

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ INSTITUTO OSWALDO CRUZ
Pós- Graduação Lato Senso Ciência, Arte e Cultura na Saúde

**AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: Nós por nós – estudo de caso do
Bairro Pacheco, São Gonçalo, RJ – 2016 – 2017, com a produção de um
vídeo coletivo.**

Pesquisador: Rosângela da Silva

Orientação: Maria Paula de Oliveira
Bonatto

RIO DE JANEIRO
Dezembro/2018

ROSÂNGELA DA SILVA

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: Nós por nós – estudo de caso do Bairro Pacheco, São Gonçalo, RJ – 2016 – 2017, com a produção de um vídeo coletivo.

Trabalho de Conclusão de curso, apresentado na Fundação Oswaldo Cruz/ Instituto Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro, como parte as exigência do curso de Pós-Graduação Lato Senso Ciência, Arte e Cultura na Saúde para a obtenção do Título de Pós-Graduação.

Orientação: Maria Paula de Oliveira Bonatto

**RIO DE JANEIRO
Dezembro/2018**

Silva, Rosângela.

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: Nós por nós - estudo de caso do Bairro Pacheco, São Gonçalo, RJ - 2016 - 2017, com a produção de um vídeo coletivo. / Rosângela Silva. - Rio de Janeiro, 2018.

56 f.; il.

Monografia (Especialização) - Instituto Oswaldo Cruz, Pós-Graduação em Ciência, Arte e Cultura na Saúde, 2018.

Orientadora: Maria Paula de Oliveira Bonatto.

Bibliografia: f. 51-56

1. ACS - Agente Comunitário de Saúde.. 2. PSF - Programa de Saúde da Família. 3. SUS - Sistema Único de Saúde. I. Título.

ROSÂNGELA DA SILVA

**AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: NÓS POR NÓS – estudo de caso do
Bairro Pacheco, São Gonçalo, RJ – 2016-2017, com a produção de um
vídeo coletivo.**

Trabalho de Conclusão de curso,
apresentado na Fundação Oswaldo
Cruz/Instituto Oswaldo Cruz do Rio de
Janeiro, como parte das exigências do
curso de Pós-Graduação Lato Senso
Ciência, Arte e Cultura na Saúde para
obtenção do Título de Pós-Graduação
em Ciência, Arte e Cultura na Saúde.

Orientação: Maria Paula de Oliveira Bonatto

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de
2018.

BANCA EXAMINADORA

Maria Paula de Oliveira Bonatto
Orientadora

Márcio Mello

Ricardo Malheiros

Mariana Nogueira

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter permitido que tudo isso acontecesse com muita força e saúde para superar as dificuldades.

À minha mãe Florentina Maria de Jesus da Silva (em memória), que sempre acreditou em mim e me amava.

Meu agradecimento ao meu esposo, Plácido Nunes Correia pela paciência e companheirismo nas horas difíceis.

À FIOCRUZ pela oportunidade de poder realizar o curso de Pós Graduação em Lato Senso Ciência, Arte e Cultura na Saúde.

À minha orientadora Maria Paula de Oliveira Bonatto, pela orientação e apoio e confiança na elaboração deste trabalho, que me fez acreditar que eu sou capaz de produzir qualquer trabalho através de muito estudo e persistência.

Meus agradecimentos às amigas (o): Aristéa Alves Pinto, Claudia Márcia Lima de Carvalho, Franciane da Silva Barros, João Carlos da Silva Thurler, Maria Gonçalves Souza Camelo, Meriane Pontes, Maristela Guimarães, Ildevania Cardoso da Silva , Zaira Cordeiro Xavier Pereira, Carolyne da Costa Batista (Produtora do Vídeo e Fotógrafa), Amanda Girard Santos, Flavia Souza de Oliveira e Vânia Lúcia Duarte, companheiros de trabalhos e irmãos na amizade que fizeram parte desta luta de Pós Graduação, e que sempre estarão presentes em minha vida. Obrigada!

Aos professores que me proporcionaram melhorias nos conhecimentos, no crescimento de caráter em relação à educação no processo de qualificação na formação profissional.

Rosângela da Silva

“A educação é um ato de amor, por isso um ato de coragem. Não pode temer o debate. A análise da realidade, não pode fugir à discussão criadora, sob pena de ser uma farsa.”

(Paulo Freire, em Educação como Prática da Liberdade)

RESUMO

O estudo buscou subsidiar a criação de um vídeo sobre aspectos da riqueza do trabalho de ACS participantes de dois grupos do PSF de São Gonçalo privilegiando descrições, reflexões e ideias oferecidas pelos mesmos. A proposta é relatar por imagens e depoimento dos ACS as perspectivas sociais desses trabalhadores, formas de participação nas ações de saúde do território que envolve a observação, a escuta, o acolhimento e aspectos da atenção em saúde às famílias do PSF. Esses relatos, mesmo quando compartilhados no dia a dia, muitas vezes passam despercebidos pela equipe envolvida. No vídeo buscamos mostrar e valorizar a riqueza das falas desses trabalhadores que supostamente atuam em funções organizadoras de ações coletivas e de controle social, conforme apontado pelos autores que discutem as ideias que fundamentam as bases do PSF no SUS.

Palavras Chave: Trabalho do ACS; PSF no Brasil; PSF São Gonçalo; Promoção da saúde

ABSTRATC

The study sought to subsidize the creation of a video about aspects of the wealth of the work of ACS participants of two groups of the PSF of São Gonçalo privileging descriptions, reflections and ideas offered by them. The proposal is to report through images and testimony of CHWs the social perspectives of these workers, forms of participation in the health actions of the territory that involves observation, listening, reception and health care aspects to the FHP families. These reports, even when shared on a daily basis, often go unnoticed by the team involved. In the video, we seek to show and value the richness of the speeches of these workers who supposedly act in organizing functions of collective actions and social control as pointed out by the authors that discuss the ideas that underlie the foundations of the PSF in the SUS.

Keywords: ACS work; PSF in Brazil; PSF São Gonçalo; Health promotion

SIGLAS E ABREVIações

ACE- Agente Comunitário de Endemias
ACS- Agente Comunitário de Saúde
ASB- Auxiliar de Saúde Bucal
BCCJL- Biblioteca do Centro Cultural Joaquim Lavoura
BSP- Biblioteca de Saúde Pública
CBO - Classificação Brasileira de Ocupações
CF- Constituição Federal
CLT- Consolidação das Leis do trabalho
CM- Congresso Nacional
CMS- Conselho Municipal de Saúde
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS - Cadastro Nacional de Saúde
CUT- Central Única dos Trabalhadores
ENSP- Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EPSJV- Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
ESF- Equipe de Saúde da Família
ESF- Estratégia de Saúde da Família
EUA- Estados Unidos da América
FGTS- Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
FIOCRUZ- Fundação Oswaldo Cruz/ Instituto Oswaldo Cruz
FMS- Fundação Municipal de Saúde
FUNASA- Fundação Nacional de Saúde
HNSG- Hospital Nossa Senhora das Graças
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INE - Identificador Nacional de Equipe
INSS- Instituto Nacional do Serviço Sindical
IPEA- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MPT- Ministério Público do Trabalho
MS- Ministério da Saúde
NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PAB- Piso da Atenção Básica
PACS- Programa de Agente Comunitário de Saúde
PMF- Programa Médico de Família
PMSG- Prefeitura Municipal de São Gonçalo
PNAB- Política Nacional de Atenção Básica
PROFAGS- Programa de Formação Técnica Enfermagem para Agentes de Saúde
PSAL- Posto de Saúde Adolfo Lutz
PSF- Programa Saúde da Família
RJ- Rio de Janeiro
SAD- Serviço de Atenção Domiciliar

SCMDS- Secretária Municipal de Desenvolvimento Social

SG- São Gonçalo

SSA- Secretária de Saúde e Assistência

SUS- Sistema Único de Saúde

UMHS- Unidade Municipal de Emergência

USFER- Unidade de Saúde da Família Emílio Ribas

USFJA- Unidade de Saúde da Família Juarez Antunes

USPAL- Unidade de Saúde Posto Adolfo Lutz

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
1.1 Aspectos de Saúde da Família	17
1.2-Programa de Saúde Família	20
1.3-Histórico do PSF em São Gonçalo	29
2 – METODOLOGIA	32
3 – RESULTADO	34
3.1-O bairro Pacheco segundo os ACS das equipes 355 e 915	34
Figura 1	39
Figura 2	40
Figura 3a	42
Figura 3b	42
Figura 4	43
Figura 5	44
Figura 6	45
3.2-Sobre a realização do Vídeo	46
4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51

INTRODUÇÃO

O tema do presente estudo é resultado da necessidade de refletir a partir de minha trajetória profissional como Agente Comunitária de Saúde, sobre aspectos que vivenciamos em nosso dia a dia profissional.

Ao refletir sobre minha vivência profissional ficam evidentes as dificuldades que uma mulher negra, trabalhadora, moradora de uma cidade como São Gonçalo enfrenta. Nada foi fácil, mas com muita luta persistência e garra em minha vida, encontrei coragem para alcançar os meus sonhos através de muitos estudos e perseverança. Trabalhar e estudar em um país como o Brasil não é tarefa fácil e ser afro descendente e proveniente da classe popular é algo traumático, mas, tenho a certeza que quando você quer crescer é preciso se dedicar sempre aos estudos. Para elevar o crescimento pessoal e profissional na vida das pessoas das classes populares, o país deve e precisa investir profundamente em educação de qualidade para os cidadãos, sem diferença de classe, raças, etnias e posição pessoal. Ser Agente Comunitário de Saúde (ACS), me fez crescer profissionalmente e como pessoa, adquirindo possibilidades de ouvir, conhecer e se responsabilizar pelo bem-estar do outro. Com o crescimento profissional me vi diante de aprimorar cada vez mais o meu desempenho e conhecimento para atender as necessidades da população com a qual trabalho. Essas necessidades me levaram a um interesse cada vez maior em aprimorar a técnica diária do trabalho executado como ACS, fazendo avançar, cada vez mais minha vontade de seguir em frente com os meus propósitos. De repente surgiu a necessidade de iniciar uma conquista maior em minha vida: explorar novos horizontes adquirindo conhecimentos mais profundos e esclarecedores. Todo esse conjunto de ideias e informações me levaram a seguir em frente com muita garra para superar os obstáculos e ir ao encontro de uma formação superior na graduação em Serviço Social com intuito de ampliar minhas técnicas profissionais. Ao adquirir a certificação como Assistente Social não me permiti ficar estagnada com essa conquista, logo me apeguei a um novo rumo que não seria, novamente, fácil: decidi enfrentar um processo seletivo para conseguir uma colocação na Especialização em Ciência, Arte e Cultura na Saúde, na Fundação Oswaldo Cruz/Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz/RJ).

Meu objetivo com essa especialização foi adquirir mais conhecimentos para desempenhar o papel de motivar reflexões coletivas entre as equipes de ACS nas quais participo e evidenciar a importância dessas reflexões para a execução das atividades de forma que sejam bem realizadas e que tenham cada vez mais resultados junto às populações com as quais trabalhamos no município de São Gonçalo. Tenho a clareza que neste longo percurso da minha formação e atuação profissional também tive que superar situações negativas que envolvem a complexidade da concretização das políticas públicas de saúde para uma população que vem passando por dificuldades na busca de tratamento nas unidades de saúde espalhada nos municípios do Rio de Janeiro. Essas dificuldades surgem por diversas razões: a falta de compromisso de gestores ou profissionais de saúde, a desonestidade e vícios de políticos responsáveis pelo financiamento da saúde, os esforços irresponsáveis pela privatização da saúde esvaziando a proposta do SUS universal e de qualidade.

