

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

Áurea Candeias dos Santos

CURSO TÉCNICO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:
a percepção dos ACS

Rio de Janeiro
2015

Áurea Candeias dos Santos

CURSO TÉCNICO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:
a percepção dos ACS

Dissertação apresentada à Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio, como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Filippina Chinelli

Co-orientadora: Márcia Valéria G. C. Morosini

Rio de Janeiro

2015

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

S237c Santos, Áurea Candeias dos
Curso técnico de agente comunitário de saúde:
a percepção dos ACS / Áurea Candeias dos Santos.
- Rio de Janeiro, 2015.
95 f.

Orientadora: Filippina Chinelli
Co-orientadora: Márcia Valéria G. C. Morosini

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,
2015.

1. Agente Comunitário de Saúde. 2. Capacitação de
Recursos Humanos em Saúde. 3. Pessoal Técnico de
Saúde. I. Chinelli, Filippina. II. Morosini, Márcia
Valéria G. C. III. Título.

CDD 362.10425

Áurea Candeias dos Santos

CURSO TÉCNICO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:
a percepção dos ACS

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
em Saúde Joaquim Venâncio, como requisito
para a obtenção do Título de Mestre em
Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em 31/08/2015

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Filippina Chinelli (Fiocruz / EPSJV)

Profa. Dra. Angélica Fonseca (Fiocruz / EPSJV)

Profa. Dra. Márcia Cavalcanti Raposo Lopes (Fiocruz / EPSJV)

Profa. Helena Maria Scherlowski Leal David (UERJ)

*Dedico este trabalho
Aos amores de minha vida,
minha mãe, Maria Antônia das Candeas,
alicerce e companheira incansável e meu filho,
Lucas Candeias Costa é o presente de DEUS.*

AGRADECIMENTOS

Ao Pai maior, Deus, pois sem ele nada sou e com ele tenho condições de transpor as barreiras.

À minha mãe pelo apoio e incentivo em todos os momentos de minha vida, ao meu filho pela compreensão dos dias de dedicação intensa ao estudo e à família, tios, primos e sobrinhos pela preocupação e carinho.

À minha orientadora, Filippina Chinelli, por acreditar, incentivar e não deixar desistir deste momento de superação em minha vida. Sou agradecida imensamente pelos ensinamentos, pela palavra firme e pelo carinho dedicado.

À minha co-orientadora, Márcia Valéria Morosini, que igualmente se dedicou, apoiou, ensinou e muito incentivou nesta jornada, com muita delicadeza e firmeza.

À Angélica Fonseca e Helena M. S. L. David pelas contribuições na banca de qualificação da pesquisa.

Aos mestres da EPSJV, pelos ensinamentos para a vida acadêmica e para a vida profissional.

Aos agentes comunitários que participaram da pesquisa, com disponibilidade e atenção para responder as perguntas, e aos profissionais do SINDACS-RJ que colaboraram fornecendo os contatos para realizar as entrevistas.

À amiga, Simone Agadir, que sempre me socorreu nas dificuldades durante a trajetória do curso.

Às amigas, Marli Souza e Rita Tavares, que acreditaram, apoiaram e secaram as lágrimas nos momentos difíceis.

Aos amigos e amigas do trabalho, pela compreensão e pelo compartilhamento das dificuldades enfrentadas.

Aos Agentes Comunitários de Saúde, que admiro e compartilho a história de luta pelo reconhecimento e valorização do trabalho na Atenção Básica e por acreditar no SUS.

Aos profissionais da gestão da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro Fabiane Minozzo, Guilherme Wagner, Roberto Raposo, Gabriela Rêgo e Flávio Augusto.

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo principal analisar as percepções dos ACS egressos sobre o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde realizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) no período outubro de 2011 a dezembro de 2012. A relevância do tema deve-se ao fato de os ACS serem trabalhadores fundamentais para a principal estratégia de reorganização da atenção em saúde no Brasil atualmente. O trabalho de campo foi realizado a partir da abordagem qualitativa através de entrevistas semi-estruturadas com 21 ACS que trabalham nas unidades básicas de saúde no município do Rio de Janeiro. A interpretação dos dados foi realizada após a transcrição das entrevistas e a construção de um quadro de análise a partir das percepções dos trabalhadores sobre o curso, o que permitiu destacar os temas: Motivação para tornarem-se ACS; Percepções sobre o trabalho de ACS; Mudanças percebidas após o curso; Possibilidades e dificuldades para o prosseguimento da formação profissional. Os resultados apontaram a representatividade do gênero feminino na categoria profissional associado ao desemprego, a sobrecarga de trabalho dentro das unidades de saúde e a importância da formação técnica do agente comunitário de saúde para o trabalhador e para o trabalho na Atenção Primária em Saúde no Município do Rio de Janeiro.

Palavras-chave: Formação Profissional em Saúde. Agente Comunitário de Saúde. Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde.

RESUME

This research aims to analyze the perceptions of ACS graduates of the Community Health Agent Technical Course held in the Polytechnic School of Health Joaquim Venancio (EPSJV) in the period October 2011 to December 2012. The importance of this issue is due to the fact that the ACS are key workers for primary health care reorganization strategy in Brazil today. Fieldwork was carried out from a qualitative approach using semi-structured interviews with 21 ACS working in primary healthcare centers in the city of Rio de Janeiro. Data interpretation was conducted after the transcription of the interviews and the construction of an analytical framework from the perceptions of workers on the course, which has highlighted the themes: Motivation to become ACS; Perceptions about the work of ACS; Perceived changes after the course; Possibilities and difficulties for further vocational training. The results indicated the representation of females in the professional category associated with unemployment, work overload in health facilities and the importance of technical training of the community health worker to the worker and to work in primary health care in the municipality of Rio de Janeiro.

Keywords: Vocational Training in Health. Community Health Agent. Course Community Health Agent Technical.

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ACIS - Agentes Comunitários Indígenas de Saúde

AB - Atenção Básica de Saúde

AIS - Ações Integradas de Saúde

AP - Área Programática

APS - Atenção Primária à Saúde

ANAS - Associação Nacional de Agentes de Saúde

BM - Banco Mundial

BIRD - Banco Internacional para Reconstrução e desenvolvimento

CAP - Coordenação de Área de Planejamento

CEB - Comunidade Eclesial de Base

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEFOR-SP - Centro Formador de Pessoal para Saúde de São Paulo

CETAS - Centro de Educação Técnico-Profissional na Área de Saúde de Rondônia

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CONACS - Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CTACS - Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde

CSEGSF - Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

DEGERTS - Departamento de Gestão da Regulação e do Trabalho na Saúde

DGGTES - Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

DEGES - Departamento de Gestão da Educação na Saúde

EFTS - Escola de formação Técnica em saúde Prof. Jorge Novis

ENEMEC - Encontro Nacional de Experiências de Medicina Comunitária

EPSJV - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

ENSP/FIOCRUZ - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz

ESF - Estratégia de Saúde da Família

ESP-PE - Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco

ETIS - Escola Técnica Isabel dos Santos

ETSUS - Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde

ETSUS-AC - Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha

ETSUS/TO - Escola Técnica de Saúde do Tocantins

FAETEC - Fundação de Apoio à Escola Técnica do Estado do Rio de Janeiro

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

FIOCRUZ-AM - Fundação Oswaldo Cruz do Amazonas

FHC - Fernando Henrique Cardoso

FNS - Fundação Nacional de saúde

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

FSESP - Fundação Serviço Especial de Saúde Pública

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

ILMD - Instituto Leônidas e Maria Deane

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica Social

LABORAT - Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde

MARE - Ministério da Administração da Reforma do Estado

MOPS - Movimento Popular de Saúde

MPT - Ministério Público do trabalho

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NOB - Norma Operacional Básica

NOB/RH-SUS - Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS

ONG - Organização Não Governamental

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

OCDE - Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico

OS - Organização Social

OSCIPS - Organizações de Sociedade Civil de Interesse Público

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAB - Piso da Atenção Básica

PDRAE - Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado

PNACS - Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde

PND - Plano Decenal de Saúde

PEC - Programas de Extensão de Cobertura

PREPS - Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde

PIASS - Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PREV-SAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PROFAE - Projeto de Formação Profissional em Larga Escala

PROFORMAR - Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde

PSF - Programa Saúde da família

RET-SUS - Rede de Escolas Técnicas de Saúde do SUS

SAS - Secretaria de Assistência à Saúde

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SINDACS-RJ - Sindicato dos Agentes Comunitários do Rio de Janeiro

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SMSDC-RJ – Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Município do Rio de Janeiro

SPS - Secretaria de Políticas de Saúde

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEIAS - Território Integrado das Ações e Serviços de Saúde

UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UPA - Unidade de Pronto-Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 CAPÍTULO 1 - A RECONFIGURAÇÃO GERENCIAL DO ESTADO BRASILEIRO, A FOCALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E A EXPANSÃO DA ATENÇÃO BÁSICA.....	18
2.1 RECONFIGURAÇÃO DA POLÍTICA DA ATENÇÃO BÁSICA.....	27
3 CAPÍTULO 2 - AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: BREVE HISTÓRICO DA ORIGEM À REGULAÇÃO PROFISSIONAL DO TRABALHO.....	32
3.1 A ORIGEM DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.....	32
3.2 A LUTA DOS ACS PELA PROFISSIONALIZAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO DO TRABALHO.....	37
3.3 O PSF NO RIO DE JANEIRO.....	40
3.4 O TRABALHO DO ACS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.....	46
4 CAPÍTULO 3 - A FORMAÇÃO TÉCNICA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA EPSJV/FIOCRUZ.....	49
4.1 RETOMANDO A HISTÓRIA DA FORMAÇÃO TÉCNICA DOS ACS.....	49
4.2 AS EXPERIÊNCIAS DE FORMAÇÃO TÉCNICA DOS ACS.....	52
4.3 A EXPERIÊNCIA DO CURSO TÉCNICO NA EPSJV/FIOCRUZ.....	55
4.4 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....	61
4.4.1 Opções Metodológicas.....	61
4.4.2 Caracterização Dos Entrevistados.....	63
4.4.3 Análise Das Falas Dos ACS.....	65
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
REFERÊNCIAS.....	81
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	87
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	89
APÊNDICE C – QUADRO DE ANÁLISE 01.....	92
APÊNDICE D - QUADRO DE ANÁLISE 02.....	93
APÊNDICE E – QUADRO DE ANÁLISE 03.....	94
APÊNDICE F – QUADRO DE ANÁLISE 04.....	95

1 INTRODUÇÃO

Este estudo trata de analisar as percepções dos egressos da terceira etapa do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, todos atuantes no município do Rio de Janeiro, a respeito do curso e sua influência na prática profissional que desenvolvem no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Realizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), no período de outubro de 2011 até dezembro de 2012. O tema investigado é analisado sob uma perspectiva histórica, sobretudo no contexto dos anos 2000, quando começaram a se tornar mais nítidos os efeitos na área da saúde, da reestruturação produtiva e da reforma gerencial do estado brasileiro.

