específico esse trabalho; e na narrativa dos trabalhadores, construídas a partir de entrevistas sobre as condições em que realizam suas atividades laborais. O primeiro eixo corresponde à dimensão quantitativa da pesquisa, que abrange a análise de informações em fontes de informações de acesso público como o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e Portais de Transparência dos Estados e Municípios participantes da pesquisa; a Caged/Secretaria do Trabalho, Painel Estatístico de Pessoal/Ministério da Economia; o Ministério da Economia – Painel Estatístico de Pessoal; e dados do próprio IBGE – Pesquisa nacional de saúde, 2019, que traz informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil e grandes regiões da federação, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2020 e o Terceiro volume da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 – Relações e Condições de Trabalho no Brasil. O segundo eixo corresponde à

Endereço: Avenida Brasil, 4365

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.040-900

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3865-9710

Fax: (21)3865-9729

E-mail: cep.epsjv@fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.906.386

análise da produção política e normativa. Compõe-se da seleção, organização, sistematização e análise dos documentos de caráter legislativo, normativo e político, buscando as mudanças no quadro geral de regulamentação do trabalho e, em específico das diretrizes para o trabalho na AB. Serão tratados documentos produzidos pelas instâncias legislativas e de gestão nos diversos níveis, que repercutem na conformação e no trabalho na AB. O terceiro eixo abrange a organização do processo de trabalho, características das práticas, objetivos, relações e condições do trabalho na ESF, com destaque para as mudanças advindas do contexto pandêmico. Neste eixo as entrevistas serão o procedimento central para a compreensão das transformações e de efeitos objetivos e subjetivos, na perspectiva dos trabalhadores. As entrevistas serão realizadas de modo remoto com trabalhadores das equipes de AB dos 6 municípios estudados. Selecionaremos, em cada realidade local pesquisada, trabalhadores que participam da equipe mínima da ESF (médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde), que atuem há, pelo menos, cinco anos na ESF e que tenham atuado durante a pandemia de Covid-19. Em cada cidade estudada serão entrevistadas 4 equipes da ESF de cada município (Médico, Enfermeiro, Aux./Tec. de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde), perfazendo um total de 96 trabalhadores entrevistados. A equipe que realizará as entrevistas é composta por 8 pesquisadores da Fiocruz-RJ e 6 pesquisadores de cada campo (bolsistas que atuam na saúde e/ou educação nos municípios). O acesso aos sujeitos da pesquisa se dará por meio de carta convite assinada pela equipe. Usaremos o método da bola de neve, partindo da indicação dos pesquisadores de campo, considerando como os critérios de inclusão indicados. Será apresentado e explicado o TCLE a cada participante, antes de cada entrevista. As entrevistas seguirão um roteiro semiestruturado, previamente testado, serão gravadas e transcritas para análise, sendo adotados procedimentos de codificação para manutenção do anonimato do entrevistado. Serão observadas as normas vigentes relativas à pesquisa envolvendo seres humanos.

Objetivo da Pesquisa:

Primário: Investigar a configuração do trabalho na APS, tendo como base a ESF nos municípios Rio de Janeiro, Recife, Salvador, Palmas, Boa Vista e Porto Alegre, com enfoque nas mudanças produzidas a partir da PNAB 2017 e da pandemia de Covid-19.

Secundário:

- 1) Caracterizar quantitativamente a força de trabalho na ESF nos municípios estudados, identificando formas de contratação, carga horária e rotatividade;
- 2) Caracterizar o processo de trabalho nas equipes de Saúde da Família nos municípios

Endereço: Avenida Brasil, 4365
Bairro: Manginhos **CEP:** 21.040-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3865-9710 **Fax:** (21)3865-9729 **E-mail:** cep.epsjv@fiocruz.br



ESCOLA POLITÉCNICA DE
SAÚDE JOAQUIM
VENÂNCIO/FIOCRUZ/RJ



Continuação do Parecer: 4.906.386

selecionados;

3) Analisar as condições de trabalho na ESF nos municípios indicados;