Nesse sentido vale destacar outro aspecto da importância de se gerar as reflexões do presente estudo, ou seja, ir ao encontro das necessidades de aperfeiçoamento do SUS como política de saúde, que abrange diversas dimensões: a oferta de atendimento de qualidade para a população, a organização de um ambiente de trabalho mais adequado à formação e ao desempenho dos ACS em seu trabalho, entre outras. Assim, a relevância desse estudo está em identificar no processo de trabalho e avaliação coletiva dos ACS das equipes 355 e 915 do Posto de Saúde Adolfo Lutz no Bairro Pacheco no município São Gonçalo, aspectos e reflexões sobre suas práticas e ações voltadas para a organização coletiva da realidade de moradores.

O problema da pesquisa envolve o fato de termos observado que as produções sobre os ACS, trabalhos escritos ou vídeos, raramente são idealizadas e realizadas por nós, os ACS. Em nosso dia a dia observamos que muitas vezes as escutas não acontecem, as demandas do usuário não são observadas, o que caracteriza a falta de humanização constatada pelo descaso em relação aos problemas dos usuários. Assim o material áudio visual possibilita, além de um espaço de manifestação criativa dos ACS, uma atenção especial às falas desses trabalhadores que supostamente atuam em funções

organizadoras de ações coletivas e de controle social, conforme apontado pelos autores que discutem as ideias que fundamentam as bases do PSF no SUS (LANZONI; MEIRELLES, 2010; FERRA; AERTS, 2005; BRAND; ANTUNES; FONTANA, 2010; MOTA; DAVID, 2010).

Assim, identificamos a necessidade de organizar nossas reflexões de forma a enriquecer as informações sobre a realidade do trabalho do ACS por meio das narrativas de nossas vivências em meio às dinâmicas que envolvem o território e as famílias por nós assistidas tendo como meta a realização de um vídeo coletivo que documente e popularize essas reflexões.

Os benefícios da pesquisa envolvem a produção de contribuições para a valorização dos conhecimentos gerados pelos ACS, visando o aperfeiçoamento do PSF e o fortalecimento de condições para a realização do controle social preconizado pelo SUS considerando a realidade do Bairro Pacheco em São Gonçalo.

O bairro do Pacheco, São Gonçalo, foi no século XIX, um local onde se concentrava uma das maiores produções agrícolas do município. O nome origina-se das famílias que ali viviam e eram donos da propriedade. (FREITAS & FONSECA, ano 2016).

Segundo o Censo de 2010, a população do bairro é de 8.452 habitantes. A população masculina é de 4.040 e a de mulheres é de 4.412 habitantes. As faixas etárias da população do bairro segundo o censo estão distribuídas da seguinte forma: 532 indivíduos de 0 a 4 anos, 1.969 indivíduos de 0 à 14 anos, 5.899 de 15 a 64 anos e 583 idosos acima de 65 anos. No Pacheco existem mais jovens do que idosos, sendo a população composta de 23,3%(2.000) de jovens e 6,9% de idosos (500). (CENSO/2010)

O bairro Pacheco é atendido por uma Unidade Municipal de Pronto Atendimento e pelo Hospital Nossa Senhora das Graças. Nesse local existem três Unidades de Saúde da Família que oferecem atendimento básico à comunidade, a citar, Unidade Juarez Antunes, Unidade Emílio Ribas e Unidade Adolfo Lutz, sendo esta última o foco do presente estudo. Esta se tornou Unidade de Saúde do PSF no ano de 2001, sendo atualmente constituída por duas equipes formadas por seis ACS, um Médico, uma Enfermeira e uma Técnica de Enfermagem. Também está locado na unidade o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com os seguintes profissionais: Assistente Social,

Nutricionista, Fisioterapeuta, Educador Físico Social, um Dentista e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). A Unidade funciona para atendimento ao público todos os dias da semana de segunda a sexta de 08h00min a 17h00min horas.

Esse é o contexto das atividades enfocadas no presente estudo.

Objetivos e questões norteadoras do estudo

O objetivo geral - O tema do presente estudo está voltado para reunir informações que possibilitem a construção de um vídeo sobre a riqueza do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) participante de dois grupos do PSF de São Gonçalo privilegiando descrições, reflexões e ideias oferecidas pelos mesmos. A proposta é criar um material artístico e educativo que instigue a reflexão sobre a experiência e visão desses agentes em relação ao seu trabalho.

Como objetivos específicos, elegemos:

1. Conversar e registrar em vídeo o conhecimento de ACS dessa localidade sobre seu trabalho, buscando reconhecer dinâmicas que qualificam o trabalho e que não estão previstas nas rotinas do dia a dia;
2. Sistematizando os conhecimentos dos ACS e de moradores no sentido da participação social no SUS, publicando-o em vídeo nas redes sociais.
3. Documentar reivindicações desses trabalhadores em relação a suas condições de trabalho e conhecimentos sobre seus direitos.

Nossa meta é colaborar no campo da saúde pública, em especial para o SUS, Estratégia de Saúde da Família, no sentido de evidenciar as contribuições dos agentes comunitários de saúde (ACS) das equipes 355 e 915, do Posto de Saúde Adolfo Lutz no Bairro Pacheco, São Gonçalo, buscando destacar elementos para a melhoria do sistema no que concerne aos conhecimentos acumulados pelos ACS em sua prática diária.

No texto da Constituição Federal de 1988, a garantia do direito à saúde de forma gratuita e de qualidade está voltada para todas as cidadãs e cidadãos brasileiros, ou seja, a saúde no Brasil tem como característica principal a universalidade sendo esta, um dever do Estado.

As ações do SUS integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada e regionalizada, descentralizada e de atendimento, integral, com participação da comunidade tem potencial para mobilizar os diversos setores das políticas públicas, no sentido de se enfrentar as desigualdades sociais em direção a outro modelo de sociedade, embora essa meta pressuponha muitos enfrentamentos e o protagonismo popular em uma sociedade onde a saúde é tida como mercadoria. O SUS é, nesse sentido, um dos sistemas mais progressistas existentes na atualidade (BRASIL, 2000). Nesse contexto, a presença das políticas de saúde representa um avanço inquestionável da população brasileira, em especial aquela com as características do município de São Gonçalo.

Considera-se que uma das bases para o funcionamento do SUS é o PSF, cujo braço da participação social está associado ao trabalho dos ACS, porque toda a informação gerada por esses profissionais tem suas raízes nas relações com os usuários bem como criam um espaço de diálogo de mão dupla de grande valia para o dinamismo do SUS considerando as demandas específicas para o atendimento nas Unidades de Saúde e as possibilidades de organização social para a fiscalização das políticas públicas.

A premissa que fundamenta esse estudo é que, ao se ouvir e sistematizar as visões desses trabalhadores abre-se perspectivas para ampliar as potencialidades do SUS. Além disso, essas narrativas, ao indicarem aspectos para a mobilização coletiva dos participantes desse programa, podem contribuir para se fortalecer a realização do controle social preconizado pelo SUS. O presente estudo contribui também para alimentar, segundo as necessidades dos ACS, aspectos da formação desses agentes e para valorizá-los de forma que as alianças entre formadores, trabalhadores da saúde e usuários do SUS fortaleçam as lutas pela implantação sólida e de qualidade desse sistema no Brasil.

Questões norteadoras:

- Que conhecimentos os ACS demonstram sobre aspectos e avaliações das atuais condições de saúde de S.G?
- Como os ACS do Posto Adolpho Lutz descrevem suas práticas e seu papel no território do estudo?
- Que produções os ACS realizam relativas ao seu ambiente de trabalho (mapas, tabelas, reuniões)
- Os ACS se interessariam pela produção coletiva de um Vídeo sobre seu trabalho?
- Qual a visão dos ACS em relação às políticas, direitos e reivindicações que envolvem seu trabalho?

1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Aspectos históricos do surgimento das políticas sociais no Brasil

A história das políticas sociais em nosso país envolve longos períodos de disputa entre classes sendo que as relações sociais tipicamente capitalistas se desenvolveram aqui de forma bem diferente dos países capitalistas centrais. Tomamos como base para essa reflexão as autoras Behring e Boschetti (2011), que aprofundaram visões e conceitos sobre os fundamentos e a história das políticas sociais. As autoras destacam com base em Caio Prado Jr. (1991) que, desde a colonização do Brasil, nossas políticas se delineiam *“a partir da intrincada e complexa articulação da dinâmica do Mercado Mundial com os movimentos internos da economia e da sociedade brasileira”* (BEHRING E BOSCHETTI, 2011 p:72).

As autoras chamam a atenção para a triste realidade do escravismo que marcou *“a cultura, os valores, as ideais, as condições de trabalho nas relações sociais e no ambiente cultural brasileiro, carregados até hoje de desqualificação, a qual é definidora da relação entre o capital e trabalho no país”* (ibidem). Esse processo resultou em uma sociedade de *“desenvolvimento desigual e combinado”* que naturaliza as desigualdades na convivência social. As autoras citam Ianni (1992), que aponta nossa sociedade como *“uma formação social na qual sobressaem ritmos irregulares e espasmódicos, desencontrados e contraditórios”*, numa espécie de caleidoscópio de muitas épocas (IANNI, 1992: 63 *apud* BEHRING E BOSCHETTI, 2011 p:72).

Considerando essas ideias, podemos afirmar que debater políticas sociais no âmbito da sociedade capitalista brasileira é buscar desvendar e denunciar indícios de seu caráter de classe social, ou seja, uma política que responde, principalmente, aos interesses das classes políticas e econômicas dominantes (MACHADO E KYOSEN, 2000). Isso significa que nossa formação social foi marcada com uma postura onde há falta de interesse dos governantes e *“ausência de compromisso em relação aos direitos do cidadão por parte das elites econômicas e políticas (...)”* (BEHRING E BOSCHETTI, 2011 p.73).

Assim especificando as marcas da formação social brasileira e a consolidação das políticas sociais do capitalismo no Brasil, foram decisivos

processos (ainda que parciais), como a ruptura do poder da aristocracia agrária, ao lado do surgimento de novos agentes econômicos no processo de industrialização, sob a pressão da divisão do trabalho, caminhando para a construção de uma nova sociedade urbanizada. Com a independência formal, a liberdade política passa a ser executada com mais propriedade financeira, sendo que o poder passa a organizar-se a partir de dentro do país, embora em meio a contradições dos conservadores que não aceitavam as mudanças. Para Behring e Boschetti (2011:73) as políticas nascentes são filtradas pelas elites nativas por meio de uma “lente singular”. Essa “lente” vê o Estado como meio de internalizar os centros de decisão política e de institucionalizar o predomínio das elites nativas dominantes, numa forte confusão entre público e privado. Essa liberdade nada mais é que fictícia, porém a sociedade luta ainda por tão sonhada independência; e continuamos em busca de uma política pública de qualidade que possa concretizar melhorias de forma sólida e definitiva. Behring e Boschetti (2011) situam a criação dos direitos sociais em meio às disputas históricas brasileiras:

“É interessante notar que a criação dos direitos sociais no Brasil resulta da luta de classes e expressa a correlação de forças predominantes. Por um lado, os direitos sociais, sobretudo trabalhistas e previdenciários, são pauta de reivindicação dos movimentos e manifestações da classe trabalhadora. Por outro, representam a busca de legitimidade das classes dominantes em ambientes de restrição de direitos políticos e civis-como demonstra a expansão das políticas sociais no Brasil nos períodos de ditaduras (1937-1945 e 1964-1984), que as instituem como tutela e favor: nada mais simbólico que a figura de Vargas como “pai dos pobres”, nos anos 1930. A distância entre a definição dos direitos em lei e sua implementação real persiste até os dias de hoje.” (BEHRING E BOSCHETTI, 2011, p.78 e 79).