A pesquisa sobre a qual discorre a dissertação se insere em um campo de estudos que procura analisar o processo de formação profissional dos agentes comunitários de saúde. Conforme levantamento bibliográfico com o objetivo de apreender, ao menos em parte, a literatura acerca do tema, além de conhecer experiências de oferecimento do curso, faz-se relevante mencionar os trabalhos realizados no âmbito da Escola Politécnica Joaquim Venâncio (EPSJV) desde o início dos anos 2000. Seus autores analisam diversos aspectos, como as relações entre o processo de formação dos ACSs e seu papel mediador, na perspectiva de reorientação do modelo de atenção e as relações entre as políticas de saúde, trabalho e educação direcionadas à qualificação dos ACS (MOROSINI, 2010; VIEIRA, DURÃO e LOPES, 2011 e BORNSTEIN e DAVID, 2014).

No que se refere às experiências de formação dos ACS realizadas em outros municípios brasileiros, cabe ressaltar que apenas em Palmas (TO), Recife (PE), Rio Branco (AC) e no próprio Rio de Janeiro, foram oferecidas as três etapas formativas, de acordo com o Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, publicado em 2004.

Destaca-se que a experiência do município São Gabriel da Cachoeira, estado do Amazonas, a, ocorreu mediante parceria entre o Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD), da Fiocruz-AM e a EPSJV, estando voltada para os Agentes Comunitários Indígenas de Saúde (ACIS), no ano de 2011. Todas elas, tratadas em suas linhas gerais no capítulo subsequente, enunciam o compromisso com uma formação crítica e reflexiva, com destaque para aquelas realizadas sob

a coordenação da EPSJV que se orientaram pela concepção politécnica de educação, que, segundo Bornstein e David (2014), alia a formação geral ao conhecimento específico, teoria associada à prática, tendo em vista a formação humana de caráter emancipatório.

O trabalho de Morosini (2010) ajuda a compreender as questões relacionadas à formulação do Referencial Curricular do Técnico Agente Comunitário de Saúde, particularmente no que remete às disputas e mobilizações entre diferentes sujeitos coletivos, tais como Ministério Público do Trabalho (MPT), Fundação Nacional de Saúde (FNS), gestores estaduais e municipais, Ministério da Saúde (MS), Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (Conacs), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Rede de Escolas Técnicas de Saúde (RET-SUS), ocorridas durante o processo. A autora ressalta que, a começar da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde em 1991, esses trabalhadores, embora considerados fundamentais para a efetiva implantação do SUS, inserem-se no sistema mediante relações de trabalho precarizadas, baixos salários e formação aligeirada.

No início dos anos 2000, discutiu-se a situação da saúde no país no âmbito da XI Conferência Nacional de Saúde, que trouxe o tema “Efetivando o SUS – acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. A carta, produzida ao final da conferência, destacou estar, na raiz do agravamento da falta de qualidade de vida e de saúde da população, o projeto social e econômico do governo Fernando Henrique, o que favoreceu a lógica do ajuste econômico em detrimento das políticas sociais.

Em 2003, com a eleição de Lula da Silva para seu primeiro mandato como presidente da República, a expectativa era do enfrentamento das questões sociais, mediante a superação ou a redução das desigualdades. As questões relacionadas ao trabalho e aos trabalhadores técnicos da saúde, cuja centralidade na agenda da saúde pública era inexistente até então, tornaram-se objeto de formulações políticas específicas (VIEIRA, CHINELLI E LOPES, 2011). Buscou-se delinear um novo modelo de gestão do trabalho no SUS, com objetivo de desprecarizar as relações de trabalho, além de valorizar o desenvolvimento profissional de seus trabalhadores. Assim, a Norma

Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS), de 2003, enfatiza a necessidade de valorização profissional e regulação das relações de trabalho para o fortalecimento dos ideais da Reforma Sanitária. Uma nova agenda começou a se esboçar com a reestruturação do Ministério da Saúde, promovida pelo então ministro da Saúde do governo Lula, Humberto Costa, que levou à criação da SGTES, permitindo maior visibilidade às questões afeitas aos trabalhadores da Saúde, inclusive no que tange à sua formação profissional (MOROSINI, 2010; VIEIRA, CHINELLI E LOPES, 2011). Em relação aos agentes, após longa luta pelo reconhecimento de suas atividades como profissão, fora aprovada a Lei 10.507, de julho de 2002, que criou a profissão dos ACS, estabeleceu o nível fundamental como escolaridade mínima para o exercício da profissão e indicou a necessidade de realização de um curso de formação inicial, contribuindo para que sua formação entrasse pauta das políticas desta secretaria.

Morosini (2010) enfatiza a atuação da EPSJV/Fiocruz no processo de formulação da política de formação dos ACS ocorrido nesta conjuntura, ressaltando a participação da Escola a contar das primeiras reuniões no Ministério da Saúde até a publicação do Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde. Posteriormente, a EPSJV, conforme mencionado no terceiro capítulo, implementou turmas de formação técnica, cujo currículo baseado na perspectiva politécnica, configurou uma experiência precursora daquelas já citadas. Desde sua fundação em 1985, essa perspectiva orienta o projeto educativo da Escola EPSJV, que, segundo Pereira e Ramos (2006 p.79), é resultado da concepção de escola unitária, ou seja, “aquela que se compromete com a formação omnilateral de todos os trabalhadores, tendo o trabalho como princípio educativo e o preceito de sua indissociabilidade da ciência, tecnologia e cultura”. (PEREIRA E RAMOS, 2006 p.79)

A escolha do tema da dissertação está relacionada à minha trajetória profissional como enfermeira em equipes do programa Saúde da Família na Coordenação de Área de Planejamento 3.3 (CAP 3.3) do município do Rio de Janeiro. Em 2002, iniciei o trabalho na Atenção Básica de Saúde (AB), sendo lotada em uma unidade localizada em Costa Barros, atuando com a equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Já em 2005, o processo de trabalho e a assistência da unidade de saúde foram modificados para o modelo de Saúde da Família. O trabalho passou, assim, a ser executado por

equipes multiprofissionais do Programa Saúde da Família (PSF), que contavam, em sua composição, com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, somando-se os profissionais da Saúde Bucal.

O trabalho como enfermeira de equipe se estendeu até o ano de 2008, quando recebi o convite para trabalhar na coordenação. Nesse período, ingressei na Especialização em Gestão em Saúde da Família, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). No ano seguinte, fui convidada a trabalhar na coordenação da área de saúde da Área Programática 3.3 (CAP 3.3) acompanhando as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Em 2011, com o intuito de ampliar meu conhecimento em gestão, cursei a Especialização em Gestão de Projetos de Investimentos e Gestão de Recursos Físicos e Tecnológicos em Saúde pela ENSP/Fiocruz.

Destaco que essa trajetória ocorreu durante o período de expansão da Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro. A partir de 2009, a Secretaria Municipal de Saúde iniciou mudanças na rede de assistência, com a proposta metodológica de um território com ações e serviços integrados, hierarquizados e regionalizados. Na ocasião, desempenhava minhas funções no Núcleo de Saúde da Família acompanhando a expansão do número de equipes ESF, que abrangia a busca pelo espaço público para construir as Clínicas da Família, a reforma das unidades antigas e as discussões para a reorganização do Território Integrado das Ações e Serviços de Saúde (Teias). Colaborou também para a escolha do tema o conhecimento adquirido com a prática profissional, quando participava como facilitadora do curso introdutório¹, obrigatório para os profissionais da ESF.

Posteriormente, o trabalho como docente no Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), no ano 2012, muito influenciou na decisão pelo tema, uma vez que, a participação no curso proporcionou acesso a novos

¹“O Treinamento Introdutório capacita os profissionais para que possam analisar, ao lado da comunidade, a situação de sua área de abrangência, os aspectos demográficos, socioeconômicos, ambientais e sanitários (morbi-mortalidade e fatores de risco), identificando problemas e potencialidades existentes.” (Caderno de Atenção Básica, 2 p.11). No município do Rio de Janeiro, para atender à expansão da cobertura da ESF, em larga escala, em curto período, a partir de 2009, esse treinamento é realizado com carga horária de 40 horas, de acordo com a Portaria 2.527 de 2006 (Caderno Introdutório – Saúde da Família, 2011).

conhecimentos teóricos e práticos. Eles se tornaram acessíveis mediante o curso de atualização para os docentes e preceptores em “Educação Profissional em Saúde e Estratégia de Saúde da Família: a formação técnica do ACS”, oferecido pela coordenação do CTACS. Além disso, foram realizados vários encontros temáticos com professores convidados, e o convívio em sala de aula com os alunos permitiu conhecer as expectativas, angústias e conflitos que marcam a prática profissional desses trabalhadores. Assim, tornou-se instigante estudar quais as repercussões do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, oferecido pela EPSJV/Fiocruz, e a maneira pela qual os ACSs passam a perceber seu trabalho no interior das equipes do Programa Saúde da Família.

Do exposto, derivam as seguintes questões de pesquisa que orientaram a formulação dos objetivos apresentados a seguir: O curso técnico modifica a forma como o ACS percebe seu trabalho e sua inserção na equipe de Saúde da Família? De que modo? Que elementos dessa formação propiciam essa mudança?

Com base nessas questões, foram formulados os objetivos específicos do estudo:

- Detectar se houve mudanças na percepção dos ACSs entrevistados sobre a prática profissional atribuídas à formação técnica;
- Detectar quais os elementos curriculares que podem ter contribuído para as mudanças percebidas na prática profissional desses ACSs.

Além dessa introdução, cabe acrescentar, que a dissertação é composta de três capítulos. No primeiro, intitulado "A reconfiguração gerencial do Estado brasileiro, a focalização das políticas públicas e a expansão da atenção básica", aborda-se o processo de redemocratização do país, a luta da população pela melhoria das condições de saúde, com acesso integral aos serviços e bens, culminando no movimento da Reforma Sanitária e a formulação do SUS. A década de 1990 foi caracterizada pela contrarreforma na saúde, com o avanço do ideário neoliberal e a reconfiguração da política de atenção básica – PACS/PSF e ESF –, em meio às disputas entre perspectivas de caráter seletivo ou ampliado de saúde, compatível com os princípios inscritos na Constituição de 1988.