4) Compreender as mudanças deflagradas no trabalho na ESF nos municípios em tela, em particular a partir da PNAB 2017 e no período pandêmico, e como estas afetaram os trabalhadores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco: Toda pesquisa possui riscos potenciais, maiores ou menores, de acordo com o seu objeto, seus objetivos e a metodologia escolhida. No caso do presente projeto, a entrevista com os trabalhadores da ESF, ao abordar mudanças e dificuldades experimentadas no trabalho, principalmente no contexto da crise socio sanitária, pode remeter a situações emocionalmente mobilizadoras que os pesquisadores buscarão escutar com atenção e acolhimento, procurando minimizar possíveis efeitos subjetivos negativos. O principal marco regulatório para a ética na pesquisa é, atualmente, a Resolução CNS/CONEP nº 466/2012, junto com as demais diretrizes, decisões, documentos e resoluções complementares que compõem o sistema CEP/CONEP. Dentre essas, convém mencionar a Norma Operacional nº 001/2013, que dispõe sobre a organização e funcionamento do Sistema CEP/CONEP, a Resolução CNS/ CONEP nº 510/2016 que trata, de forma complementar, da ética nas pesquisas das ciências humanas e sociais; bem como, a Resolução CNS/ CONEP nº 580/2018 que estabelece as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS.

Benefício: Os sujeitos envolvidos com a pesquisa serão beneficiados pela possibilidade de ampliar a sua compreensão sobre a situação em que realizam o seu trabalho na ESF, bem como refletir sobre seus direitos, numa perspectiva do trabalho digno.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa do projeto PMA/FIOCRUZ, Rede PMA (Política Pública e Modelos de Atenção à Saúde), que desenvolverá uma pesquisa em 6 municípios do país para verificar o trabalho das Equipes de ESF.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os termos obrigatórios.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela análise procedida, este Comitê (registrado junto à CONEP – Cf. Ofício n. 2254/Carta n. 0078 – CONEP/CNS/MS, de 12 de agosto de 2010) considera o presente protocolo APROVADO.

Endereço: Avenida Brasil, 4365

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.040-900

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3865-9710

Fax: (21)3865-9729

E-mail: cep.epsjr@fiocruz.br



ESCOLA POLITÉCNICA DE
SAÚDE JOAQUIM
VENÂNCIO/FIOCRUZ/RJ



Continuação do Parecer: 4.906.388

Considerações Finais a critério do CEP:

- Enviar relatório final ao término do estudo;
- Informar ao CEP, caso necessite fazer modificações relevantes nos objetivos ou metodologia previstos;
- Notificar o CEP caso ocorra alguma situação adversa;
- Manter sob sua guarda por pelo menos 5 anos as vias do TCLE ou do Registro de Consentimento, bem como os dados coletados na pesquisa;
- Informar o número CAAE do projeto nos produtos da pesquisa (relatórios, artigos, monografia, dissertação, tese).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1766348.pdf	28/07/2021 11:21:21		Aceito
Outros	Resposta_pendencias_CEP.docx	27/07/2021 20:15:14	Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_modificado.docx	27/07/2021 20:10:17	Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini	Aceito
Declaração do Patrocinador	Declaracao_de_Aprovacao_do_PR_Marcia_Morosini.pdf	27/07/2021 20:01:08	Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini	Aceito
Cronograma	Cronograma_da_pesquisa.docx	27/07/2021 19:55:35	Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Entrevista_modificado.docx	27/07/2021 19:54:34	Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_com_assinaturas_eletronicas.pdf	14/06/2021 17:06:21	Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Avenida Brasil, 4365

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.040-900

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3865-9710

Fax: (21)3865-9729

E-mail: cep.epsjv@fiocruz.br



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

ESCOLA POLITÉCNICA DE
SAÚDE JOAQUIM
VENÂNCIO/FIOCRUZ/RJ



Continuação do Parecer: 4.906.586

Não

RIO DE JANEIRO, 14 de Agosto de 2021

Assinado por:
Marcio Sacramento de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Brasil, 4365

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.040-900

UF: RJ

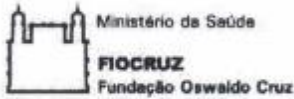
Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3865-9710