Nesse contexto histórico, as autoras evidenciam as lutas da classe trabalhadora pela conquista de direitos que estão na origem das políticas sociais atuais criadas sem meios a processos de mobilização e de organização da classe trabalhadora, os quais foram determinantes para a mudança da natureza do Estado liberal no final do século XIX e no início do século XX. Esses movimentos populares foram construindo uma plataforma ética que é referência para os movimentos sociais atuais:

“[...] pautada na luta pela emancipação humana, na socialização da riqueza e na instituição de uma sociedade não capitalista [...] a classe trabalhadora conseguiu assegurar importantes conquistas na dimensão dos direitos políticos como o direito de voto, de organização em sindicatos e partidos, de livre expressão e manifestação” (BARBALET, 1989, p: 11 a 19 apud BEHRING E BOSCHETTI, 2011, P: 63 a 64).

Hoje a sociedade assume novas configurações sob o modelo capitalista, devido à globalização dos mercados e do capital em nível planetário. O Brasil tem segundo sua formação, dependência e subordinação à ordem capitalista internacional. O modelo neoliberal ¹ na sociedade não tem interesse em estabelecer a democracia, o que fica claro com o agravamento da crise social que se iniciou nos anos 80. As lutas sociais foram realizadas pela classe trabalhadora que reivindica ainda hoje melhoria nas políticas de direitos por uma igualdade inovadora na “ordem social” embasada em políticas de equidade.

O presente estudo, ao iluminar as falas e conhecimentos de Agentes Comunitários de Saúde do município de São Gonçalo se vê diante das conseqüências de um processo histórico que se traduz hoje em subfinanciamento das políticas de saúde, em sub-remuneração de profissionais do SUS e de perda de direitos, o que corrobora a visão de autores como Dourado (2012) que referenciam a história da construção dessas políticas em países periféricos do capitalismo mundializado:

“Atualmente, podemos assistir no Brasil e demais países da periferia do capitalismo mundializado [...] um processo violento de perda de direitos conquistados ao longo do século XX e que estão sendo arrancados apesar das intensas manifestações em vários desses países ao longo dos últimos 20 anos e mais evidentemente com a atual crise econômica [...]” (DOURADO 2012, p:10).

¹ O sistema neoliberal, no capitalismo mundializado, tem as seguintes características: individualismo como valor moral radical, ausência de proteção aos direitos do trabalhador, privatização de empresas estatais, livre circulação de capitais internacionais e ênfase na globalização, abertura da economia para a entrada de multinacionais, medidas contra o protecionismo econômico, leis e regras econômicas para facilitar o funcionamento das grandes empresas, posição contrária aos impostos e tributos para grandes empresas, diminuição do tamanho do estado, tornando-o mais eficiente para as empresas, a base da economia deve ser formada por empresas privadas, aumento da produção, contra o controle de preços dos produtos e serviços por parte do estado. Essas ideias estão contextualizadas na obra de David Harvey.

Por que isso acontece? De um modo geral estamos vivenciando as crises de um capitalismo que se aprofunda e demanda cada vez mais exploração dos trabalhadores na medida em que seu lucro e concentração de renda tende a cair. Assim a tendência é um arrocho e perda de direitos cada vez maiores da classe trabalhadora frente a um capitalismo que avança sobre o ambiente e a sociedade.

Por outro lado, as falas dos ACS também apontam soluções e sucessos das políticas públicas de saúde que merecem ser contempladas e analisadas, principalmente considerando a realidade do município de São Gonçalo, RJ, tema da seção que se segue.

Programa de Saúde da Família

Neste segmento abordamos a criação do PSF como política pública brasileira e suas características na cidade de São Gonçalo. A principal obra de referência para a construção dessa base teórica foi a tese de Senna (2004) intitulada: *Racionalidade técnica e lógica política: um estudo sobre o processo de implantação do Programa Saúde da Família em São Gonçalo-RJ* a qual descreve o processo de criação e implantação do PSF nesta cidade.

O Programa Saúde da Família no Brasil (PSF) foi criado com base em experiências da década de 1970 a partir das atuações conjuntas entre os profissionais de saúde e comunidades por eles visitadas. Essa experiência tem referências no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) desenvolvida desde 1987 no estado do Ceará e no Programa Médico de Família, implantado desde 1992, no município de Niterói (RJ). A estruturação da Estratégia de Saúde da Família com equipes multidisciplinares atuando nas comunidades se deu somente em 2006, adquirindo posteriormente expressão nacional, com a definição de mecanismos e patamares de financiamento. Com planos para sua ampliação a fim de atingir 100% dos municípios do país. (VIANA & DAL POZ, 1998 *apud* SENNA 2004, p. 63).

Senna (2004) observa que uma das estratégias centrais neste processo foi a adoção do Piso de Atenção Básica (PAB) definido em 1996 para tratar dos recursos financeiros destinados às atividades da atenção básica sob responsabilidade municipal, tais como consultas médicas, pré-natal, vacinação,

acompanhamento de hipertensos e diabéticos, entre outros. Este montante é calculado com base na população do município e transferido de forma automática e regular aos municípios habilitados, correspondendo a um valor na faixa entre R\$10,00 (mínimo) e R\$18,00 (máximo) *per capita* ao ano.

Segundo Senna (2004), o PAB promoveu como resultado uma expansão significativa dos recursos para a assistência básica nos municípios, cujo valor antes do PAB, era inferior aos R\$10,00 *per capita* ao ano. A autora, referenciada em pesquisas, aponta que, a partir dessa política, 66% dos municípios brasileiros obtiveram incremento dos recursos financeiros para atenção básica (COSTA, 2001, *apud* SENNA, 2004, p. 61

A autora acrescenta outras vantagens a partir do PAB:

“Ao mesmo tempo, ao instituir a transferência regular e automática dos recursos federais para os municípios, o PAB aumentou a autonomia do gasto para a maioria dos municípios, constituindo medida decisiva para a descentralização financeira do setor e um forte incentivo a que estas instâncias subnacionais assumam, progressivamente, a gestão da rede básica de serviços de saúde.” (SENNA, 2004, p. 61)

A implantação do PSF previa o atendimento principal às áreas de risco social, definidas com base no Mapa da Fome do IPEA, o que atribuiu ao programa o papel importante na cobertura assistencial para os municípios da região Nordeste e Norte do país. Essa ação foi apresentada em seu primeiro documento (BRASIL/ MS, 1994), como um programa no âmbito da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e implantado através de convênios entre Ministério da Saúde, estados e municípios. Assim, foi pensado como instrumento de reorganização do SUS e da municipalização, contando com contrapartidas e critérios de seleção dos municípios para assinatura dos convênios, como por exemplo, o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde.

Na medida em que a política se organiza a atenção básica² vai

² "A Atenção Básica é um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, tratamentos e a reabilitação (PNAB, 2006) enquanto estratégias das ações municipais de saúde e é concedida como ordenadora do sistema loco - regional, integrando os diferentes pontos que compõe e definindo um novo modelo de atenção à saúde. Princípios Ordenadores: Acessibilidade, Longitudinalidade, Integralidade, Responsabilização, Coordenação e Resolubilidade. (SÃO PAULO, 2019)." Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/atencao-basica/> consulta em 28-02-19 às 15h.

adquirindo centralidade na agenda governamental: são introduzidas mudanças nos sistemas de financiamento e na vinculação institucional do PSF, ao mesmo tempo em que

“[...] ganha força a concepção do PSF como estratégia prioritária para reestruturação dos sistemas municipais de saúde e para reorientação do modelo assistencial. [...] A ideia era a construção de uma política de] contraposição ao modelo médico hegemônico, caracterizado, em linhas gerais, pelo privilegiamento do atendimento individual, curativo e hospitalocêntrico e pela especialização excessiva.”(SENNA 2004, p. 64).

A autora destaca que os princípios e diretrizes norteadores do PSF são potencialmente as bases de suas possíveis inovações, citando-os:

- (i) O caráter substitutivo do programa, na perspectiva de alterar as práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho concentrado na vigilância à saúde;
- (ii) Integralidade e hierarquização na organização dos serviços, a partir da adoção da unidade saúde da família como primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde;
- (iii) Territorialização e vínculo com a clientela, através da incorporação da noção de território como espaço de abrangência definida e equipe multiprofissional, composta por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (BRASIL/ M.S., 2001: *apud* SENNA 2004, p. 64 e 65).

A organização de uma equipe de saúde da família está constituída por médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de Saúde (ACS) e tornou-se o principal instrumento para a consolidação do Programa Saúde da Família (BRASIL/MS, 2001; ARAÚJO & ASSUNÇÃO, 2004, p.19). A portaria 648/GM (28/03/2006), criada no contexto da Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde afirma que a Estratégia da Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS).

A tese de Mariana Nogueira (2017) detalha o processo de construção da categoria Agente Comunitário de Saúde como um trabalhador da saúde, destacando que em dezembro de 1997 o Ministério da Saúde publicou a

portaria nº 1886 (BRASIL, 1997) em que consta a aprovação de normas e diretrizes dos programas PACS e o PSF reconhecendo-os como estratégia de consolidação do SUS. Na portaria são discriminadas responsabilidades dos entes federados, diretrizes operacionais e atribuições básicas dos ACS prevendo:

"a oferta de capacitações aos ACS no serviço de saúde, cujo conteúdo deveria ser pautado a partir das necessidades identificadas nas áreas de atuação adstritas, que os instrutores e supervisores dos ACS seriam trabalhadores enfermeiros, veda-se ao ACS o desenvolvimento de atividades típicas do serviço interno das unidades de saúde e destaca-se o trabalho de educação em saúde no território voltado para promoção da saúde e prevenção de doenças. Somente em outubro de 1999 que se publica um decreto que fixa diretrizes para o exercício da atividade de ACS, o decreto nº 3189/99 (BRASIL, 1999), que é assinado pelo presidente da república FHC."

A portaria 648/GM (28/03/2006) estabeleceu as atribuições de cada profissional das equipes de saúde da família, definindo como atribuições básicas do ACS: realizar mapeamento de sua área de atuação; cadastrar as famílias e atualizar permanentemente este cadastro; identificar áreas de risco; orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário; realizar ações e atividades, no nível de suas competências, nas áreas prioritárias da Atenção Básica; realizar, por meio de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade; estar sempre bem informado, e informar aos demais membros da equipe, sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco; desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças; promover educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras; traduzir para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites; identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pelas ações do PSF (BRASIL, 2006).

A 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), 21 de out de 2011.

ARAÚJO (2004) afirmou que o PSF pode ser entendido como principal estratégia para a mudança de um modelo de atenção centrado na doença cuja característica aponta para a busca por uma maior resolubilidade da atenção e o estímulo à organização das comunidades para exercerem o controle social sobre as ações e os serviços de saúde. Esse tipo de modelo assistencial conta com o apoio dos ACS para organizar as práticas de acompanhamento não focadas nas problemáticas de doenças, mas com potencial para ampliar essa abordagem, criando cenários de facilitação da organização coletiva entre usuários e trabalhadores da saúde.

Essas práticas se dão em meio a intensas disputas de campos de trabalho, quando as atribuições dos ACS são consideradas menores frente às atribuições de técnicos de enfermagem, agentes de endemias entre outros. Assim é importante garantir a especificidade da ação dos ACS para o público do SUS, de forma a garantir o desempenho de seu papel político-educativo.

Outros autores corroboram essa visão, como destaca FRAGA, (2011):

“Várias pesquisas apontam que residir na área em que atua faz com que o Agente Comunitário de Saúde torne-se um trabalhador com características especiais, pois exerce a função de elo entre a equipe de saúde e a comunidade vivenciando o cotidiano da comunidade com intensidade (LANZONI; MEIRELLES, 2010; FERRA; AERTS, 2005; BRAND; ANTUNES; FONTANA, 2010; MOTA; DAVID, 2010). Na equipe de saúde o ACS não se incorpora sozinho, e sim, traz consigo suas redes de relação, suas experiências de participação em grupos, associações, enfim a sua vida em comunidade” (FRAGA, 2011, p.16-17).