O segundo capítulo, que traz o título "Agente Comunitário de Saúde: breve histórico à regulação profissional do trabalho", revisa a origem do trabalho comunitário, resgatando a conjuntura política da institucionalização da categoria, com os embates e a luta contra a precarização do trabalho e a regulamentação profissional. Discute, ainda, a expansão do PSF no município do Rio de Janeiro e a reorganização da rede local de saúde. "A formação técnica do agente comunitário de saúde na EPSJV/Fiocruz" é o título do terceiro capítulo, que trata das outras experiências da formação técnica do agente comunitário de saúde, de acordo com o Referencial Curricular Nacional. Nele são descritos também os procedimentos de pesquisa e análise, orientados pela contribuição de Minayo (2013), que afirma ser o método qualitativo a melhor forma de analisar os processos sociais de grupos particulares, revelando as percepções e opiniões, sendo possível a revisão e a elaboração de novos conceitos. Apresenta-se, ainda, um quadro descritivo dos ACS entrevistados.

2 CAPÍTULO 1 A RECONFIGURAÇÃO GERENCIAL DO ESTADO BRASILEIRO, A FOCALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E A EXPANSÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

A análise da formação proposta pelo Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, realizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e suas repercussões no trabalho do ACS, implica refletir sobre o contexto social, político e econômico em que ocorreu a criação do Sistema Único de Saúde pela Constituição de 1988, relacionando-a com os interesses em disputa à época da instituição do Programa de Agente Comunitário de Saúde, que, conforme observado, mais tarde, passou a integrar a Estratégia Saúde da Família. Implica também ponderar a respeito das políticas públicas, que, a partir da reconfiguração do Estado, iniciada em meados dos anos 1990, implementaram a expansão da atenção básica no país, na qual os agentes comunitários de saúde exercem papel fundamental.

A Reforma Sanitária brasileira, considerada um movimento contra-hegemônico, buscava profunda mudança cultural, política e institucional na sociedade brasileira, viabilizando a saúde como um bem público. As diretrizes que orientaram esse processo articulam princípios éticos, políticos e sanitários: a saúde como direito universal em uma sociedade democrática; a determinação social do processo saúde-doença; e a proteção à saúde de forma integral, incluindo a promoção, ação curativa e reabilitação (FLEURY, 2008).

Na concepção de Paim (2009), a Reforma Sanitária constituiu-se um movimento voltado tanto para a superação do quadro sanitário brasileiro, como também para a transformação das relações políticas e sociais que marcavam o país à época da ditadura. A organização dos princípios e proposições políticas em torno da Reforma Sanitária configurou uma “proposta”, cujo registro ocorreu no ano de 1979, durante o Primeiro Simpósio sobre Política Nacional de Saúde² da

² A década de 1970 foi marcada pela insatisfação da sociedade brasileira, que se manifestou contrária ao regime autoritário em vigor à época. Em 1976, um grupo de sanitaristas, em especial da área da saúde coletiva da Universidade de São Paulo, criou o Cebes com o objetivo de editar um periódico especializado, o *Saúde em debate*, que divulgou as críticas ao sistema de saúde brasileiro, participando intensamente da luta pela Reforma Sanitária e a unificação do sistema de saúde.

Em 1979, integrantes do Cebes atuaram nos ministérios, assessorando e revitalizando a Comissão da Saúde de forma combativa ao cenário da saúde nacional, o que resultou no Primeiro Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, organizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. Acesso em 01/07/2015 <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/desdobramentos/cebes.htm>

Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. Naquele ano, surgiu a proposição de criar o Sistema Único de Saúde (SUS), que foi retomada e ampliada na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Tal proposta apresentava-se coerente a um conjunto de políticas que visavam mudanças mais amplas, em parte inscritas na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde de 1990. Em meio às disputas de interesses dos setores privados da saúde e dos reformistas ligados ao Ministério da Saúde e da Previdência Social, ocorreu a aprovação do SUS. Conforme Baptista (2007, p. 50),

“debate da constituinte foi acirrado e revelou resistências por parte dos prestadores de serviço privado do setor saúde e da medicina autônoma, além de conflito de interesses entre os reformistas atrelados ao Ministério da Saúde e os reformistas da Previdência Social. As disputas de interesses não foram suficientes para barrar a aprovação do SUS e de seus princípios, mas impediram a definição de algumas políticas importantes para o processo de implementação da reforma, tais como o financiamento, a regulação do setor privado, a estratégia para a descentralização e unificação do sistema, dentre outras”.

Tais disputas provocaram atraso no processo de efetivação do SUS em razão da falta de definição de algumas políticas, sendo necessário instituir novas leis e portarias pelo Ministério da Saúde para garantir as regras do financiamento, regulação do setor privado e outras questões (BAPTISTA, 2007).

Embora o SUS não contemple todas as reivindicações do movimento pela Reforma Sanitária, constitui-se um amplo projeto da política pública e representa a seguridade social, pois incorpora as políticas de saúde, políticas de previdência e assistência social. A partir do SUS, a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado. Esse modelo de seguridade social – primeiro na história do Brasil – intencionava uma estrutura de proteção social abrangente, universalizando direitos, de forma justa, equânime e com gestão descentralizada e de caráter democrático. (BAPTISTA, 2007)

De fato, a Carta de 1988 trouxe mudanças importantes para a proteção social, atendendo às pressões da sociedade que reivindicava a universalização dos direitos sociais. Fontes (2008) destaca que a década de 1980 caracterizou-se pelo avanço da luta contra o regime militar e a existência de grande número de associações populares beneficentes para o atendimento da população pobre. Havia, contudo, o risco de associações e movimentos populares se transformarem em militância filantrópica, de caráter reformista, além da

mercantilizarão dos serviços de assessoria. Essas organizações foram denominadas Organizações Não Governamentais (ONGs).

No entanto, a crise da economia mundial, característica dessa década, provocada pelo aumento do preço do petróleo e elevação das taxas de juros pelos Estados Unidos, em conexão com o endividamento e descontrole inflacionário dos países emergentes, acabou por conduzir ao ajuste estrutural, preconizado pelos organismos internacionais, e à reconfiguração do estado brasileiro em moldes neoliberais (FLEURY, 2008).

À época, a correlação das forças políticas indicou um diagnóstico e uma saída para a crise do Estado e da economia em moldes neoliberais, os quais se contrapunham aos avanços constitucionais recentemente obtidos. Assim, desde o governo Collor de Mello (1990/1992), considerando o período Itamar Franco na Presidência da República, e durante os oito anos de governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2003), o eixo democrático popular perdeu seu impulso socializante e organizativo, principalmente a classe trabalhadora. De qualquer forma, apesar do retraimento dos movimentos sociais naquele período, a participação popular apresentada pela Reforma Sanitária e pelo SUS, bem como o persistente movimento sanitário, possibilitaram continuar o “processo” da Reforma Sanitária, com a transformação dos sujeitos em atores políticos.

O governo FHC aderiu ao neoliberalismo efetivando os ideais do antiestatismo, por meio das numerosas demissões no funcionalismo público e em outros setores. Favoreceu, ainda, uma nova lógica de concentração financeira com a participação do capital estrangeiro e o predomínio financeiro dos bancos, comércio e indústrias (FONTES, 2008).

A esse respeito, Paulani (2006) ressalta que a globalização do mercado financeiro e a nova divisão internacional do trabalho, além de acarretarem efeitos danosos à economia nacional, contribuíram para a produção de uma sociedade fragmentada. A autora cita que essa avaliação não é de consenso entre os progressistas; porém, enfatiza que, graças ao avanço das práticas neoliberais, o espírito de cada um por si, do individualismo exacerbado, da reconfiguração do Estado e dos movimentos sociais, além da estagnação das forças sindicais, a política econômica transformou a sociedade, cabendo à mídia a difusão das transformações de forma a induzir a crença de que não havia outro o remédio a ser adotado.

Na opinião de Behring (2008), a reforma do Estado brasileiro, idealizada pelo então ministro Bresser Pereira, e implementada a partir de 1995, ocorreu de maneira conservadora, subordinada e superficial, demonstrando a ausência da participação popular. A autora observa que, ao dismantelar o setor produtivo estatal e sucatear o setor público, enumeram-se três as tendências destrutivas: desequilíbrios de pagamentos, crise fiscal permanente e desemprego estrutural. Acrescente-se, ainda, a focalização das políticas públicas, a serem implementadas sem a participação direta do Estado, mediante parcerias público-privadas, abandonando-se gradativamente a perspectiva universalista incorporada à Constituição de 1988. Conforme o receituário neoliberal, adotou-se a focalização das políticas públicas.

Para Rizzotto (2009, p. 221), a palavra "focalização" que, desde as últimas décadas do século XX, "tem sido traduzida como a ação de concentrar os recursos financeiros disponíveis em uma população definida" também assume relevância em documentos de organismos internacionais, como o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional (FMI), a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), entre outros, que difundiram a ideia de que, para alívio da pobreza e redução das desigualdades sociais nos países dependentes, a implementação de projetos e programas sociais dirigidos às populações pobres e grupos vulneráveis resolveria o problema ou, pelo menos, propiciaria o mínimo de dignidade.

Fleury (2008) afirma que programas focalizados para os pobres se baseiam no princípio da individualização dos riscos, com os benefícios em serviços ou transferências de renda funcionando, ao mesmo tempo, como promoção e controle social, perdendo-se a condição do direito social. Nesse momento, a saúde passou a ser considerada um bem de consumo, caracterizada pela ausência da dor, fonte de prazer e padrão estético de beleza.

A implementação do Sistema Único de Saúde ocorreu em um contexto de disputa ideológica que favoreceu o avanço neoliberal. Houve o predomínio da acumulação do capital financeiro, cabendo aos países periféricos endividados a exportação de capital líquido por meio de pagamento dos juros sobre a dívida pública. A estabilidade monetária se deu à custa do abandono do crescimento econômico; enquanto social e culturalmente, o individualismo e o consumismo

foram estimulados, orientados pelo padrão norte-americano de sociedade de consumo, cita Fleury (2008).

Nos últimos anos do século XX, quando chegou ao Brasil, o receituário neoliberal já estava sendo questionado e revisto pelos organismos internacionais. O neoliberalismo de "rosto mais humano" adentrou o Brasil a partir do primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998), com a promessa de implantar o modelo de Estado comprometido com o desenvolvimento e a justiça social.

Martins (2009) relata como o Banco Mundial determinou as novas metas e procedimentos para a reestruturação política dos países periféricos – sistematizado como programa neoliberal da Terceira Via. Foram incentivadas pelo Banco Mundial as parcerias público-privadas, delegando responsabilidade às comunidades pela solução de seus próprios problemas.