Fax: (21)3865-9729

E-mail: cep.epsjv@fiocruz.br

ANEXO 2- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Projeto de Pesquisa “Desafios do Trabalho na Atenção Primária à Saúde na Perspectiva dos Trabalhadores”.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado “Desafios do Trabalho na Atenção Primária à Saúde na Perspectiva dos Trabalhadores”, apoiado pelo Edital do Programa de Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão do Sistema e dos Serviços de Saúde da Vice-Presidência de Pesquisas e Coleções Biológicas da Fundação Oswaldo Cruz (Edital Fiocruz/VPPCB/PMA 2020), por ser um profissional que atua na Estratégia Saúde da Família (ESF). O objetivo deste estudo é investigar a configuração do trabalho na APS, a partir da perspectiva dos trabalhadores que atuam na ESF nos municípios Rio de Janeiro, Recife, Salvador, Palmas, Boa Vista e Porto Alegre, com enfoque na sua percepção sobre as mudanças produzidas a partir da PNAB 2017 e da pandemia de Covid-19.

Aceitando o convite, você participará de uma entrevista individual e presencial. O tempo necessário à realização da entrevista é variável e você poderá informar ao pesquisador que gostaria de encerrá-la a qualquer momento. Estima-se, no entanto, que a duração seja de aproximadamente 90 minutos, podendo ser realizado mais de um encontro, caso haja necessidade e conforme sua disponibilidade e interesse.

Nesta entrevista os(as) pesquisadores(as) lhe farão perguntas para compreender sua percepção sobre suas relações e condições de trabalho, em especial no contexto da pandemia de Covid-19, formas de organização e perspectivas de futuro. Esta entrevista será registrada (gravação digital) e posteriormente transcrita. Os arquivos digitais com o material obtido (gravação e transcrição) serão armazenados em local seguro e de uso exclusivo do pesquisador responsável.

Os pesquisadores(as) se comprometem com cada entrevistado a preservar o sigilo, anonimato e privacidade dos dados individuais. Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação. Cada entrevista receberá um código que substituirá o nome do entrevistado. Este sistema de codificação será de conhecimento apenas do pesquisador responsável.

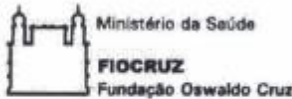
Salientamos que sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem necessidade de se justificar e sem qualquer prejuízo.

Toda pesquisa com seres humanos possui riscos em tipos e gradações variadas. Nesse estudo, estes são mínimos e podem estar associados ao desconforto emocional. No caso de haver algum desconforto emocional durante a resposta à entrevista, você poderá não responder às perguntas que o incomodarem e até mesmo interromper temporariamente a entrevista ou desistir de participar da mesma.

O participante que se sentir prejudicado poderá buscar indenização por eventuais danos decorrentes da participação na pesquisa, segundo Resolução CONEP 510/2016, Art. 6, VI e VII e Art. 19 §2º.

A princípio sua participação poderá não trazer qualquer benefício direto a você, além da oportunidade de refletir sobre as condições e relações de trabalho. Entretanto, os resultados da pesquisa

Rubricas: _____



Projeto de Pesquisa “Desafios do Trabalho na Atenção Primária à Saúde na Perspectiva dos Trabalhadores”

poderão contribuir para o aperfeiçoamento das políticas públicas e melhoria da gestão, das formas de contratação e do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família, podendo beneficiar os próprios trabalhadores e os usuários destes serviços de saúde.

As informações fornecidas pelos sujeitos e coletadas pelos(as) pesquisadores(as) serão conhecidas e analisadas pela equipe de pesquisa, dando origem a um relatório e artigos científicos, onde poderão constar transcrições de partes ou todo da entrevista e relatos das observações, mantendo-se o anonimato dos (as) entrevistados (as). Este relatório poderá vir a ser publicado e divulgado por meio impresso e/ou digital.

Participar dessa pesquisa não implicará nenhum custo financeiro para você, e, como voluntário(a), você também não receberá qualquer valor em dinheiro como compensação pela participação. Você receberá uma cópia deste termo que tem três páginas e onde consta o telefone e o endereço das pesquisadoras responsáveis, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. É recomendado que você guarde esta cópia. Além disso, você poderá entrar em contato com os Comitês de Ética envolvidos na pesquisa, cujos contatos seguem ao final deste documento.