Minha vivência como agente comunitário de saúde aponta também a importância de se compreender em profundidade as diversas dimensões da família como ponto de partida para o trabalho do ACS na comunidade. O ACS desenvolve várias ações em sua rotina diária, mas considero o trabalho com a família um dos focos centrais para o embasamento das ações de promoção da saúde. O que é a família? A primeira e mais importante influência na vida das pessoas, onde adquirimos os valores, os usos e os costumes que irão formar nossa personalidade e bagagem emocional. As famílias vêm se modificando ao longo do tempo, acompanhando mudanças religiosas, econômicas, sociais e culturais. Hoje, as várias formas de organização familiar estão se

transformando, havendo famílias em sistema de união estável, reconstituídas, formadas por parceiros do mesmo sexo, casais que moram em casas separadas etc. Há ainda famílias que não têm a presença da mãe, do pai ou de ambos. Muitas vezes, nesses casos, os avós ou irmãos assumem a responsabilidade de cuidar da família. A compreensão dessa variedade de situações está ligada à possibilidade de se construir o cuidado e a promoção da saúde coletiva, sendo importante saber identificar e compreender a formação e como funcionam as famílias das áreas de atuação do ACS, direcionando a linguagem para cada situação e buscando adequar as práticas de promoção da saúde às vidas das famílias que residem em cada comunidade.

O trabalho de Promoção da Saúde assume nesse contexto diversas dimensões, sendo importante definir esse conceito. A princípio a promoção da saúde foi definida por Leavell & Clarck (1976) como “*um dos elementos do nível primário de atenção em medicina preventiva*”, significando que são ações que devem prever o bem-estar e o cuidado com indivíduos e populações para que permaneçam saudáveis. Segundo Czresnia (1999), esse conceito *ganhou ênfase especialmente no Canadá, EUA e países da Europa ocidental* (Czeresnia, 1999, p.1). A valorização da promoção da saúde afirma as relações entre saúde e condições de vida.

“Promover a saúde alcança, dessa maneira, uma abrangência muito maior do que a que circunscreve o campo específico da saúde, incluído o ambiente em sentido amplo, atravessando a perspectiva local e global, além de incorporar elementos físicos, psicológicos e sociais.” (CZERESNIA, 1999, p. 02)

A referência acima, embora antiga (20 anos) ainda é a que predomina pois ainda buscamos o desenvolvimento de ações que englobem a complexidade da promoção da saúde. Silva e Batista (2015) corroboram essa visão reforçando a importância das políticas de promoção da saúde.

ARAÚJO (2004) destaca que o dia-a-dia do indivíduo é o espaço onde se manifesta a articulação entre os processos biológicos e sociais que virão a determinar os processos de saúde-doença que acontecem em uma dada sociedade. Assim, a promoção da saúde vai além do tratamento e reabilitação das enfermidades das pessoas no processo saúde-doença. A promoção da saúde está voltada para a orientação de práticas saudáveis no trabalho,

moradia digna, acesso à informação e educação de qualidade, meio ambiente saudável, alimentação, lazer, cultura, liberdade e democracia, solidariedade e serviços de saúde humanizados.

Esses procedimentos, segundo Araújo (2004), integram campos do conhecimento bastante complexos visando a construção de situações sociais, econômicas e culturais de equidade. Essas condições estão relacionadas à eficiência e qualidade nas políticas públicas integrando os indivíduos ao meio social onde vivem de forma que possam ser acolhidos humanamente. Hoje, há diversos empecilhos ao acesso à saúde e ao seu tratamento que estão ligados à grande desigualdade que predomina no Brasil se expressando nas condições do bairro, na violência estrutural presentes nas cidades, na burocracia dos serviços de saúde entre outras causas. Essas questões estão ligadas às estratégias necessárias para intervir no processo saúde-doença abordadas por Araújo (2004):

“A promoção da Saúde, a prevenção de doenças e o tratamento e reabilitação das enfermidades são as três principais estratégias para intervir no processo saúde-doença. Essas estratégias encontram-se situadas em campos de conhecimento bastante complexos e exigem esforços integrados para levá-las a melhorar a saúde das populações.”(ARAÚJO 2004, p.20).

Todos esses aspectos levantados por Araújo (2004) ficam extremamente comprometidos a partir da Portaria nº 2.436(21 de setembro de 2017), do Ministério da Saúde, que estabelece a revisão de diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta Portaria aprova a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Nessa portaria o papel do agente de saúde é superdimensionado prevendo ações em comum com os Agentes de Combate de Endemias (ACE), além de ampliar de forma impraticável o espectro de responsabilidades dos ACS prejudicando o perfil social do trabalho voltado para a promoção da saúde. Segue-se uma longa citação que se justifica pela necessidade de se explicitar a ampliação das atribuições dos ACS segundo essa Portaria (2017):

Assim, além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são atribuições dos ACS e ACE: a) Atribuições comuns do ACS e ACE

I - Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;

II - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;

III - Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;

IV - Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;

V - Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;

VI - Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;

VII - Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;

VIII - Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IX - Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

X - Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e

XI - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal. b) Atribuições do ACS:

I - Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais,

demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantidos o sigilo ético; IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos; II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III - aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar; I - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e

V - Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;

VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e VII - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2017).

Nas Considerações Finais abordamos as críticas relativas a essa sobrecarga de trabalho.

A seguir, abordamos o histórico do Programa de Saúde da Família no município de São Gonçalo, começando pelas características do município.

Histórico do PSF em São Gonçalo

Hoje, o Município de São Gonçalo tem uma área de 251 km² e uma população que passa de 891.119 em 2000 para 999.901 habitantes em 2010 (IBGE, 2010). Em 2017, essa população já ultrapassou um milhão de pessoas com a densidade demográfica de 4.035,90 hab/km² (IBGE,2017). O IBGE destaca que o município apresenta um crescimento relativamente alto onde se sobrepõem carências urbanas acumuladas em sua trajetória histórica recente. É um município que, enquanto apresenta o quarto produto interno bruto e abriga o terceiro colégio eleitoral do Estado, apresenta uma juventude das classes populares que tem seus anseios de realização individual tolhidos pela pobreza e pelo isolamento em comunidades enclausuradas pela desigualdade e pelo racismo (SILVA e SCHIPPER, 2012).

São Gonçalo é o segundo município do Estado do Rio de Janeiro com o maior número de jovens. A cidade possui uma Coordenadoria de Juventude que tem entre suas políticas abrir canais de informação e comunicação com parcerias para oferecer oportunidades de inclusão social, capacitação no mercado de trabalho e empreendedorismo a esses jovens (Jornal O São Gonçalo, 2017).Essa divulgação, no entanto, não espelha os dados da realidade que enfrenta muitos limites.

Os documentos oficiais do município e as observações de moradores indicam que atualmente a juventude não dispõe das condições necessárias para o crescimento profissional por falta de educação de qualidade, racismo, divisão de classes e desigualdade na baixada, o que mostra que o município está longe de prover o desenvolvimento da segurança, educação e criatividade de suas crianças e jovens.

As maiorias desses jovens são de Comunidades que não tem as mesmas condições do que aqueles que têm maior poder aquisitivo. Provavelmente isso ocorre devido à falta de uma política que seja comprometida com o crescimento e o desenvolvimento do município, acompanhado por mais ofertas no mercado de trabalho.

Nesse sentido todos os créditos estão sendo depositados na Secretária Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS) para o desenvolvimento de projetos e parecerias responsáveis por concretizar políticas públicas, sociais e

culturais com resultados concretos que possam oferecer cidadania para quem não tem facilidade de acesso aos direitos civis, bem como, cursos técnicos para a juventude que hoje enfrenta diversas ameaças nas ruas, como o tráfico de drogas, muito presente nessa realidade.

Entre os maiores desafios do município hoje está o chamado “roubo de rua” que tem aumentado, devido ao alto índice de violência no contexto geral. Artigos de jornais denunciam frequentemente a situação de criminalidade local (JORNAL A TRIBUNA RJ, 2017/2018). Outros desafios estão ligados ao desemprego e ao tráfico de drogas (BRASIL, 2006). Esses fatores estão imbricados às condições de saúde do município.

O Programa Saúde da Família foi implantado no Município de São Gonçalo, no dia 23 de Julho de 2001, contando com cerca de 1.607 ACS escolhidos entre moradores das próprias comunidades onde atuam. (JORNAL EXTRA, 2001), com o objetivo de melhorar a qualidade da Atenção Básica de Saúde e as Unidades de saúde que não cobriam todo o território do Município. Segundo o Guia Prático do PSF/2009 (BRASIL, 2009) - o PSF começou com um total de 179 equipes e tinha planos de ampliar mais de 100% dos Municípios ao redor. As equipes nesta época eram formadas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Com a introdução do PSF no município de São Gonçalo foram gerados mais de 2.000.00 empregos – sendo o desemprego ainda hoje um dos maiores problemas do município.

Embora tenhamos observado o aumento da população no município, atualmente o PSF reduziu seus ACS para um total de 1.300 trabalhadores atuando nos territórios. Essa redução indica um decréscimo de 307 quadros que não foram substituídos quando muitos se aposentaram, se especializaram em outras profissões, alguns foram à óbito e outros se desligaram por motivos não divulgados.

O cargo de Agente Comunitário de Saúde foi criado oficialmente em 2008, por meio do Projeto de Lei de 14 de fevereiro de 2006, regulamentado pela lei federal número 11.350 de 5 de outubro de 2006, abrindo 1050 cargos de ACS, com carteira assinada e adicional de insalubridade garantido em seu salário. Vale ressaltar o destaque do informativo da categoria do dia 2 de abril de 2009:

“[...] o Ministério da saúde repassa os municípios todos os meses o valor de quase dois salários mínimos por agentes para reforçar o pagamento do salário, muitas vezes esses valores não chegam em totalidade para esses profissionais”. (FOCALIZANDO, 2009, p. 02).

Desde então o trabalho dos ACS é realizado com base em suas atribuições, em processos de setorização. Entre as atribuições do trabalho está o reconhecimento do território físico com a construção de mapas indicando: campos de futebol, encostas, regiões de manguezais, barrancos de rios, esgotos a céu aberto, características das residências, áreas de lazer, entre outros. Os documentos indicam que esse trabalho alcançou resultados positivos, devido ao dinamismo dos ACS que, de “quadra a quadra”, trabalham coletando informações.

Esse processo é realizado com a ajuda de fotos de satélites gerando informações detalhadas, visíveis e dinâmicas que contribuem para uma melhor compreensão da realidade do território, contribuindo também para o planejamento ambiental.

Os resultados do presente estudo reúnem alguns exemplos desses mapas. E a seguir abordamos a metodologia da pesquisa do trabalho em questão.

2. METODOLOGIA

A metodologia do estudo é de cunho qualitativo e exploratório.

A primeira etapa do trabalho foi desenvolvida por meio de investigação bibliográfica e documental visando contextualizar o trabalho dos ACS no Brasil e em São Gonçalo. Essa etapa identificou trabalhos relevantes por meio de palavras-chave como ACS, PSF no Brasil, PSF em São Gonçalo, Promoção da Saúde, legislações referentes à regulamentação do trabalho dos ACS, bairro Pacheco, São Gonçalo, políticas sociais no Brasil, entre outras. Os trabalhos acadêmicos foram identificados na internet e em bibliotecas como a Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Fiocruz, RJ), a Biblioteca do Centro Cultural Joaquim Lavoura (SG/RJ), incluindo documentos reunidos pelos ACS. Também foram consultados periódicos obtidos por meio eletrônico em pesquisas na internet. Materiais ilustrativos, tais como, imagens, desenhos de mapas e outros materiais construídos pelos ACS também foram considerados.