A relação do Banco Mundial com a saúde é analisada por Rizzoto (2012), que aborda a falta de interesse dessa instituição em investir na saúde até os anos 1960, pois lhe interessavam apenas as áreas que proporcionassem expansão e acumulação capitalista. O setor de saúde passa a ter importância para essa instituição financeira ao final dessa década, objetivando o controle demográfico, associando o combate à pobreza com a satisfação das necessidades humanas básicas. É em decorrência da crise econômica, durante os anos 1980 e do Estado protetor, que a saúde passa a receber investimentos do BM. O Banco se pauta na certeza de que poderia intervir na política desse setor sem se contrapor à lógica do capitalismo econômico, apresentando-se como uma ação humanitária, contribuindo para a redução da pobreza e assim tentar minimizar a possibilidade de crises sociais.

Em 1987, o Banco publicou o documento *Financiando os serviços de saúde nos países em desenvolvimento: uma agenda para a reforma*, cujo teor abordava as diretrizes para as políticas de financiamento do setor da saúde, fortalecendo os setores não governamentais responsáveis pela prestação de serviços e a descentralização dos serviços públicos de saúde. Portanto, estava clara a divisão da responsabilidade entre o Estado e as organizações não governamentais, que recebiam o repasse de recursos para a prestação de serviços da saúde (CHINELLI, LACERDA e VIEIRA, 2011).

A flexibilização dos ideais da Reforma Sanitária, inscritos na Constituição de 1988, foi a estratégia utilizada pelo Banco Mundial e por outras agências internacionais para efetivar as propostas de ajustes econômicos, justificando que a realidade fiscal brasileira não concretizaria os princípios norteadores do SUS, principalmente a universalização do acesso ao sistema de saúde. A seletividade do acesso e a priorização do atendimento, bem como o pagamento dos serviços prestados pelo SUS por meio de impostos, foram algumas das propostas do Banco Mundial (CHINELLI, LACERDA E VIEIRA, 2011).

O Banco Mundial, em 1993, emitiu relatório sobre o desenvolvimento mundial, chamado “Investir em Saúde”, no qual apresentou um diagnóstico sobre os problemas mundiais de saúde, com ênfase nos países em desenvolvimento, propondo um projeto detalhado de reforma dos sistemas de saúde desses países. Rizzoto (2012) afirma que essa instituição, valendo-se das diretrizes para a saúde, facilitou o ingresso da iniciativa privada nesse setor e contribuiu para redefinir o papel do Estado nos países periféricos. As propostas limitavam a ação estatal no campo da saúde, com ações em forma de programas destinados aos mais pobres, foco na promoção e prevenção da saúde, custos reduzidos e efeitos impactantes. A autora aponta, ainda, a proposição do Banco Mundial para satisfazer as necessidades sociais básicas, com pacotes de serviços clínicos essenciais e serviços de saúde pública que se utilizasse de baixa tecnologia e procedimentos simplificados, sem considerar o processo do adoecimento e os avanços científicos e tecnológicos no campo da saúde. Tudo isso, conforme Rizzoto (2012), contribuiu para a privatização das empresas públicas, transformação de órgãos estatais em entidades públicas não estatais (publicização) e contratação de serviços realizados por terceiros (terceirização) (RIZZOTO, 2012).

Internamente, essas diretrizes influenciaram a intensificação das privatizações e a redefinição da aparelhagem estatal a partir de 1995 – ano da publicação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado pelo Ministério da Administração e da Reforma do Estado (Mare), configurando a Reforma da Gestão Pública no Brasil. A justificativa foi a de que, para atender aos desafios impostos pela globalização e pôr fim às práticas políticas direcionadas aos interesses personalizados e à ineficiência dos serviços e servidores públicos,

havia necessidade de modernizar a administração pública. Esse documento apresentava a Constituição de 1988 como um entrave ao desenvolvimento do país, ditando um ajuste fiscal mais duradouro, reformas econômicas orientadas para o mercado e a reforma da Previdência Social (BRAGA, 2007).

Segundo Chinelli, Lacerda e Vieira (2011), a reforma de 1995 efetivou as mudanças necessárias para ajustar o aparelho do Estado brasileiro à economia de mercado mundializada, considerada bem-sucedida nos países desenvolvidos que integram a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), principalmente a Inglaterra, quanto na América Latina, representada pelo Chile. Essa nova forma de gerenciar foi denominada “nova gestão pública” e incorporou os instrumentos gerenciais utilizados pelas organizações privadas que atuam no mercado capitalista, retomando o ideário neoliberal, com a supremacia do mercado e a descentralização das atividades administrativas.

Rizzoto (2009) descreve, ainda, que a assimilação dos pressupostos neoliberais na saúde, a partir do início da década de 1990, foi caracterizada pela ampliação do acesso aos serviços da atenção básica, mercantilização dos serviços de nível secundário e terciário (70 % estão na iniciativa privada), precarização dos vínculos no setor público, terceirização de grande parte dos serviços assistenciais e terapêuticos, conformação de um sistema de saúde complementar, regulamentado, além da institucionalização da participação popular nos conselhos e conferências de saúde, nas três esferas de governo.

Carneiro (2013) lembra que, ao flexibilizar os direitos trabalhistas e a previdência social, o Estado torna o trabalhador vulnerável, sem poder de negociações e escolhas, tendo como consequência o aumento das formas de exploração e precarização no mundo do trabalho, no setor privado e no setor público.

A reestruturação do capital em escala global fez surgir novas formas de relações no trabalho como o empreendedorismo, o voluntariado e o cooperativismo. O avanço do ideário capitalista provocou a transformação do trabalho humano, fazendo surgir uma dualidade entre o trabalho que *cria e subordina, emancipa e aliena, humaniza e degrada, oferece autonomia, mas gera sujeição, libera e escraviza*. De acordo com Antunes (2009), a cooperativa é um exemplo eloquente, pois, originalmente, servia como instrumento de luta e defesa dos trabalhadores contra a precarização do trabalho e o desemprego.

Na área da saúde, houve a flexibilização da relação entre o setor público e o setor privado com o aumento da participação dos empresários da área na Câmara Complementar da Agência Nacional de Saúde, no Conselho Nacional de Saúde e em outros fóruns consultivos e deliberativos do estado. Os sistemas complementares foram estimulados para que o aparelho de Estado brasileiro se responsabilizasse pelo financiamento e regulação do sistema, com a execução dos serviços compartilhada com o setor privado. As organizações públicas não estatais e privadas passaram a atuar em parceria com o Estado, principalmente nas áreas da saúde e educação. O Estado se responsabilizou não apenas pelo atendimento primário da população, como também pelas demandas de alta complexidade, por exemplo transplantes e cirurgias cardíacas, enquanto o setor privado de saúde se concentrou no atendimento às demandas de baixa e média complexidade das classes médias (BRAGA, 2007).

De acordo com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE), o pouco que se implementou no país inspirado no modelo de bem-estar social perde espaço com a diminuição por parte do Estado dos gastos com as políticas sociais, a reforma da previdência social e as mudanças nos instrumentos de política social. Ressalta-se que a efetivação dessas políticas ocorreu em paralelo à mudança dos movimentos sociais, que, por causa do descrédito com as instituições públicas, “passaram a considerar mais eficaz a substituição das políticas estatais por políticas de apoio e ações realizadas diretamente por eles” (BRAGA, 2007 p.94).

Paim (2009) entende a implantação do SUS como tortuosa, pois os governos que sucederam o *impeachment* de Collor de Melo, no momento pós-constituente Itamar Franco (1992-1994), Fernando Henrique Cardoso (1994-1997 e 1998-2002) e Luiz Ignácio Lula da Silva (2003-2010), conformaram uma conjuntura adversa para o avanço da Reforma Sanitária. A esse respeito, Fleury (2008, p. 75) explica que

“o êxito da reforma como fruto das lutas deste ator político, o movimento sanitário, vai gerar, contraditoriamente a superação deste caráter de movimento vindo da sociedade civil como crítica ao Estado, em direção a atores políticos que são parte da institucionalidade estatal, tais como os secretários municipais e estaduais de saúde, os promotores públicos, a burocracia reformadora.”

Segundo Chinelli, Lacerda e Vieira (2011), a década de 1990 foi marcada pela retração dos movimentos sociais e é considerada por vários autores, entre os quais Behring (2008) e Bravo (2012), um período de contrarreforma na saúde. Contudo, tais autoras ressaltam que a 11ª Conferência Nacional de Saúde, sob o tema central “Efetivando o SUS – acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, foi um momento importante de defesa do SUS e seus princípios. O documento final da conferência recebeu apoio de vários movimentos sociais e centrais sindicais, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, entre outros, lutava-se pelos princípios básicos do SUS e sua efetiva implementação, destacando-se, inclusive, os efeitos negativos dos ajustes fiscais para as condições de vida e a saúde da população brasileira.

Cabe, ainda, ressaltar que a reforma do estado ensejou a proposição de novos modelos institucionais, como as organizações Sociais (OS), regulada pela Lei 9.637, de maio 1998 e as Organizações de Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips), regulada pela Lei 9.790, de março de 1999, transferindo para essas instituições não estatais as atividades de produção de bens (Carneiro, 2013).

Carneiro (2013) aponta que, inicialmente, o projeto da OS sofreu resistência por parte dos funcionários públicos e dos movimentos populares, como também dentro do Congresso Nacional, por parte do grupo econômico, uma vez que o plano poderia atingir as metas fiscais do Estado. Assim, a implementação da OS foi fragilizada e gerou falta de consenso sobre as novas formas gerenciais. Como consequência, novas formas de contratação dos trabalhadores, menos reguladas, passaram a ser praticadas, como as contratações por meio de bolsas de consultoria, cooperativas de trabalho, contratos verbais e outros.

Andeazzi e Bravo (2014) discutem os avanços recentes da contrarreforma do Estado na área da saúde, em especial o que consideram a privatização da gestão pelas OS. Segundo as autoras, no início do primeiro mandato do governo Lula (2003-2006), havia a expectativa de mudanças na política social e econômica. Foram, contudo, mantidas as orientações da política econômica e da gestão do trabalho dos anos de 1990, como abertura comercial, desregulamentação financeira, privatização, ajuste fiscal, pagamento dos juros

da dívida, redução dos direitos sociais, desregulamentação do mercado de trabalho, desindexação dos salários e contrarreforma da previdência. Nesse estudo, as autoras destacam ter sido a reforma do Estado na saúde pautada pela necessidade de redução de gastos e aumento da eficiência, sendo utilizadas as teorias do mercado para administrar os serviços públicos de saúde e, mais recentemente, alcançar o objetivo de que o Estado tenha condições de realizar as medidas de ajustes e controle sobre as consequências sociais.