O Comitê de Ética da EPSJV foi criado em 19 de dezembro de 2006, pela Portaria n.º 018/2006 DIR-EPSJV, e autorizado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), em 10 de abril de 2007 (Cf. Ofício n.º 583). Seu propósito é zelar pelo respeito e proteção à dignidade e autonomia dos participantes das pesquisas, em sua dimensão física, moral e social. Faz parte da missão de um CEP garantir o direito ao consentimento livre e esclarecido para participação nos estudos, bem como a ponderação entre riscos e benefícios, tendo em vista os referenciais da bioética e da justiça social, dentre outros. É papel também dos comitês atuar como instância de divulgação e educação sobre os princípios da ética na pesquisa, contribuindo para que os pesquisadores possam receber orientações para adequar seus estudos e prevenir problemas na condução e realização de pesquisas.

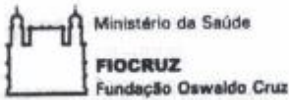
Assumiremos plenamente toda e qualquer responsabilidade advinda desse procedimento, na forma da lei e do código de ética em saúde. (Resolução CNS/Conep 510/2016 que trata, de forma complementar, da ética nas pesquisas das ciências humanas e sociais; bem como, a Resolução CNS/Conep 580/2018 que estabelece as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS).

Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu, concordo em participar do estudo intitulado “Desafios do Trabalho na Atenção Primária à Saúde na Perspectiva dos Trabalhadores”, sob a coordenação da Prof.ª Dr.ª Márcia Valéria G. C. Morosini e da Prof.ª Dr.ª Marcia Teixeira.

Estou ciente sobre os princípios que regem a coleta de informações pela coordenação de pesquisa, nos termos da ética em pesquisa, descritos a seguir:

- a) Não existência de riscos significativos nessa colaboração e na utilização de dados e informações por mim fornecidos;
- b) Garantia de sigilo que assegurará minha privacidade e integridade civil, profissional e ética.

Rubricas: _____



Projeto de Pesquisa “Desafios do Trabalho na Atenção Primária à Saúde na Perspectiva dos Trabalhadores”.

Depois de tais considerações, concordo em cooperar com este estudo e em informar à equipe de pesquisa responsável por mim sobre qualquer anormalidade observada.

Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar.

Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos ficarão arquivados em equipamento eletrônico sob a guarda das coordenadoras da pesquisa e poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada da coordenação da pesquisa.

Estou recebendo uma cópia assinada deste Termo.

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

Rio de Janeiro, de 2021 _____
 Nome do sujeito da pesquisa Assinatura

Rio de Janeiro, de 2021 _____
 Nome do entrevistador Assinatura

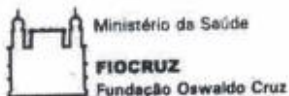
Rio de Janeiro, de 2021 _____
 Nome do entrevistador Assinatura

Rio de Janeiro, de 2021 MARCIA TELXEIRA _____
 Nome do responsável pela pesquisa Assinatura

Rio de Janeiro, de 2021 Márcia Valéria G.C. Morosini _____
 Nome do responsável pela pesquisa Assinatura

Pesquisador responsável: Profa. Dra. Márcia Valéria G. C. Morosini
 Matrícula Siape: 01355718
 Fundação Oswaldo Cruz
 Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
 Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde
 Avenida Brasil, 4365 – Manguinhos – EPSJV, sala 322.

Rubricas: _____

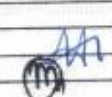


Projeto de Pesquisa "Desafios do Trabalho na Atenção Primária à Saúde na Perspectiva dos Trabalhadores".
Telefones: (21) 3865-9753; (21) 3865-9750.

Pesquisador responsável: Profa. Dra. Marcia Teixeira
Matrícula Siape: 2328532
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Departamento de Administração e Planejamento em Saúde
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Manguinhos – ENSP, sala 707.
Telefones: (21) 2598-2700.

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ)
Avenida Brasil, 4365, Manguinhos – EPSJV, Container 7.
Telefone: (21) 3865-9809
Email: cep.epsjv@fiocruz.br

Rubricas: _____



ANEXO 3- ROTEIRO DA ENTREVISTA

ROTEIRO OBJETIVO

(Primeiro momento da entrevista)

Informações de identificação e perfil socioeconômico: [Preenchimento conjunto]