A segunda etapa envolveu a seleção de uma profissional de vídeo para acompanhar reuniões por meio de filmagens;

A terceira etapa do trabalho esteve voltada para a reunião de visões sobre a realidade do trabalho dos ACS por meio das narrativas de suas vivências em meio às dinâmicas que envolvem o território e as famílias por eles assistidas. A proposta foi a filmagem dessas narrativas para realizar um vídeo coletivo com base em visões de dez ACS das equipes 355 e 915 que atuam no Bairro Pacheco. Nosso intuito foi acessar aspectos não explicitados nas relações entre os profissionais ou nos trabalhos acadêmicos e que estão presentes nas situações do trabalho desenvolvido, no atendimento à população bem como nas reflexões dos ACS sobre seu próprio trabalho.

A quarta etapa envolveu a observação e seleção de fotos que espelhassem a realidade do trabalho vivenciado coletivamente;

A quinta etapa foi a observação, a revisão do vídeo e correções realizadas coletivamente, considerando a meta de um resultado fiel à ótica dos ACS participantes.

Nesse processo realizamos diversas conversas sobre a rotina do trabalho do ACS partindo de uma proposta de que cada um se apresentasse e falasse de seu trabalho como um todo. Foram também enfocadas as influências das condições do território sobre o trabalho e as diversas visões sobre os resultados destacando pontos positivos e negativos. Também foram questionados aspectos sobre influências desse trabalho na organização da comunidade.

O vídeo foi realizado por meio de quatro encontros entre ACS e cerca de doze horas de trabalho de organização coletiva da edição segundo as prioridades estabelecidas pelo grupo, entre essas a não exposição dos trabalhadores de forma a ficarem prejudicados por motivos como: relação com o tráfico de drogas ou o risco de desemprego. O endereço eletrônico: <https://youtu.be/vvS4icDt8kY>

Os resultados que se seguem foram construídos a partir da avaliação dos próprios ACS sobre o processo de concretização desse estudo e do vídeo. A redação do trabalho escrito foi realizada durante todo o processo.

3 - RESULTADOS

3.1 - O Bairro Pacheco segundo os ACS das equipes 355 e 915

As equipes abrangem entre 2 e 5 mil famílias cada uma. Na teoria, cada ACS é responsável por uma microárea com cerca de 150 famílias, o que pode chegar a cerca de 500 pessoas por ACS. Na prática observamos que esses quantitativos podem variar muito por microárea, sobrecarregando a atuação e a responsabilidade de todos os ACS. Isso pode ser notado no processo de redução do tempo, se perde a essência da qualidade das visitas domiciliares, fazendo com que as informações observadas e ouvidas fiquem perdidas diante do excesso de famílias atendidas. Assim tanto os interesses do conjunto quanto dos indivíduos ficam prejudicados.

Seguem-se exemplos de informações reunidas pelos ACS sobre a população visitada que caracterizam esse bairro, segundo a construção coletiva realizada pelos ACS que participaram do presente estudo.

Sobre o quantitativo de pessoas e famílias em 2016-2017:

Equipe-355		
Microárea	Total de Famílias	Total de Pessoas
1	216	623
2	178	617
3	área descoberta por excesso de risco de violência	
4	171	529
5	165	523
6	181	571
7	159	505
Total	1.070	3.368

Tabela 1: Totais de famílias e de pessoas por microárea da Equipe 355

Equipe 915		
Microárea	Total de Famílias	Total de Pessoas
1	237	731
2	159	650
3	207	741
4	199	597
5	153	502
6	291	1014
7	169	567
Total	1415	4802

Tabela 2: Totais de famílias e de pessoas por microárea da Equipe 915

As equipes 355 e 915 possuem uma quantidade de 13 ACS que desenvolvem diversos trabalhos indicados nos quadros e tabelas quantitativos. A equipe 355 assiste a 1.070 famílias, o que corresponde a 3.368 pessoas. A equipe 915 assiste a 1.415 famílias, o que corresponde a 4.802 pessoas. Isso soma um total de 8.170 pessoas visitadas. Esse aumento desordenado acontece devido ao alto índice de construções de residências clandestinas e de condomínios residenciais nos territórios do Bairro Pacheco.

Na Tabela 1 observamos que a microárea 3 ficou descoberta por excesso de risco de violência. Quando o ACS é desligado por transferência ou pelo excesso de violência na microárea os pacientes ficam sem o atendimento do ACS que ali realizava as visitas domiciliares, trazendo informações para equipe de Saúde. As consequências dessa situação multiplicam os problemas desses pacientes. As equipes perdem as referências desses assistidos e os próprios também deixam de saber sobre a dinâmica do atendimento do posto de saúde. Esses assistidos, quando não abandonam o tratamento, passam a ir ao posto de saúde por conta própria para marcar a sua consulta e saber como está o andamento de atendimento e demais serviços. Muitos desses pacientes são perdidos porque em áreas violentas não se realiza uma busca ativa por parte das equipes. Nesses casos muitos pacientes apelam para o Ministério Público para acessar seus direitos. Essas situações pressionam o serviço a dar respostas e comparecer às áreas mesmo em situações de violência.

A Tabela 2 mostra uma discrepância na microárea seis (6) onde um ACS fica responsável por mais de mil pessoas. O excesso de famílias e pessoas nas microáreas não deveria ser uma característica presente nas atividades dos

ACS, mas a nossa realidade de trabalho está cada vez mais precário o que faz aumentar o montante de famílias atendidas em nosso cotidiano. A equipe da coordenação do PSF está ciente deste número elevado de famílias e pessoas por ACS, mas até hoje não obtivemos uma solução para resolver essa problemática. O baixo investimento em saúde se reflete na falta de interesse em contratar mais profissionais para fazer uma re divisão das microáreas dos territórios. Essa realidade mostra uma grande incoerência entre a proposta da Estratégia de Saúde da Família e a criação de condições para sua realização. Com isso o ACS fica impedido de desenvolver bem o seu trabalho e os usuários perdem um atendimento mais humanizado. Esse é um dos pontos negativos na realidade do município de São Gonçalo diante da quantidade de usuários que necessitam ser assistidos.

PERFIL POPULACIONAL POR GRUPO PRIORITÁRIO SEGUNDO OMS

Equipe: 355

Microáreas	1	2	3	4	5	6	7	T
Modalidades de Atendimentos			Descoberta					
Crianças menores de 5 anos	37	57	-	43	20	35	34	246
%	16%	25%		18%	9%	15%	17%	100
Mulheres Férteis de 25 a 49 anos	95	113	-	132	75	157	137	709
%	14%	16%		19%	10%	22%	19%	100
Idosos acima de 60 anos	61	69	-	42	52	74	49	347
%	17%	20%		14%	14%	21%	14%	100
Diabéticos	14	32	-	9	10	11	11	87
%	16%	36%		10%	12%	13%	13%	100
Hipertensos	58	73	-	37	42	45	40	295
%	20%	24%		13%	14%	15%	14%	100
Gestantes	1	2	-	1	2	2	0	8
%	13%	25%		13%	25%	25%		101
Acamados	6	3	-	-	3	4	2	18
%	34%	17%			16%	22%	11%	100

Adolescentes de 12 á 17Anos	37	41	-	45	17	84	34	258
%	15%	16%		17%	8%	32%	13%	101

Quadro 1: Equipe 355: Demanda de atendimentos por Microárea percentuais

Equipe: 915

Microáreas	1	2	3	4	5	6	7	T
Modalidades de Atendimentos								
Crianças menores de 5 anos	35	29	62	27	50	18	30	251
%	14%	12%	25%	11%	20%	7%	12%	101
Mulheres Férteis de 25 a 49 anos	191	104	220	163	116	452	114	1.360
%	17%	9%	16%	12%	9%	34%	8%	105
Idosos acima de 60 anos	92	49	69	42	43	61	74	430
%	21%	12%	17%	9%	10%	14%	17%	100
Diabéticos	23	15	17	19	15	14	22	125
%	19%	12%	14%	17%	12%	13%	17%	104
Hipertensos	137	152	59	79	49	58	59	593
%	23%	25%	10%	13%	9%	10%	10%	100
Gestantes	4	2	7	2	6	1	1	23
%	17%	9%	30%	9%	26%	5%	5%	101
Acamados	0	1	2	3	1	6	2	15
%	0%	7%	13%	20%	7%	40%	13%	100
Adolescentes De 12 á 17 Anos	90	34	41	20	17	37	84	323
%	27%	10%	12%	7%	6%	12%	26%	100

Quadro 2: Modalidades de atendimentos por Microareas, quantidade de atendimentos e percentuais por modalidades realizados pela equipe 915.

Destacamos a partir do Quadro 2 as formas de acompanhamento dos acamados que seguem as orientações do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). A Estratégia de Saúde da Família tem como parceria o SAD para complementar o atendimento humanizado aos acamados assistidos pela equipe de saúde. Esse serviço faz parte de um programa foi implantado em

2013 sob o nome de "Melhor em Casa"³. Até 2016 esse programa atendeu, segundo o jornal local, a 1760 pessoas tendo em média 470 pacientes beneficiados mensalmente.

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) tem como objetivo de reorganizar o serviço do cuidado domiciliar, fazendo com que o atendimento na residência alcance 100% dos territórios gonçalenses e visa melhorar qualidade no auxílio e bem-estar dos pacientes crônicos, acamados temporários e permanentes, que são idosos e pessoas com necessidades de reabilitação motora (CORRÊA e OLIVEIRA)

Os acamados precisam de uma assistência específica devido a sua condição de vulnerabilidade. Por isso esses pacientes são mais visitados pelos ACS e pela equipe de saúde. Esta relata o quadro do acamado em seu prontuário e logo é informada ao SAD a gravidade do quadro do usuário. Se o acamado estiver o quadro de saúde leve, ele continuará sendo assistido pelos ACS e pela equipe de Saúde da Família, mas se o quadro for grave, ele será encaminhado para o SAD (Serviço de Atenção Domiciliar), porém, continuamos fazendo visita domiciliar de acompanhamento a esse acamado. O programa (SAD) tem uma importância muito grande para os pacientes que são assistidos pela ESF porque oferece uma assistência mais completa, sendo que o conjunto dos profissionais comparece no dia da visita, prevendo uma assistência integral.

Segundo dados de 2015 (CORRÊA e OLIVEIRA) e 2016 (CORRÊA e ALVES), o SAD possui mais de 140 profissionais divididos em 10 equipes, onde médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, dentistas e farmacêuticos atuam com atendimento humanizado reduzindo o período de permanência dos pacientes internados nos hospitais.

Quanto aos demais usuários (não acamados) e suas demandas, os ACS fazem observações que seguem a orientação e registro das Fichas de Visita Domiciliar e Territorial. As figuras 1 e 2 ilustram a frente e verso dessas fichas com os critérios para a orientação do trabalho dos ACS.

³ Para saber mais acesse:
http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cartilha_melhor_em_casa.pdf



FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL

	DIGITADO POR	DATA	/ /
	CONFERIDO POR	FOLHA Nº:	

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

Nº	TURNO*	MICROÁREA*	TIPO DE IMÓVEL*	Nº PRONTUÁRIO
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

CNS do Cidadão
(para visita periódica ou visita domiciliar para controle
vertical, usar o CNES do responsável familiar)

Data de nascimento**	Dia/mês	Ano	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

Sexo** (F) Feminino (M) Masculino

Visita compartilhada com outro profissional

Cadastramento/Atualiz:Bo

Visita periódica

Consulta

Família

Vacina

Condiçionalidades do Bolsa Família

Gestante

Puerpéra

Recem-nascido (el. nascido, coberto ou ab.)