No segundo mandato do governo Lula, com continuidade nos governos Dilma, (2011-2014 e 2015...), o Estado subsidia o mercado por meio do Programa de Aceleração do Crescimento³. Na área da saúde, com o Programa Mais Saúde⁴ do Ministério da Saúde (2007-2011), desenvolve-se a ideia do setor saúde como produtor de riqueza, configurando o que vem sendo denominado Complexo Produtivo de Saúde. Em razão desse programa, houve a criação de novos equipamentos de saúde, como as unidades de pronto-atendimento (UPAs), sendo muitas gerenciadas por OSs e fundações estatais de direito privado, outra forma de parceria do público com o privado (ANDREAZZI E BRAVO, 2014).

2.1 RECONFIGURAÇÃO DA POLÍTICA DA ATENÇÃO BÁSICA

A atenção básica em saúde no Brasil remonta à primeira metade do século 20⁵, quando foram implementados os Centros de Saúde com a função de uniformizar o tratamento das doenças transmissíveis, localizar os focos dessas doenças e, principalmente, instituir a educação sanitária dos pacientes e suas famílias, a “consciência sanitária”, diferenciando da polícia sanitária vigente à época (FONSECA, MOROSINI e MENDONÇA, 2013).

O Programa de Aceleração do Crescimento foi criado em 2007 com o objetivo de retomar o planejamento e a execução de grandes obras de infraestrutura social, urbana, logística e energética do país. Acesso em 03/07/2015 <http://antigo.planejamento.gov.br/ministerio.asp?index=61&ler=s881>

O Programa Mais Saúde: Direito de Todos foi lançado em 2007 com objetivo de oferecer mais ações e serviços de saúde de qualidade para melhorar a qualidade de vida. Foram lançadas 86 metas e 208 ações de saúde. Acesso em 03/07/2015 <http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/pacsauade/>

⁵Fonseca, Morosini e Mendonça (2013) relatam que a primeira formalização de propostas para um sistema de saúde com base na APS ocorreu em 1920 por meio da publicação do Relatório Dawson, que descreveu um sistema de saúde hierarquizado em níveis, sendo a assistência curativa, junto com a preventiva coordenada por uma unidade de saúde local, atuando em território delimitado, com população definida e unidades de referência para o apoio às unidades de base. Essas ideias compuseram a reorganização da saúde do Estado de São Paulo em 1925.

A criação do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), que ocorreu na década de 1940, realizou ações curativas e preventivas direcionadas para as doenças infecciosas e carenciais. Já na década de 1970, surgiu o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (Piass) objetivando permitir à população excluída o acesso à saúde, com um conjunto de ações simplificadas e de baixa resolutividade. Na década de 1980, durante a crise do modelo médico-previdenciário, representado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica Social (Inamps), surgiram as Ações Integradas de Saúde (AIS), que buscavam o fortalecimento de um sistema unificado e descentralizado.

Ao final da década de 1970, no plano internacional, ocorreu a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde em Alma-Ata, realizada no Cazaquistão, pela Organização Mundial da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância, cujo relatório final “afirmava que, para o alcance, por todas as populações do mundo, de um nível aceitável de saúde, num futuro previsível, os cuidados primários em saúde seriam os principais meios” (SILVA, 2001). No relatório final, ressalta-se ter sido, de forma genérica, mencionado o termo agente de saúde, sendo eles considerados os praticantes da medicina tradicional, os profissionais de saúde, as pessoas da comunidade e os membros das famílias locais (CARNEIRO, 2013).

A conferência propunha a expansão da cobertura de atenção à saúde para o combate às desigualdades sociais entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, bem como defendia a necessidade de uma nova ordem internacional. A Atenção Primária à Saúde (APS) seria o instrumento fundamental para o alcance das metas propostas (MATTA e MOROSINI, 2009).

Segundo Fausto e Matta (2007), o modelo da APS vem sendo adotado por diversos países desde a década de 1960 com o propósito de ofertar maior e mais efetivo acesso aos serviços de saúde, com a reversão do enfoque curativo, individualista e hospitalar para um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático. Internacionalmente, a concepção adotada estava relacionada às ideias da medicina preventiva, repensando a prática médica e propondo uma abordagem do indivíduo integral, na fase inicial da doença e próximo ao ambiente sociocultural das pessoas, respaldando a intervenção de prevenção e controle do adoecimento. Ressalta-se que essa concepção depende do contexto

político e histórico e das ações dos diferentes níveis de governo para fortalecer as políticas de desenvolvimento econômico e social. Internacionalmente, também existiu a defesa da concepção de uma APS mais restritiva, voltada para problemas específicos de saúde da população pobre, com adoção de programas verticais e com medidas paliativas.

Sob o marco da Conferência de Alma-Ata, a APS tinha um forte componente educativo e preventivo, mas também de promoção e tratamento da saúde, configurando-se num primeiro ponto de uma rede de atenção. Fausto e Matta (2007) apontam que não havia consenso sobre a configuração da APS, e, na conjuntura posterior à Alma-Ata, prevaleceu internacionalmente uma concepção de atenção primária como um pacote seletivo.

Nesse contexto, marcado por crise econômica e início da reestruturação produtiva nos países centrais, desencadeou-se um processo de retração das políticas públicas, entre as quais, a de saúde pública, que afetará também, e em especial, os países periféricos a partir do final dos anos 1980 (CHINELLI, LACERDA e VIEIRA, 2011).

Cabe ressaltar, portanto, que, no âmbito da Reforma Sanitária brasileira, a atenção primária foi tratada no bojo da discussão sobre integralidade, e não simplesmente como vetor para ampliar a cobertura. Essa posição está implicada na adoção do termo Atenção Básica, tendo em vista diferenciar-se da concepção seletiva hegemônica no plano internacional (FAUSTO e MATTA, 2007).

Note-se que a Constituição de 1988 modificou a operacionalização do sistema de saúde brasileiro e desenvolveu um novo modelo de assistência pública no Brasil, com três características principais: criação de um sistema nacional de saúde, proposta de descentralização e novas formas de gestão consagradas como o Sistema Único de Saúde.

Em 1993, o Banco Mundial, em documento já mencionado, explicitou a preocupação com os compromissos assumidos na Constituição brasileira, chamados “idealistas”, apresentando indicativos para contornar os possíveis problemas no cenário brasileiro. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e o Programa Saúde da Família (PSF), implementados na perspectiva da atenção seletiva, representam a assimilação das orientações desse organismo internacional (Fonseca, Morosini e Mendonça, 2013).

Fausto e Matta (2007) relatam que o Banco Mundial, maior difusor das ideias de focalização e seletividade das ações do governo, defendia as “cestas básicas”, sugerindo um conjunto mínimo de serviços essenciais aos que não tivessem condições de pagar pelos gastos com a saúde. A cesta básica era composta de ações consideradas tecnologias simples e de alto impacto, como vacinação, pré-natal, ações de promoção e prevenção da saúde. As ações destinadas ao diagnóstico e terapia, que têm maior custo, deveriam ser contratadas com o setor privado.

Esse processo, entretanto, não se deu sem resistências: a APS seletiva foi criticada como uma política simplificada, “medicina pobre para os pobres”, uma estratégia de racionalidade econômica adotada pelo Estado. A crítica se baseava na compreensão da saúde como direito e do princípio da atenção integral inscritos no projeto do SUS (FAUSTO e MATTA, 2007).

No início da década de 1990, o país ainda não havia implementado as diretrizes do SUS, que apontavam para um sistema de saúde que atendesse às reais necessidades da população brasileira, com a garantia da cobertura adequada. A carência dessa cobertura estava associada à crise de financiamento do setor. Os resultados positivos do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), de acordo com essa lógica, criado em 1991, no que tange à diminuição da mortalidade materna e infantil, tornaram-se pauta política do Ministério da Saúde, o que viabilizou a proposta de ampliação de sua resolutividade, por meio da criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 (CORBO, MOROSINI e PONTES, 2007)

Com a finalidade de expandir esses programas, foi instituída, pelo Ministério da Saúde, a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB SUS 01/96), com o Piso da Atenção Básica (PAB), forma de incentivar os municípios a organizar a rede básica de saúde local, adotando o Pacs e o PSF, por meio do repasse aos municípios de um valor financeiro por intermédio do Fundo Municipal de Saúde. Após isso, vários instrumentos de gestão e financiamento foram utilizados a fim de promover a reorganização do modelo de atenção à saúde baseado na Estratégia Saúde da Família, reunindo os dois

programas, que passou a ser central para a Política Nacional de Atenção Básica⁶, instituída desde 2006 e renovada em 2012.

Sem negar sua importância na política de saúde, relevante observar que a implantação do Pacs e do PSF, em um país com realidades locais tão diferenciadas, vem provocando críticas. Algumas delas sinalizam para o caráter verticalizado e seletivo, em consonância com o Banco Mundial, conforme já indicado. Em outras, afirma-se a manutenção das propostas da medicina comunitária direcionada aos pobres. Em outros, ainda, destaca-se que o repasse prévio dos recursos financeiros limita a possibilidade de os municípios adotarem modelos de atenção mais condizentes com a realidade local (FAUSTO E MATTA, 2007).

Conforme Bornstein e Stotz (2008), a implementação do PSF não garante a mudança do modelo assistencial, podendo haver unidades médico centradas ou usuário centradas, dependendo das diversas formas de organização do trabalho e da relação entre profissionais e usuários. Matta e Morosini (2009) indicam o desafio da necessidade de articulação de estratégias de acesso aos outros níveis do sistema de saúde, garantindo o princípio da integralidade, ajustes permanentes das ações e serviços locais de saúde, com atendimento das necessidades dos usuários de forma ampliada e a superação das iniquidades entre as regiões do país.

Apesar de considerar as contradições existentes no processo de desenvolvimento da atenção primária, não é possível não levar em conta sua importância no cenário atual das políticas de saúde no Brasil e no mundo. Sobre essa questão Fonseca, Morosini e Mendonça (2013) lembram que a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) emitiu o documento *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas*, e, em 2008, a OMS publicou um informe técnico com a denominação *La atención primaria de salud: más necesaria que nunca*, sobre a saúde no mundo. Esses documentos retomam o debate em torno da APS no plano internacional, na qualidade de modelo organizador do sistema de saúde, e, segundo Fausto e Matta (2007), a OMS sugeriu o reavivamento dos princípios da Conferência de Alma-Ata.