- a) Nome do entrevistado:
- b) Código atribuído: [entrevistador]
- c) Idade:
- d) Raça/etnia:
- e) Sexo: () feminino () masculino
- f) Identidade de Gênero: _____
- g) Possui diversidade funcional que requer adaptações (física, sensorial, comunicacional, cognitiva)? () Sim. Qual? _____ () Não.
- h) Escolaridade/formação:
- () Fundamental
- () Médio () Técnico Qual? _____
- () Graduação () Qual?
- Especialização () Qual?
- Mestrado () Qual?
- Doutorado () Qual?
- i) Profissão:
- j) Cargo na ESF:
- k) Tempo de atuação na ESF:
- l) Forma de contratação (vínculo de trabalho):
- () RJU;
- () CLT – vínculo direto com a Prefeitura;
- () CLT – contratado por organização social;
- () CLT – contratado por fundação estatal;
- () Outro. Qual? _____
- m) Estado civil: solteiro () casado () outro ()
- n) Número de dependentes: filhos () parentes () outros ()
- o) Local de moradia: cidade _____ bairro _____
- p) Tipo de moradia: própria () em financiamento () alugada () emprestada ()
- q) Quantos dias da semana você trabalha na ESF?:
- r) Quantas horas, em geral, você trabalha por dia na ESF?: _____ horas
- s) Exerce outra atividade remunerada? () sim () não Qual?
- t) Qual a sua renda mensal, aproximadamente?
1. () Até 1 salário mínimo (até R\$ 1.100,00).
 2. () De 1 a 2 salários mínimos (de R\$ 1.100,01 até R\$2.200,00).
 3. () De 2 a 3 salários mínimos (de R\$ 2.200,01 até R\$3.300,00).
 4. () De 3 a 5 salários mínimos (de R\$3.300,01 até R\$5.500,00).
 5. () De 5 a 10 salários mínimos (de R\$5.500,01 até R\$11.000,00).

6. () De 10 a 20 salários mínimos (de R\$11.000,01 até R\$22.000,00).
7. () Mais de 20 salários mínimos (Acima de 22.000,01).
- u) Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda familiar mensal⁴?
1. () Até 1 salário mínimo (até R\$ 1.100,00).
2. () De 1 a 2 salários mínimos (de R\$ 1.100,01 até R\$2.200,00).
3. () De 2 a 3 salários mínimos (de R\$ 2.200,01 até R\$3.300,00).
4. () De 3 a 5 salários mínimos (de R\$3.300,01 até R\$5.500,00).
5. () De 5 a 10 salários mínimos (de R\$5.500,01 até R\$11.000,00).
6. () De 10 a 20 salários mínimos (de R\$11.000,01 até R\$22.000,00).
7. () Mais de 20 salários mínimos (Acima de 22.000,01).
- v) Quantas pessoas, além de você, contribuem para a renda familiar?
- w) Sindicalizado: () Sim () Não.

ROTEIRO SEMI ESTRUTURADO

(Segundo momento da entrevista)

1) Nós já colhemos algumas informações objetivas sobre você no questionário que você respondeu. Agora, para começar a nossa conversa, gostaríamos que você falasse sobre como tem sido trabalhar na ESF.

2) Você pode descrever como vê o processo de trabalho na sua unidade e o seu dia a dia de trabalho? Você pode falar, pensando no que seria uma semana típica de trabalho.

[Para ACS trabalhando sozinha - Você é a única ACS da sua equipe ou da sua unidade), certo? Como tem sido trabalhar assim? (Procurar saber o que tem sido possível fazer, o que deixou de fazer, do que mais sente falta).

3) Na sua opinião, como são as condições de trabalho na ESF, pensando em termos de espaço físico, equipamentos, instrumentos, conforto, número de profissionais, mas também de segurança para a realização do trabalho? já foi

16) Sabemos que a pandemia de COVID 19 afetou a Atenção Básica. Na sua percepção, quais foram as mudanças na sua unidade? Como essas mudanças afetaram o trabalho na sua unidade e o seu trabalho, em particular? Como você se sentiu em relação a isso?

19) Há vários relatos sobre problemas de fornecimento de EPI para os trabalhadores da saúde, principalmente no início da pandemia. Na sua percepção, houve falta de EPI na sua unidade? Como você lidou com isso à época? Como está essa situação hoje?

Para além da falta de EPI, o que você considera que faltou (ou falta ainda) como suporte para o seu trabalho durante a pandemia?

⁴ Referência: salário mínimo nacional (2021)

4) Voltando a pensar nas condições “normais de trabalho”, como é a contratação de vocês, os direitos trabalhistas (férias, 13º etc), a jornada de trabalho, o salário?