Criança

Pessoa com desnutrição

V/2

VD-6-SUS-AB-v21

Figura 1: Ficha utilizada na visita domiciliar (frente) referindo-se às seguintes Informações: Número do Cartão Nacional do SUS do Profissional e do paciente, CBO,CNES, INE e DATA. Os números se referem a quantidade de visitas realizadas, turno de atendimento, Microárea, Tipo de imóvel e Número de prontuário do paciente. Data de nascimento, Sexo, Motivo da visita, Acompanhamento e Busca ativa.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
Motivo da visita*																								
Acompanhamento	Pessoa em reabilitação ou com deficiência	<input type="checkbox"/>																						
	Pessoa com hipertensão	<input type="checkbox"/>																						
	Pessoa com diabetes	<input type="checkbox"/>																						
	Pessoa com asma	<input type="checkbox"/>																						
	Pessoa com DPOC/enfisema	<input type="checkbox"/>																						
	Pessoa com câncer	<input type="checkbox"/>																						
	Pessoa com outras doenças crônicas	<input type="checkbox"/>																						
	Pessoa com hanseníase	<input type="checkbox"/>																						
	Pessoa com tuberculose	<input type="checkbox"/>																						
	Sintomáticos respiratórios	<input type="checkbox"/>																						
Controle ambiental/vetorial	Tabagista	<input type="checkbox"/>																						
	Domiciliados/Acamados	<input type="checkbox"/>																						
	Condições de vulnerabilidade social	<input type="checkbox"/>																						
	Condicionalidades do Bolsa Família	<input type="checkbox"/>																						
	Saúde mental	<input type="checkbox"/>																						
	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>																						
	Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>																						
	Ação educativa	<input type="checkbox"/>																						
	Imóvel com foco	<input type="checkbox"/>																						
	Ação mecânica	<input type="checkbox"/>																						
Desfecho*	Tratamento focal	<input type="checkbox"/>																						
	Egresso de internação	<input type="checkbox"/>																						
	Convite atividades coletivas/campanha de saúde	<input type="checkbox"/>																						
	Orientação/prevenção	<input type="checkbox"/>																						
Antropometria	Outros	<input type="checkbox"/>																						
	Peso (kg)																							
Destrecho*	Altura (cm)																							
	Visita realizada	<input type="checkbox"/>																						
	Visita recusada	<input type="checkbox"/>																						
Destrecho*	Ausente	<input type="checkbox"/>																						
		<input type="checkbox"/>																						

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)
 Microárea: usar FA para Fora de Área ou 00 a 99 para o número da microárea.
 Tipo de imóvel: 01 Domicílio, 02 comércio, 03 terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE - cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros
 *Campo L: campo numérico
 **Campos obrigatórios para visitas ao cidadão ou a sua família

Figura 2: Ficha utilizada na visita domiciliar (verso) referindo-se às seguintes informações: diversos motivos para a visita sendo dada a opção de acompanhamento, controle ambiental/vetorial, antropométrica e desfecho.

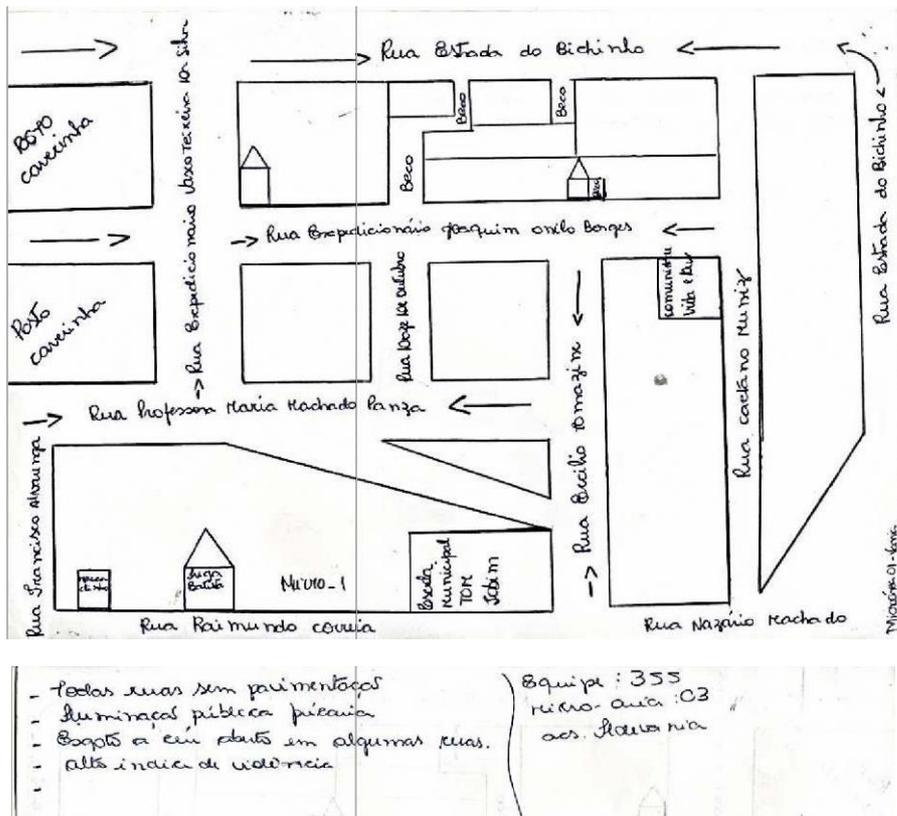
A Ficha de Visita Domiciliar e Territorial é uma das ferramentas de trabalho do ACS de onde se obtém o quantitativo de dados coletados em cada mês trabalhado. Os seguintes itens da ficha se referem às demandas levantadas pelos ACS: primeiro temos o motivo da visita, referido como acompanhamento, no qual os itens a serem observados são: pessoa com reabilitação ou deficiência, pessoa com hipertensão, diabetes, asma, com DPOC/enfisema, câncer ou com outras doenças crônicas, pessoa com hanseníase, pessoa com tuberculose, sintomáticos respiratórios, tabagista, domiciliados ou acamados, condições de vulnerabilidade social, condicionalidades do Programa Bolsa Família, saúde mental, Usuário de álcool, Usuário de outras drogas. Também são observados os egressos de Internação, e as visitas motivadas por convite, atividades coletivas/campanha de saúde, orientação/prevenção e outros. Esse último item é geralmente se refere à doenças não assumidas pelo usuário como HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis que são comunicadas aos ACS pela equipe de saúde da família.

Nessa ficha existem também tópicos referenciando o Controle ambiental/vetorial; Ação educativa, Imóvel com foco, ações mecânicas de profilaxia e Tratamento focal. Essas demandas são relativas às atividades de trabalho executadas pelos Agentes Combates de Endemia(ACE). Quando há pessoas contaminadas por vírus da Dengue no território de trabalho, os ACS notificam a equipe de saúde da Família, que logo encaminhará uma notificação para a Secretária de Saúde e Agentes de Endemias

PERFIL DEMOGRÁFICO

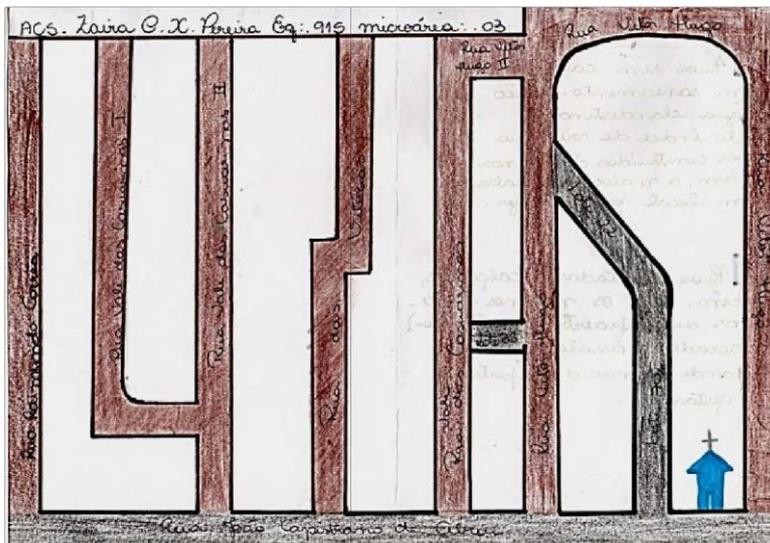
Os ACS participantes destacaram diversos aspectos do território por meio da estratégia de mapeamento das áreas de trabalho indicando: as residências dos moradores atendidos, os obstáculos e situações dos caminhos percorridos, com anotações sobre as condições ambientais e sociais das áreas. Foram selecionados alguns mapas feitos pelos ACS participantes, que exemplificamos a seguir:

Figura 3b



- Todas ruas sem pavimentação
 - Iluminação pública precária
 - Banheiros e lixo abertos em algumas ruas.
 - Alta incidência de violência
- Equipe: 355
 núcleo: avia :03
 aer. Plano via

Figura 4



Características da Área:

Ruas sem calçamento.
 Sem saneamento básico.
 Água clandestina.
 Alto índice de violência.
 Casas construídas de alvenaria,
 pecém, a maioria inacabadas.
 Sem local para lazer.

Ruas asfaltadas e calçadas,
 pecém, com os mesmos proble-
 mas de infraestrutura (*falta*)
 Mercadores assalariados..
 Grande número de hipertensos
 e gestantes.



Figura 5

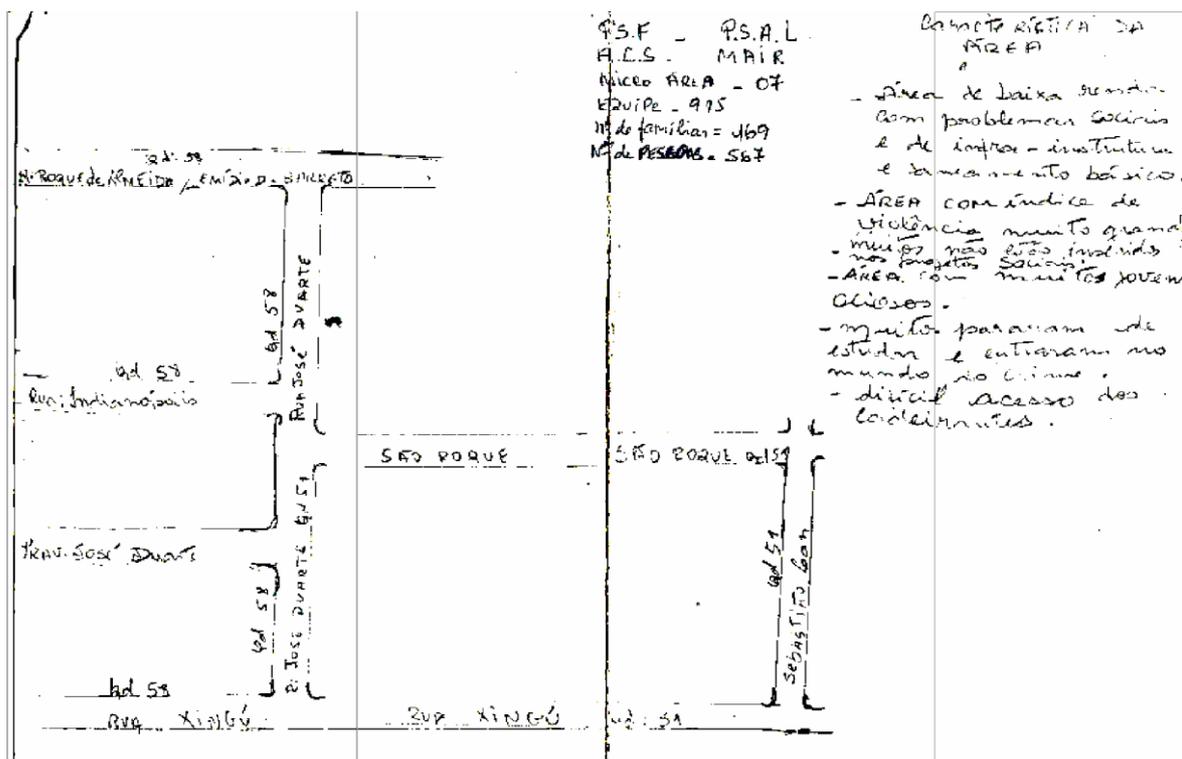


Figura 6

DEMANDAS DOS TERRITÓRIOS

Cada mapa apresenta notas sobre as características do território segundo a visão do ACS responsável. Listamos a seguir as características das áreas segundo as anotações dos mapas observados:

Mapa fig. 3a e 3b: Alto índice de idosos que moram sozinhos; muitos assistidos que moram em residências alugadas; não possuem infraestrutura de qualidade nos territórios, não possui espaço de lazer; alto índice de violência nos arredores dos bairros, presença de pessoas com grau de conhecimento elevado;

Mapa fig.4: todas as ruas sem de pavimentação, ausência ou precariedade de iluminação pública, esgoto a céu aberto em várias ruas, alto índice de violência;

Mapa fig.5: Ruas sem calçamento e sem saneamento básico, água clandestina, alto índice de violência, casas construídas de alvenaria, porém, em suas maiorias inacabadas. Sem local para lazer. Nem todas as ruas são asfaltadas, moradores assalariados, grande número de pessoas com hipertensão e gestantes;

Mapa fig.6: área de baixa renda com problemas sociais e de infraestrutura e saneamento básico. Índice de violência muito grande, muitos não são inseridos nos projetos sociais, muitos jovens ociosos, muitos pararam de estudar e entraram no mundo do crime, difícil acesso para cadeirantes.