⁶ Conforme a Portaria n. 648/2006, que consolida o Programa Saúde da Família como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica. Nesse programa, o agente comunitário de saúde está inserido com a atribuição de aproximar os serviços da comunidade atendida.

3 CAPÍTULO 2 AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: BREVE HISTÓRICO DA ORIGEM À REGULAÇÃO PROFISSIONAL DO TRABALHO

3.1 A ORIGEM DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Não são poucos os autores que analisaram o trabalho comunitário em saúde. Podem ser mencionados, dentre eles, os trabalhos de Morosini (2010), Fonseca (2012, 2013), Bornstein (2007) e David (2014), que tratam, além de outros aspectos, da origem dos agentes comunitários sob a proposta de um trabalho diferenciado, com ênfase na promoção da saúde e prevenção das doenças, intencionando reconfigurar as relações entre os profissionais da saúde e as camadas populares sem condições de contribuir para a previdência social e sem acesso aos serviços públicos de saúde (CHINELLII, LACERDA e VIEIRA, 2011).

Inicialmente, nas décadas 1970 e 1980, em pleno regime militar, os trabalhadores – em especial as mulheres – eram recrutados nas comunidades, muitos deles militantes políticos ou ligados a movimentos populares de saúde ou vinculados a instituições ou grupos religiosos, como a Pastoral da Criança ou às dioceses da Igreja Católica, que lutavam pela melhoria das condições de vida, contando com a participação de médicos sanitaristas, estudantes, religiosos, integrantes de partidos políticos clandestinos e representantes da população.

As ações comunitárias realizadas pelos serviços públicos estatais iniciaram-se com o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), criado em 1942, e se mantiveram com a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), fundada em 1960. Entre as atribuições do Sesp estavam o saneamento e o combate às endemias locais, como malária, desenvolvendo assim atividades de ampliação de cobertura, com assistência médica no campo da saúde pública (MOROSINI, CORBO e GUIMARÃES, 2007). Atuava com rigor também na formação dos trabalhadores, médicos, enfermeiras, engenheiros sanitários e profissionais intermediários, como as visitadoras sanitárias. Por meio da prestação desses serviços de saúde, o Sesp assumiu a educação sanitária e construiu um vínculo político com as populações do interior.

As visitadoras sanitárias, nesse contexto, eram recrutadas entre os moradores de uma área; porém, o trabalho era realizado em outra localidade. Elas recebiam capacitação baseada em conteúdos práticos, com duração de seis meses e em regime integral. Exigia-se, como escolaridade mínima, o ensino primário completo. A função

das visitadoras era levar instrução sanitária, baseada no conhecimento científico, distanciada do saber popular, provocando a aquisição de novos hábitos de higiene na população (FONSECA, MOROSINI e MENDONÇA, 2013).

Em 1963, foi realizada a 3ª Conferência Nacional de Saúde, ocasião em que a ideia do trabalhador recrutado na comunidade esteve presente. Nessa conferência, evidenciou-se a preocupação com o desenvolvimento econômico do país e a inadequação do sistema de saúde em relação ao contexto sanitário vigente. A participação dos diversos níveis de governo federal, estadual e municipal na saúde foi entendida como importante para a melhoria das condições sanitárias da população (FONSECA, MOROSINI e MENDONÇA, 2013).

Na década de 1970, em Recife, as organizações comunitárias ligadas aos Movimentos Eclesiais de Base (CEB) fortaleceram-se para discutir o tema saúde com o apoio da população. Acreditavam na possibilidade de a medicina comunitária ser o espaço para discussão das necessidades da comunidade, com a interação dos sujeitos, questionando as estruturas sociais e os poderes vigentes. No ano de 1979, ocorreu o I Encontro Nacional de Experiências de Medicina Comunitária (Enemec) em São Paulo, em que participaram agentes de saúde práticos da educação popular em saúde. Esse e os encontros seguintes favoreceram a reflexão crítica do modelo de atenção então vigente. O III Enemec, realizado em 1981, foi transformado em Movimento Popular de Saúde (Mops), significando um grande avanço no trabalho dos agentes na luta pela democratização da saúde no Brasil (DURÃO, MOROSINI E CARVALHO, 2011).

Durão, Morosini e Carvalho (2011) destacam uma importante liderança dos agentes comunitários de saúde – Teresa Ramos –, para quem, naquele momento, a questão saúde ganhou um significado ampliado, ultrapassou a perspectiva da ausência de dor, incorporando as condições de vida como determinantes. Deixa de ser apenas o movimento religioso, tornando-se ainda mais politizado, integrado por vários agentes dos movimentos culturais das comunidades.

No âmbito internacional, ocorreu, no ano de 1972, a III Reunião Especial de Ministros de Saúde da América Latina, ocasião em que houve a elaboração do II Plano Decenal de Saúde (II PND) para as Américas, que recomendou a todos os países o desenvolvimento das ações de extensão de cobertura dos serviços de saúde. No Brasil, essa foi uma proposta governamental produzida no período de 1975-1979, quando a assistência médica era ofertada de forma diferenciada à população brasileira, recebendo

a minoria assistência médica especializada e cara, enquanto a maior parte não era atendida sequer em suas necessidades básicas.

A partir do II PND, foram criados os Programas de Extensão de Cobertura (PECs), com metas para uma política social mais ampla, pautada na necessidade de superar a marginalidade social, econômica e cultural da população empobrecida. No país, destacaram-se os PECs: Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (Preps), criado em 1975 com o objetivo de preparar trabalhadores de nível técnico e elementar em larga escala para o processo de extensão de cobertura; Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass), criado em 1976 com a finalidade de implantar estruturas básicas de saúde nas comunidades de até 20 mil habitantes. Esses programas articulam ideias da medicina comunitária, como a integração de atividades preventivas e curativas, com vistas tanto para o indivíduo como para a coletividade, por meio do trabalho de equipes de saúde, utilizando tecnologias apropriadas e prevendo a participação da comunidade (CORBO, MOROSINI e PONTES, 2007).

Observa-se que o Piass apresentava elementos característicos da APS, como aproximação com a comunidade, desenvolvimento de ações de prevenção e assistência, bem como o recrutamento de um trabalhador contratado como auxiliar na própria comunidade. Cabe ressaltar que, no Brasil, as décadas de 1960 e 1970, foram marcadas pela ditadura militar, com suspensão dos direitos democráticos e da participação política, além do aumento do financiamento público do setor produtivo e do crescimento do capital internacional, favorecendo a lógica curativa, sustentada no modelo hospitalocêntrico com a concentração de equipamentos médico-hospitalares (FONSECA, MOROSINI E MENDONÇA, 2013).

Em conexão com a luta pela Reforma Sanitária, a VII CNS, realizada em março de 1980, trouxe como tema central a “Extensão das ações de saúde através de serviços básicos”. Ao longo do evento, foi promovido o debate em torno do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-saúde), cujo objetivo era expandir os serviços de saúde a toda a população brasileira, implantando uma rede básica de cobertura universal que priorizasse as populações rurais, pequenos centros e periferias das grandes cidades. Naquele momento, direcionou-se o foco para os problemas da saúde coletiva, na busca por privilegiar ações de caráter preventivo e generalista, bem como superar o alto grau de especialização (PEREIRA, 2002).

A questão da melhoria da qualidade da assistência, com ênfase no cuidado, evidenciou a necessidade da formação profissional para os trabalhadores de nível médio por meio do reforço de projetos, como o Projeto de Formação Profissional em Larga Escala⁷. Seu objetivo foi a formação profissional de trabalhadores de nível fundamental e médio inseridos nos serviços de saúde (CHINELLI, LACERDA E VIEIRA, 2011).

Nesse contexto, ainda prevalecia a concepção de que pessoal com baixa qualificação seria suficiente para atender aos grupos mais pobres da população, oferecendo ações e cuidados básicos. Contudo, na VII CNS surgiu a proposta de uma política para a formação de recursos humanos referentes aos serviços básicos de saúde, com o ensino profissionalizante para os níveis de 1º e 2º graus, formação, absorção e regulamentação dos profissionais de nível médio e elementar e a formação de pessoal auxiliar de saúde (agentes de saúde) procedente da comunidade, para assegurar a identificação e o comprometimento com a população (CHINELLI, LACERDA E VIEIRA, 2011).

Em meio ao processo de redemocratização do país, aumentou a crítica às condições de saúde da população e ao sistema de saúde vigente. Naquele momento, no auge do Movimento Sanitário, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986, sob o tema “Democracia e Saúde”. Para o Movimento Sanitário, essa conferência se constituiu em um de seus marcos mais importantes, uma vez que estabeleceu os princípios políticos e conceituais do processo de transformação do campo da saúde a serem defendidos na Constituinte de 1988. Sua importância também se deve à ampliação do conceito de saúde e à construção dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade e equidade, além dos pressupostos organizacionais: descentralização, municipalização e integração das ações; regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços; participação e controle social (CHINELLI, LACERDA E VIEIRA, 2011).

Desde 1982, muitos agentes de saúde já haviam se desligado do movimento popular para fundar a Associação Nacional de Agentes de Saúde (Anas), que reuniu todos os agentes das pastorais, de qualquer vínculo religioso. Assim, quando da realização da 8ª CNS, a Anas encaminhou um documento ao evento, na tentativa de incorporação com remuneração dos agentes pelo nível local do sistema de saúde

⁷ “O maior objetivo era a qualificação e habilitação por via supletiva, com avaliação no processo, de trabalhadores já inseridos ou em processo de admissão nos serviços de saúde” (PEREIRA e RAMOS, 2006).

(VIEIRA, 2011). Conforme Fonseca, Morosini e Mendença (2013), o relatório final do evento incorporou essa reivindicação e recomendou que o trabalho fosse direcionado para educação, saúde e cuidados primários, sob a coordenação do nível local.

Essas mesmas autoras relatam, em artigo de 2007, que, em 1987, o Estado do Ceará iniciou a experiência inédita de trabalhar com os agentes comunitários de saúde em ampla escala, na situação de um plano emergencial para seca, que passou a se constituir também em um programa de promoção da saúde, empregando as pessoas das regiões atingidas. Tal experiência, que se estendeu até 1990, é destacada por Carneiro (2013) pela amplitude do projeto, recrutando mais de 6.000 pessoas, sendo 95 % mulheres, para trabalhar em 118 municípios do sertão após treinamento simplificado de dois meses, com a missão de promover cuidados de atenção à saúde materno-infantil, sob a supervisão municipal.