[Em Porto Alegre, nós sabemos que tem havido problemas com relação às contratações, demissões, mudanças importantes na gestão da ESF. Você pode contar pra gente como tem sido isso?

Atentar para o fato de que as mudanças precarizantes atuais começam no processo de questionamento do IMESF]

18) Na sua opinião, a pandemia de COVID 19 afetou os seus direitos (como, por exemplo, salário, pagamento de horas-extras; possibilidade de dispor de férias e tempo para descanso)? Como? A que você atribui isso? Como você lidou (ou ainda está lidando) ainda com essa situação?

5) Na sua perspectiva, como são as relações no seu trabalho (com os demais colegas da sua equipe, com os outros profissionais, com a chefia)? já falou com a médica e com enfermeira - faltou os ACS

6) Na sua opinião, como são tomadas as decisões sobre o que cada um deve fazer no trabalho na unidade? Você participa dessas decisões? Que decisões cabem somente a você? E como você se sente com isso?

7) Sobre o seu trabalho, gostaríamos de saber se há atividades que você realiza, mas não considera sua atribuição; que você não realiza, mas acha que deveria; ou que você realiza, considera importante, mas não a percebe como uma atividade valorizada

.8) Você tem acesso a atividades de formação/capacitação oferecidas pela sua unidade ou pela gestão municipal?

17) Você se sentiu suficientemente qualificado/treinado para o trabalho no contexto da pandemia? Quais têm sido as suas principais fontes de informação sobre a pandemia?

9) A avaliação tem sido um aspecto cada vez mais presente e importante na AB, seja feita pela unidade, pelos colegas ou pelos usuários. Como é essa avaliação e o que você pensa sobre ela?

10) Sabemos que a tecnologia tem estado cada vez mais presente no processo de trabalho na AB, como isso se dá na sua rotina? Na sua opinião, a pandemia de COVID-19 trouxe modificações no uso de tecnologias para a realização do trabalho na AB?

21) Na sua percepção, o município onde você trabalha organizou um fluxo para o atendimento aos trabalhadores que adoeceram por Covid-19? Você adoeceu por Covid-19? Como foi lidar com esse adoecimento no plano das suas relações pessoais e familiares? Quem cuidou das tarefas sob sua responsabilidade em casa, durante o seu adoecimento?

22) Como você vê o andamento da imunização contra a COVID-19 no seu município e o papel da Atenção Básica? Você já se vacinou? Quando? O que significou para você ser vacinado? (mudamos a ordem)

11) Na sua opinião, quais são os principais problemas existentes na ESF? Como você considera que esses problemas afetam você e o seu trabalho? Como você reage diante desses problemas? Você já adoeceu devido ao trabalho?

12) O SUS dispõe de espaços de participação popular. Você atua ou já atuou nesses espaços? Como você vê o papel dessas instâncias de participação?

14) Você considera o seu trabalho importante? Você gosta do que você faz?

15) Você acha que o seu trabalho é reconhecido: pelos seus colegas da ESF, pelos usuários e pela gestão do SUS?

Você está satisfeito com a remuneração que recebe pelo seu trabalho, com a sua forma de contratação e os direitos associados ao seu contrato de trabalho?

Quais formas de valorização do seu trabalho você gostaria que acontecessem?

23) Além da pandemia de COVID-19, houve mudanças na política de Atenção Básica. Você identifica mudanças na sua unidade que têm a ver com mudanças nas políticas de saúde? Essas mudanças afetaram o seu trabalho? Comente um pouco sobre isso.

24) As eleições municipais aconteceram em 2020. na sua opinião, a mudança na gestão municipal afetou a Atenção Básica, em especial, os trabalhadores?

25) Considerando a sua experiência de trabalho na ESF e esse tempo crítico de atuação durante a pandemia de COVID-19, como você pensa a Atenção Básica hoje, em termos de potencialidades e desafios. E como você percebe o SUS, de um modo geral?

13) O que você costuma fazer quando não está trabalhando? Você tem tempo para atividades de lazer? Você leva trabalho para casa?

26) Quais são suas perspectivas para o futuro?

Para finalizar nossa conversa, há algo que você gostaria de colocar que nós não perguntamos?