As observações de campo dos ACS são lidas pelas equipes para orientar as ações de campo, mas são, principalmente, documentos que registram de forma simples a situação de urbanização e aspectos sociais do território compondo um histórico da realidade de cada local.

Ao refletir coletivamente sobre nosso trabalho de ACS verificamos que a potencialidade do trabalho em relação à organização comunitária não tem sido realizada. São muitas as razões para essa falha: a falta de liderança da própria comunidade, que não reivindica melhorias para o território; a ausência do poder público que deveria realizar ações específicas para as melhorias nos bairros como: saneamento básico, pavimentação de ruas, água encanada, moradia digna, iluminação pública, segurança, escolas, creches, saúde pública de qualidade, áreas de lazer e outras demandas do bairro. Nós ACS até encaminhamos informações específicas sobre os territórios no intuito de enfrentar esses problemas, mas, aparentemente, os responsáveis não estão interessados nos problemas das comunidades, priorizando seus próprios interesses. A Estratégia da Saúde da Família procura sempre as parcerias com outras unidades públicas e particulares para desenvolver atividades que possam integrar ações educativas para a promoção da saúde da população que reside nos territórios. O foco do nosso trabalho é sempre atuar para melhorar a saúde e o bem-estar do usuário e das comunidades, embora nem sempre obtenhamos os resultados proporcionais aos nossos esforços.

3.2 - Sobre a realização do Vídeo:

O vídeo nos mostra a vivência do dia-dia do trabalho do ACS em sua unidade de saúde e na dinâmica do território trabalhado através de fotos feitas por nós, debates que questionam e relatam visões críticas, com aspectos positivos e negativos de nossa ação como ACS no contexto do PSF.

Sobre o dia-a-dia do ACS, verificamos que há uma intensa dedicação desses profissionais para o sucesso do trabalho, principalmente considerando

que as condições de trabalho são precárias no sentido de se poderem desenvolver os passos necessários para o atendimento total dos serviços de saúde. Por exemplo: exames demoram a acontecer prejudicando o andamento dos tratamentos, há somente um médico para o atendimento nas duas equipes, que trabalha um dia na semana. A precariedade das condições desse trabalho também é influenciada pelas condições do território, que está submetido a situação sistemática de violências e disputas com poderes paralelos como o tráfico de drogas, milícias e ausência de segurança por parte do poder público. Essas condições influenciam também na falta dos pacientes nas consultas programadas, na impossibilidade de se cumprir o calendário de visitas às residências e na busca por parte do público por outros postos de atendimento.

Por outro lado, a dedicação dos ACS amplia e motiva a adesão dos pacientes, a disseminação da informação e do diálogo a partir das visitas e das conversas nas salas de espera. Observamos em suas falas o interesse pelo acompanhamento de casos específicos relativos à saúde dos adolescentes, crianças, idosos, gestantes e puérperas, hipertensos e diabéticos, e os acamados. Os depoimentos dos ACS demonstraram grande familiaridade e preocupação com cada caso, quando seus comentários se referiram aos riscos, às decepções, aos sucessos e aos históricos de vida das pessoas por eles lembradas.

Observamos também muita alegria entre os membros da equipe ao se referirem ao trabalho, embora não deixando de citar as frustrações diante das impossibilidades que são muitas. Essas muitas vezes estão, segundo eles, demarcadas mais por relações políticas que definem as limitações ou oportunidades econômicas de realização ou não das ações.

Considerando as lutas pela regulamentação da profissão e suas características, os participantes demonstraram estarem organizados por meio de um sindicato ativo e consciente da importância de sua busca pela garantia de direitos.

Demonstraram também estar conscientes da importância de seu papel como organizadores da comunidade como cidadãos, lembrando aos pacientes os dias das consultas, orientando para a busca de direitos junto aos assistentes sociais ou auxiliando na organização de documentos necessários para consolidar esses direitos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que concerne às garantias de realização do trabalho que compete aos ACS, vivemos tempos de grandes contradições quando as portarias GM/MS 958 e 959/2016 vêm desobrigar o Estado da contratação de agentes de saúde para as equipes de saúde da família, preconizando sua substituição por técnicos de enfermagem. Uma carta de repúdio a essas portarias foi organizada pelas Escolas Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) e Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), ambas do Rio de Janeiro, reivindicando sua revogação. Essa carta afirma:

"Retirar a obrigatoriedade da presença do ACS nas equipes mínimas da ESF é um grave equívoco e retrocesso no que se refere ao processo de democratização do SUS, pois a atuação do ACS ancorada na sua origem de classe contribui para o fortalecimento das práticas no SUS que tenham como base o saber popular e a história dos territórios. Assim como, podem fortalecer a organização da classe trabalhadora, principalmente da fração de classe proletária que mora nas periferias, para participarem e tencionarem a política de saúde e os serviços de saúde de acordo com as suas necessidades e interesses" (ENSP/EPSJV, 2016).

Apesar de essa portaria ter sido revogada, se espalha a visão de que os ACS não deveriam compor a equipe mínima da ESF pela crença de que seu trabalho não é fundamental para o atendimento de famílias de classe média. Assim dissemina-se a ideia de se priorizar o técnico de enfermagem como profissional ideal para essas equipes, em detrimento do papel social que o ACS desempenha para as classes populares (GUIMARÃES, 2018).

Em nossas práticas observamos que existe um menor interesse da classe média em receber as visitas dos ACS, por outro lado essa classe valoriza o acesso aos exames gratuitos que o SUS oferece à todos sem distinção de classe social.

A nova Política Nacional de Atenção Básica, publicada em Setembro de 2017 (BRASIL, 2017) realiza essas mudanças concretas conduzindo propostas de formação dos ACS para a área de enfermagem, o que parecia estar superado. Assim, essa política não garante o número de ACS nas equipes de saúde da família e não prevê sua presença na atenção básica (GUIMARÃES, 2018). Além disso, a lei passa a orientar os ACS para o registro de dados informações e para atividades simples do campo da enfermagem, esvaziando

seu tradicional papel em educação e promoção da saúde, bem como de apoio às necessidades de organização básica do acesso à saúde que as classes populares demandam.

Com as novas atribuições técnicas, os ACS passarão a realizar

"aferição de pressão arterial, medição da glicemia capilar, aferição a temperatura axilar e realização de técnicas de limpeza e curativos" e sobrecarregados com essas funções provavelmente não darão conta de realizar suas atividades "mais distintivas de educação e promoção da saúde, assumindo práticas do campo clínico, baseadas em procedimentos simplificados"(ENSP/EPSJV, 2016).

Com a união da categoria por meio dos sindicatos foram realizados vários encontro se assembléias contra o desvio de função dos ACS. Porém, no sétimo Fórum Nacional de Gestão de Atenção Básica, realizado em 2016, o Ministério da Saúde mencionava também a integração dos ACS e dos ACE em uma mesma função. Em 2017, a nova PNAB modificava as atribuições desse trabalhador: as atividades historicamente associadas aos ACS passam para a lista de atividades comuns entre ACS e ACE.

Hoje não podemos descansar com a nova formulação de leis que o governo esteja apresentando para a implementação da nova Política Nacional de Atenção Básica para SUS. A categoria continua na persistência e na luta por seus direitos, pelo reconhecimento profissional e pela qualificação da categoria como ACS.

Esses argumentos fortalecem a necessidade de se criar estratégias para valorizar as funções exercidas pelos ACS na conjuntura histórica em que vivemos. Suas narrativas são fundamentais para a construção de perspectivas de ação no sentido de potencializar, tanto a organização dessa categoria de trabalhadores, quanto à organização social reunindo trabalhadores e usuários que venham a fortalecer as reivindicações pelo SUS universal e de qualidade. Isso foi o que pretendemos com a criação coletiva de um relato para referenciar o papel dos ACS no SUS por meio de um vídeo artístico-educativo que se popularize nas mídias sociais.

Na atual conjuntura do município de São Gonçalo, os ACS continuam reivindicando melhorias nas condições de trabalho, demandando uniformes e equipamentos de proteção como o protetor solar e outros. Reivindicamos também o respeito garantindo o mínimo de salubridade para o trabalho, com

meios de transporte e equipamentos de informática. Reivindicamos também um espaço nas unidades de saúde digno para atender bem aos usuários com melhorias nas condições de atendimento médico, dentista, agilidade na marcação de exames e na entrega de resultados, bem como o fornecimento de materiais de higiene e limpeza que faltam nas unidades de saúde do município. Estamos também enfrentando longos processos na justiça trabalhista em função das diversas situações de busca de garantia de vínculo empregatício, de direitos e seguridade para a categoria. Reivindicamos a Formação Técnica Profissional de Agente Comunitário de Saúde (ACS), o reconhecimento curricular e profissional da categoria de técnico e também o Piso Nacional para todos os trabalhadores da categoria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Maria Rizioneide Negreiros, ASSUNÇÃO, Raquel Silva. *A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doença*. Rev. Brás. Enfermagem. [Online]. 2004, vol. 57, n. 1, PP. 19-25. ISSN0034-7167

ALMEIDA C. *As reformas sanitárias dos anos 80: crise ou transição?* Rio de Janeiro. [Tese de Doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública],1995.

BASTOS. Iolanda Lúcia Gonçalves. *Os agentes comunitários de saúde força de trabalho essencial no SUS: os riscos e dificuldades no exercício da profissão*. Consultado no endereço: <http://webartigos.com/artigos/os-agentescomunitarios-de-saude-forca-de-trabalho-essencial-no-sus-os-riscos-edificultdades-no-exercicio-da-profissao/26784> em 29/03/2017

BARBALET, J. M. *Teorias da cidadania*. In: BARBALETE, J. M. *A cidadania*. Lisboa: Estampa. 1989.

BEHRING, Elaine Rossetti e BOSCHETTI, Ivonete, Livro - *Política Social: fundamento e história*, 9.ed.- São Paulo: Cortez,2011.(p. 63-67, 71-81).

BORSNTEIN, Vera Joana; MATTA, Gustavo Corrêa; DAVID, Helena. *O processo de trabalho do agente comunitário de saúde e sua incidência sobre a mudança do modelo de atenção em saúde*. In: MONKEN, Maurício e DANTAS André Vianna. *Estudos de politecnia e saúde: volume 4*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. P191-219. Consulta no endereço eletrônico: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/PT/eps-2595> . Em. 29/03/2017.