A institucionalização dos agentes de saúde ocorreu em 1991, com a criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Pnacs) pelo Ministério da Saúde, passando a denominar-se Programa de Agentes Comunitário de Saúde (Pacs) em 1992. Segundo o MS, o Pacs é uma estratégia importante para a consolidação do Sistema Único de Saúde, visto que intenciona reorganizar a assistência ambulatorial e domiciliar, integrar as ações entre os diversos profissionais de saúde que compõem a equipe, representando, assim, a ligação da comunidade com a unidade de saúde (BRASIL, 2001). Em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) que, do mesmo modo que o Pacs⁸, trabalhava na lógica da Atenção Primária de caráter seletivo, pois ofertava um conjunto de ações de forma restrita e de baixo custo, contrariando as diretrizes derivadas da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CHINELLI, LACERDA e VIEIRA, 2011).

Inicialmente, esses programas estiveram vinculados à Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e, em 1995, foram transferidos para Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Em 1999, eles passaram para a Coordenação da Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), no mesmo ano em que o Ministério da Saúde definiu as atribuições do ACS, por meio do Decreto 3.189/1999, estabelecendo como atividades dos ACS as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, com caráter educativo no âmbito individual e coletivo (BORNSTEIN e STOTZ, 2008).

⁸Os resultados positivos alcançados pelos municípios que adotaram o Pacs, principalmente em relação à mortalidade infantil, à cobertura vacinal e ao aleitamento materno exclusivo até o quarto mês de vida, contribuíram para a consolidação do Pacs e implantação do PSF (CORBO, MOROSINI e PONTES, 2007)

Atualmente, o Pacs e o PSF integram a Estratégia Saúde da Família, promovendo continuidade à proposta de extensão da cobertura e ampliando o objetivo de reorganização do modelo de atenção, no qual o ACS mantém seu caráter estratégico. No entanto, conforme Morosini (2010, p.39), “o agente comunitário de saúde acumula em sua trajetória, desde a criação da função, uma história marcada pela precarização de vínculos e pelo aligeiramento de sua formação”. A autora destaca a atuação do enfermeiro como supervisor e sua participação na função de principal formador dos ACS.

Toma-se como marco da reformulação dos programas em estratégia o ano de 1996, quando o governo federal mudou a forma de financiamento dos municípios, principalmente por meio da criação do Piso Nacional de Atenção Básica variável, valendo-se da NOB 96. Contudo, apenas em 19 de fevereiro de 1998, a Portaria n. 157 estabeleceu as normas de repasse dos incentivos financeiros aos municípios que implantaram o Pacs e o PSF. Essa portaria estabeleceu valor específico para cada equipe de PSF implantada, com repasse fundo a fundo, em função do Piso da Atenção Básica (PAB) fixo por município (MOROSINI, 2007).

A história que se segue foi marcada por disputas, avanços e recuos em relação à concepção ampliada de saúde e aos princípios de universalidade e integralidade da atenção, refletindo-se, de alguma maneira, nas questões que marcam as formas de vinculação ao trabalho e a formação dos ACS (MOROSINI, 2010; VIEIRA, DURÃO e LOPES, 2011)

3.2 A LUTA DOS ACS PELA PROFISSIONALIZAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO DO TRABALHO

Os ACS se destacaram em uma conjuntura política na qual se iniciou o desmonte dos direitos trabalhistas garantidos pela Constituição de 1988, e as políticas neoliberais começaram a ganhar força no país. Nesse contexto, travava-se a luta pelo reconhecimento do seu trabalho e a garantia dos seus direitos, o que resultou, no ano de 1992, na criação das Federações da categoria em vários estados, para, no ano de 1994, fundarem a Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (Conacs).

Cabe destacar algumas vitórias da Conacs, como a Lei 10.507/2002, que criou a profissão de agente comunitário de saúde e estabeleceu o ensino fundamental como critério de escolaridade para o trabalho. Morosini (2010) chama a atenção para o fato de essa lei ter sido precedida por sete projetos de lei que tramitaram no legislativo nacional

antes da sua aprovação, demonstrando a dificuldade e as resistências enfrentadas pela categoria.

Nos anos seguintes, essa luta levou o Ministério da Saúde, pressionado pelos trabalhadores, a dedicar-se à formulação de uma proposta de formação e regularização do trabalho para a categoria em questão. Naquele momento, o Ministério Público do Trabalho atuou também questionando as formas de seleção e contratação desses trabalhadores e exigiu providências dos gestores da saúde. Essas questões tornaram-se pauta da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e foram tratadas simultaneamente pelos dois departamentos que a integram: Departamento de Gestão da Regulação e do Trabalho na Saúde (Degerts) e Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges). O primeiro tratou dos problemas referentes ao trabalho, e o segundo das questões relacionadas à formação dos ACS (MOROSINI, 2010).

Assim, a criação da SGTES, no ano de 2003, é considerada um marco importante para a efetiva institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. Pela primeira vez, na instância federal, foi criado um espaço específico para elaborar políticas direcionadas à gestão do trabalho e educação na saúde, sendo as relações de trabalho dos ACS um dos primeiros objetos de formulação de política pela SGTES (CHINELLI et al, 2011; MOROSINI, 2010) .

No campo do trabalho, o poder legislativo propôs e aprovou a Emenda Constitucional n. 51, de 14 de fevereiro de 2006, possibilitando a admissão dos ACS e dos agentes de endemias por meio de processo seletivo público, o que foi regulamentado pela Medida Provisória n. 297, de 9 de junho de 2006. Ainda em 2006, a Medida Provisória 297 foi substituída pela Lei 11.350, que passou a regular o exercício profissional dos ACS, substituindo a Lei 10.507, então revogada.

Chinelli, Lacerda e Vieira (2011, p. 48) relatam que a II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, ocorrida em 1993, apontou, entre outras propostas referentes à formação dos trabalhadores de nível técnico no SUS, a necessidade de “agilizar a profissionalização de agentes comunitários de saúde (ACSs), agentes de saúde escolar e visitantes sanitários para a habilitação de auxiliar de enfermagem, priorizando a formação em serviço”.

O trabalho do ACS ocupa espaço estratégico nas políticas públicas de saúde no Brasil, pois vem aumentando sua atuação na atenção à saúde quantitativa e qualitativamente. A prática da contratação temporária sem os direitos trabalhistas e o trabalho terceirizado mal remunerado apoiam-se no argumento da Lei de

Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000), que estabelece limites para os gastos públicos com pessoal.

Destaca-se a relevância da atuação do Ministério Público do Trabalho na luta contra a precarização dos ACS, visto que, conforme aponta Morosini (2010 p.55),

“Entendendo que os ACS são trabalhadores de caráter finalístico e essencial para o funcionamento do SUS, o MPT propugnava que estes trabalhadores deveriam ter a condição de servidores públicos. Destarte, este ministério passou a defender a seleção desses trabalhadores mediante a realização de concurso público, que era, então, a única forma de ingresso em cargo ou emprego público no Brasil (com exceção das nomeações por meio de gratificação), conforme o inciso II do artigo 37 da Constituição Federal. A posição do MPT visava tanto a regularizar o vínculo desses trabalhadores quanto a garantir a transparência e o caráter público do processo de ingresso dos ACS no SUS.”

Note-se que a exigência de o ACS ser de origem comunitária acaba por provocar divergências quanto ao reconhecimento da atividade como profissão de saúde, ocasionando debates em torno da inserção efetiva como servidor do SUS, dificultando a construção de sua identidade profissional. De qualquer modo, na opinião de Lopes, Durão e Carvalho (2011 p. 180), mesmo que os vínculos de trabalho e sua formação profissional ocorram com frequência de forma precária e enfrentem cotidianamente dilemas que se originam na contradição entre ser um membro da comunidade e ter de executar tarefas prescritas,

“a política de saúde institui o campo de atuação de um trabalhador e configura uma demanda por determinado serviço, que gradualmente ganha legitimação social” (...). Além disso, ainda que tenha acesso quase sempre apenas a pequenos cursos fragmentados, o ACS constrói, mediante a sua prática, um saber, uma expertise que o orienta no cotidiano do trabalho e que subjaz à sua resposta tanto às demandas das diretrizes das políticas públicas quanto às da equipe e dos usuários”.

Cabe ressaltar que o papel mediador desempenhado pelos ACS e sua contribuição para o fortalecimento das reivindicações populares é observado pelos gestores, que os consideram ora representantes do governo, ora facilitadores da cidadania e, ainda, no que se refere ao serviço, ora articulador, visando à solução de problemas, ora tensionador das reivindicações populares (Queirós, 2012). Essas percepções remetem a um papel que nem sempre tem uma definição clara, sendo

utilizados os termos “elo”, “ponte” para esclarecê-lo (MOTA E DAVID, 2010; MOROSINI, 2010; CARNEIRO, 2013 e BORNSTEIN, 2007).

3.3 O PSF NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

A implementação do Programa Saúde da Família (PSF) ocorreu de forma variada em todo o território brasileiro. No caso do município do Rio de Janeiro, enquanto o estado foi adotando o PSF ou o PACS, este município demorou a instituir a Estratégia Saúde da Família como política para a atenção básica, encontrando-se atualmente em intenso processo de consolidação e expansão. Um dos desafios para essa metrópole é a heterogeneidade das condições econômicas e sociais e os problemas de segurança e ordem pública que interferem no acesso ao serviço de saúde (MOTA E DAVID, 2010).

No ano de 2002, o Ministério da Saúde criou o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf)⁹, apoiado pelo Banco Mundial (BM), viabilizando a implantação e consolidação da Estratégia Saúde da Família em municípios com população superior a 100 mil habitantes. O programa foi estruturado em três componentes técnicos: Apoio à Conversão do Modelo de Atenção Básica de Saúde, Desenvolvimento de Recursos Humanos e Monitoramento e Avaliação.

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro elaborou em 2003 o Projeto de Expansão da Saúde da Família de acordo com as diretrizes do Proesf. As ações e investimentos propostos foram implementados seguindo dois critérios para a determinação de áreas de risco: utilizou-se o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de cada bairro do município e a população que vive em favelas (INSTITUTO PEREIRA PASSOS, 2003; MOTA E DAVID, 2010). Esse mesmo documento destaca que, desde 1993, a saúde trabalha do município carioca com dez áreas programáticas (AP), possuindo cada uma a Coordenação de Área de Planejamento (CAP) que gerencia as ações de saúde em nível local. Ressalta-se a disparidade de recursos entre as áreas programáticas. As desigualdades encontravam-se, à época, na distribuição dos serviços

⁹ O Proesf foi planejado para ser desenvolvido em duas fases, sendo o acordo de empréstimo com o BIRD firmados separadamente e condicionados ao cumprimento de metas e indicadores que estabelecem condições para as fases subsequentes. A fase I ocorreu de 2002 a 2007, e a fase II de 2009 a 2013, com o encerramento do projeto em 30 de março de 2013.

hospitalar e ambulatorial, chamando a atenção para a concentração de consultórios e leitos hospitalares na AP 1.0, a escassez de consultórios nas A.Ps 3.3, 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 (INSTITUTO PEREIRA PASSOS, 2003; CAZELLI, 2003).