BRAND, Cátia Inácia; ANTUNES, Raquel. Martins; FONTANA, Rosane Teresinha. *Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde*. Cogitareenferm Jan/Mar 2010;15(1):40-7

BRASIL, IBGE. *Cidades@* consultado no endereço eletrônico: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=330490&search=riode-janeiro|são-gonçalo> em 11 de maio de 2017 às 15:17h.

BRASIL, Ministério da Saúde. *O trabalho do Agente Comunitário de Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, *Secretária de Políticas de Saúde*, 2000. 119 p.

_____. *-Guia prático do Programa Saúde da Família. Programa de saúde da Família*, 2001. Consultado no endereço eletrônico http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guiapraticosaudefamilia_psf1.pdf em 11-05-2017 às 16h03min.

_____- Secretaria de Atenção à Saúde. *Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica*. Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006. 4. Ed. Brasil, DF, 2007. (Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006). P 9-55. SÃO PAULO, GOVERNO DO ESTADO. <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/atencao-basica/>

_____- Ministério da Saúde. PORTARIA Nº **2.488, DE 21 de OUTUBRO de 2011** aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 21 de out de 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html dia 13-03-2019 as 16h.

_____- Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html no dia 13-03-2019 às 16h.

CAMPOS GWS. *Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipe de saúde*. In: Merhy EE, Onoko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997.p.229-66.

CARRANO, Paulo César Rodrigues. *Os jovens e a cidade: identidades e práticas culturais em Angra de tantos reis e rainhas*, Rio de Janeiro: Relume Dumará: FAPERJ, 2002. Disponível em www.e-publicações.uerj.br/index.php/tamaios/article/download/3792/4569 Acesso em:26/07/17 às 09:05 horas

CIDADE ECONOMIA. Consultado no Endereço Eletrônico: *Disponível em* www.saogoncalo.rj.gov.br/economia.php em 06/12/2017 às 10:02

CORIOLOANO, Maria Wanderleya de Lavor, LIMA, Luciane Soares de. *Grupos Focais com Agente Comunitário de Saúde: subsídios para entendimento destes atores sociais*. Ver. *Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2010 jan/mar; 18(1):92-6. Consultado no endereço: <http://www.facenf.uerj.br/v18n1a16.pdf> em 29/03/2017.

CORRÊA, Marcelle; ALVES, Alex. Notícias. São Gonçalo, 28-01-2016. <http://www.saogoncalo.rj.gov.br/noticiaCompleta.php?cod=5737&tipoNoticia=Sa%EF%BF%BDde>, em 30/01/2019 às 16:50

CORRÊA, Marcelle; OLIVEIRA, Girley, Notícias. São Gonçalo, 03-08-2015. Consultado no endereço: <http://www.pmsg.rj.gov.br/noticiaCompleta.php?cod=6799&tipoNoticia=Sa%EF%BF%BDde>; em 30/01/2019 às 17:13

CZERESNIA, Dina. *O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção*. Consultado no endereço: <http://www.fo.usp.br/wpcontent/uploads/AOconceito.pdf> em 29/03/2017.

_____. *The concept of health and the deference between promotion and prevention*. Cadernos de Saúde Pública _ 15(4): 701-710, 1999.
ENSP/EPSJV, *Carta de repúdio às portarias GM/MS 958 e 959/2016*. In: *Jornal dos Agentes de Saúde. Mobilização Nacional dos Agentes de Saúde do Brasil*. Consulta no endereço eletrônico <http://www.ensp.fiocruz.br/portalsensp/informe/site/materia/detalhe/39669> em 22-07-2017.

DOURADO, Victor Vilela, *O Papel da saúde na sociedade Capitalista: como a medicina contribui na reprodução do Capital-* Campinas, 2012.

FERRAZ, Lucimare; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. *O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em porto Alegre*. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online], 2005, vol.10, n.2, PP.347-355. Disponível em: www.scielo.br Acesso em: 26/07/17 às 08:09

FRAGA, Otávia de Souza. *Agente comunitário de saúde: elo entre a comunidade e a equipe da ESF? Governador Valadares*, 2011. Consultado no Endereço Eletrônico: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2665.pdf>

FOCALIZANDO, Boletim Informativo, /ACS SINTSAÚDE/RJ REALIZA O 1 ENCONTRO ESTADUAL DOS TRABALHADORES ACE MUNICÍPAIS. Site: www.sintsauderj@rj.blogspot.com em 02/04/2009

GUIMARÃES, Cátia. O PROFAGS é um retrocesso. In: *Revista Poli: saúde educação e trabalho – jornalismo público para o fortalecimento da Educação Profissional em Saúde*. Ano X - n. 56 – mar/abr.2018

IANNI, O. *A dialética da história*. In: *D'ILINCAO, M.A. (org). História e ideal ensaios sobre Caio Prado Júnior São Paulo Unesp / Brasiliense*, 1989 – A ideia de Brasil moderno São Paulo: Brasiliense, 1992.

IBGE, *Cidades*, Rio de Janeiro e São Gonçalo. Histórico: Consultado no Endereço eletrônico: Disponível em

<https://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?codmun=330490> em 06/12/2017 às 10:28

JORNAL DOS ACS E ACE/ PORTAL 10, *A sua melhor fonte de notícias sobre as categorias de Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias*: Consultado no Endereço eletrônico: <https://www.portal10.info/assunto/agentedesaude>.

JORNAL EXTRA, 2 EDIÇÃO- . ANO IV. NÚMERO 1183. *São Gonçalo aprova 1.647 Agentes Comunitários de Saúde*. Rio de Janeiro, Sábado, 30 de julho de 2001.

JORNAL A TRIBUNA RJ- TEXTO de AUGUSTO, Aguiar; *Roubo continua sendo o maior dos desafios da polícia*. Disponível no Endereço eletrônico em WWW.tribunarj.com.br/jan/agos.2017/2018. Acesso em 05/12/2017 e 20/11/2018.

JORNAL O SÃO GONÇALO - *secretária apresenta coordenação de juventude de são Gonçalo*, - Enviado Diretor da Redação 30/10/2017 às 11:30h, consultado no endereço eletrônico: <https://WWW.osaogonçalo.com.br/.../Secretaria-apresenta-coordenadoria-dejuventude-de-Gonçalo>. Acesso em 01/06/18 e 02/11/2018, às 20:37

LANZONI, Gabriela Marcelino de Melo; MEIRELLES BetinaHornerSchlindwein. *Vislumbrando a rede complexa de relações e interações do agente comunitário de saúde*. Ver. Rene. Fortaleza, v.11, n.2, p.140-151, abr/jun.2010. Disponível em WWW.scielo.br Acesso em: 26/07/2017 às 08:23

LEAVELL, S. & CLARCK, E. G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill.1976.

MOTA, Márcia Valeria Guimarães; DAVID, helena Maria Scherlowski Leal. *A Crescente escolarização de Agente Comunitário de Saúde: uma introdução do processo de trabalho?* Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p,229-248, jun/out,2010. Disponível em: www.ecielo.ber Acesso em 26/07/17 às 08:36.

NOGUEIRA, Mariana Lima *Processo histórico da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde: trabalho, educação e consciência política coletiva/ Mariana Lima Nogueira. – 2017. 542 f.*

OLIVEIRA. Carlos Roberto de *História do Trabalho*,1987, 1 edição, editora Ática: Consultado no Endereço Eletrônico: Disponível em https://www.portaldoslivreiros.com.br/livro.asp?codigo=77115&titulo=Historia_do_trabalho.

PORTAL BRASIL, Departamento de Atenção Básica, Consultado no endereço eletrônico disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php

Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 - Ministério da Saúde, Agente Comunitário de Saúde: Consultado no Endereço Eletrônico: Disponível em bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html; 13/02/2019 às 17:30.

POSTOS DE SAÚDE EM SÃO GONÇALO: Consultado no Endereço Eletrônico: Disponível em <http://www.servicos.blog.br/postos-de-sauderj/postos-de-saude-em-sao-goncalo>; em 06/01/2018 às 23:31.

POLÍTICA E POLÍTICA SOCIAL 1 Ednéia Maria Machado 2 Renato ObikawaKyosen, o presente artigo constitui-se em resultado parcial da Pesquisa: Delimitação legal do preço da força de trabalho – Brasil, 1988/1998; financiada pela CPG/UEL. Docente do Departamento de Serviço Social – UEL; Doutora em Serviço Social pela PUC/SO; Coordenadora da Pesquisa. Aluno do 4 ano do Curso de Direito da UEL; colaborador acadêmico da pesquisa.

REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA. *Técnicos Institucionais*, Programa Saúde da Família: Departamento de Atenção Básica – Secretária de Política de Saúde. Rev. Saúde Pública. Vol.34.n.3.São Paulo,Jun.2000, <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000300018>. Em.13/02/2017.

REVISTA, DE GRANDES FAZENDAS, Uma Grande Cidade – 126 anos de São Gonçalo; TEXTO de FREITAS, marcela e FONSECA, Cyntia – 21/09/2016 OS MAIORES BAIRROS DE SÃO GONÇALO – RIO DE JANEIRO/ Listas dos 10 maiores bairros de são Gonçalo. Consultado no Endereço Eletrônico: Disponível em http://populacao.net.br/os-maiores-bairros-sao-goncalo_rj.html. em 6/01/2018 às 22:42.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. *Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência*. Ver Latino-am Enfermagem 2005 novembro-dezembro; 13/6: 1027-34 www.eerp.usp.br/rlae. Consultado No endereço: <http://www.ecielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf> em 29/03/2017. <http://www.atribunarj.com.br/category/sao-goncalo/economia/>

SANTANA. Milena Lopes; CARMAGNANI, Maria Isabel. *Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens*. Saúde soc. [online]. 2001. vol.10,n.1,pp.3353.Consultado no endereço: <http://www.scielo.br/ecielo.php?pid=S010412902001000100004&script=sciabstract&tlng=PT> em 20/03/2017.

SENNA, Mônica de Castro Maria. *Racionalidade técnica e lógica: um estudo sobre o processo de implantação do Programa Saúde da Família em São Gonçalo-RJ*- Fonte: Rio de Janeiro; s.n; 2004. [xx, 243] p. mapas, tab. Idioma: PT. Tese: Apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública para obtenção do grau de Doutor. Descritores: Estratégia Saúde da Família Atenção Primária à Saúde; Sistemas Locais de Saúde- Saúde da Família – Governo Local – Responsável: BR526. 1 – Biblioteca de Saúde Pública – BR526.1; R362.12, S478r.

SILVA, Cátia Antônia e SCHIPPER, Ivy. *Cartografia da ação social: Reflexão e criatividade no contato da escola com a cidade*. In: *Rev. Tamoios*, São Gonçalo (RJ), ano 08, n. 1, págs. 25-39, jan/jun. 2012. Consultado em 20-05-2017 às 16:00h. no endereço eletrônico: Disponível em, <http://docplayer.com.br/25357676-Cartografia-da-acao-sicial-reflexao-ecriatividade-no-contato-da-escola-com-a-cidade.htm> Consultado no Endereço Eletrônico: Disponível em www.osaogoncalo.com.br/politica/38944/secretariaapresenta-coordenadoria-de-juventude-de-sao-goncalo; em 06/12/2017 às 12:36

SILVA E BAPTISTA, A Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política. A National Health PromotionPolicy: textand contexto of a policy, Artigo, Rio de Janeiro, v. 39, Especial, p. 91-104, Dez 2015.

SINDSPREV/RJ, Boletim do Sindicato dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho e Previdência Social no Rio de Janeiro, em 12/09/2007.
SINACSRJ, JORNAL SINACS-RJ DE JULHO de 2014: Disponível no Site: <http://sinacsrj.blogspot.com.br> em 14/07/2014.

VÍDEO: AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: Nós por nós- estudo de caso do Bairro Pacheco, São Gonçalo, RJ – 2016 – 2017, com a produção de um vídeo coletivo; Endereço Eletrônico em <https://youtu.be/vvS4icDt8kY>, em 14/12/2018