A evolução do PSF no município do Rio de Janeiro foi contextualizada por Cazelli (2003) ao apontar a desigualdade e perversidade do sistema de saúde brasileiro, principalmente quanto ao acesso. O estudo relata que, no ano de 1998, os serviços de saúde eram mal distribuídos e, muitas vezes, pouco resolutivos. A prática sanitária enfatizava a assistência médica, centrada em hospitais (hospitalocêntrica) e tecnicista, para tratar das doenças. A falta de acesso e a não equidade do sistema de saúde ocasionou a super lotação das emergências dos grandes hospitais, baixa resolutividade ambulatorial e falta das ações de promoção e proteção à saúde.

A concentração dos serviços em determinadas áreas, como centro e zona sul, gerou os grandes vazios assistenciais, característica explicada pela história da cidade – capital federal até 1960, que, em 1974, após a fusão com o Estado do Rio de Janeiro, passou a ser a capital da nova unidade federada (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2009).

A organização e gestão do sistema local de saúde foram iniciadas quando o município do Rio de Janeiro assumiu a Gestão Plena da Secretaria Municipal de Saúde em 3 de fevereiro de 1994, dando início a uma rede descentralizada e com direção única na cidade. O município é o principal polo de alta complexidade no Estado, sendo a única referência para procedimentos de alta complexidade, com a proposta de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da assistência à saúde, aumentar a cobertura da atenção básica, adequar à rede de referência, melhorar a atenção hospitalar e implantar sistemas de regulação (INSTITUTO PEREIRA PASSOS, 2003).

Conforme já mencionado, o PSF, instituído no ano de 1994 pelo Ministério da saúde para reorganizar a assistência à saúde, com foco na Atenção Primária em Saúde (APS), foi considerado uma ampliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e implantado, inicialmente, em áreas de maior vulnerabilidade social, fato que, conferiu não de maneira formal, características de um programa seletivo (FAUSTO e MATTA, 2007).

O Programa Saúde da Família teve início no município do Rio de Janeiro em 1995, articulado à rede de saúde municipal por meio de unidades de referência, como os Postos de Saúde e os Centros Municipais de Saúde. O primeiro projeto implementado do PSF no RJ ocorreu na Ilha de Paquetá em 1995, expandido em 1999 para as

comunidades do Borel (Tijuca), Parque Royal (Ilha do Governador), Canal do Anil (Jacarepaguá), Vila Canoas (São Conrado) e Vilar Carioca (Campo Grande). (CAZELLI, 2003).

No ano 2000, o avanço da implementação foi menor, e as comunidades que receberam o PSF: Antares (Santa Cruz), Parque João Goulart e Mandela de Pedra (Manguinhos) e Curicica (Jacarepaguá). Ao mesmo tempo, instaladas equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) no Complexo da Mangueira (Mangueira), Complexo de São Carlos (Estácio/Catumbi/Rio Comprido), Complexo do Turano (Tijuca), Tijuquinha (Alto da Boa Vista), Vila Vintém (Padre Miguel), D. Jaime Câmara (Realengo), Parques João Wesley, Esperança, Woodrow e Pimentel (Campo Grande) (CAZELLI, 2003).

Segundo Cazelli (2003), a partir de 2001, a Coordenação de Saúde das Comunidades da Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro continuou a introduzir poucas Equipes Saúde da Família (ESF), com a absorção, em 2001, da equipe do PSF Portus (Costa Barros), que já existia e era subvencionada pela Instituição Médicos Sem Fronteiras; com a ampliação de algumas equipes em módulos já existentes – o caso de Vilar Carioca, que, em 2001/2002, adicionou mais duas equipes, totalizando cinco ESF em atividade (Campo Grande); e o caso do PSF Lapa, iniciado em 2002 pela parceria com a Universidade Estácio de Sá (Centro, Lapa, Ap 1.0).

No ano de 2001, o PSF teve uma perda de equipe na transformação do PSF Paquetá (Ilha de Paquetá, Ap 1.0), projeto piloto dos PSF na cidade do Rio de Janeiro, em Pacs. Já o Pacs recebeu aumento mais intenso, pois, além de Paquetá, foram iniciados, em 2001, os Pacs: Caricó (Zona Norte, Penha, Ap 3.1), Colégio 2 (Zona Norte, Vila São Jorge, Ap 3.3), Costa Barros (Zona Norte, Fazenda Botafogo, Ap 3.3) e Manguariba (Zona Oeste, Manguariba, Ap 5.3) (CAZELLI, 2003).

À época, a estrutura do Programa Saúde da Família foi da seguinte forma caracterizada no município do Rio de Janeiro:

Situação atual	Situação desejada	Especificação das ações
<p>- Número de equipes existentes: 23</p> <p>-Equipes de Saúde Bucal: 07</p> <p>-Cobertura populacional: 110.400 habs.</p> <p>-Composição das equipes: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde para 750 a 1000 famílias</p> <p>- Composição de equipes de saúde bucal: 1 cirurgião-dentista, 1 técnico de higiene dental e 1 auxiliar de consultório dentário para 2 equipes de PSF</p> <p>- Cada área de planejamento (AP) da saúde que possui equipes de PSF tem um supervisor responsável pelo gerenciamento dessas atividades</p>	<p>Número de equipes necessárias: 450</p> <p>- Equipes de saúde bucal: 225</p> <p>-Cobertura populacional: 1.800.000 habs.</p> <p>- Composição das equipes: 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem, 6 agentes comunitários</p> <p>- Composição das equipes de supervisão: 1 supervisor operacional por AP, 1 grupo de apoio técnico (GAT) para cada 15 equipes de saúde da família, composto de 1 pediatra, 1 clínico-geral, 1 gineco-obstetra, 1 sanitarista, 1 enfermeiro, 1 odontólogo, 1 nutricionista, 1 profissional de saúde mental, 1 assistente social, terapeuta-ocupacional, 1 fisioterapeuta, 1 fonoaudiólogo</p>	<p>- dezembro de 2003: ampliação da cobertura nas áreas onde já existe o programa, de forma a incluir 56.000 habs. e criação de novas unidades em áreas ainda não cobertas, de forma a abranger mais 550.106 habitantes.</p> <p>Tal expansão corresponderá 32,5 % do total de cobertura a ser alcançado.</p> <p>A partir de 2004, atingiremos os seguintes percentuais de cobertura baseados no índice de desenvolvimento humano (IDH)</p> <p>- dezembro de 2004: 661.926 habitantes (35,5 % do total a ser coberto).</p> <p>- dezembro de 2005: 280.000 habitantes (15 % do total a ser coberto).</p> <p>- dezembro de 2006: 130.000 habitantes (7 % do total a ser coberto).</p> <p>- dezembro de 2007: 77.000 habitantes (4,1 % do total a ser coberto).</p> <p>Total: 1.865.432 habitantes</p>

Adaptado de quadro original publicado em: INSTITUTO PEREIRA PASSOS, 2003.

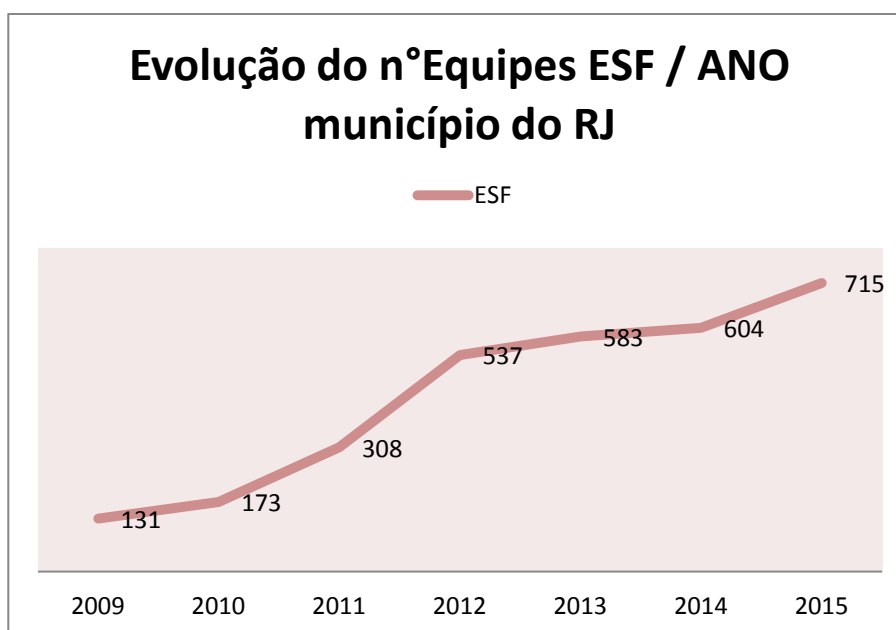
Fonseca (2013) relata a difícil tarefa da descrição quantitativa das unidades básicas de saúde na história do município do Rio de Janeiro. Os dados recuperados demonstram que, em 1999, existiam 70 unidades básicas, 20 Centros Municipais de Saúde, 29 Postos de Saúde, 21 Unidades Auxiliares de Cuidados Primários (UACPS) e Unidades Municipais de Atendimento Médico Primário (Umamp). Os postos de saúde não contavam com os profissionais de nível superior, enquanto as UACPS e Umamp realizavam o pronto atendimento de cunho curativo em clínica médica e pediatria, contando com profissionais de nível superior.

A expansão da APS ocorreu de forma significativa no município do Rio de Janeiro a partir de 2009, quando a gestão municipal realizou as mudanças na rede de atenção e na estrutura da gestão local, cumprindo, portanto, o compromisso de campanha eleitoral, reformulando o sistema de saúde local. Em entrevista, o então subsecretário de Atenção Primária em Saúde, Promoção e Vigilância em Saúde, Daniel Soranz (2009-2012/2013-2014), informou que a cidade do Rio de Janeiro possuía até 2008 o maior gasto *per capita* em saúde, apresentando desempenho bastante precário (CARNEIRO, 2013).

O Plano Municipal de Saúde (2009, p.112) apresenta a política proposta para 2010/2013 para o município do Rio de Janeiro e teve como diretriz estratégica:

- Ampliar a cobertura assistencial dos programas de atenção básica a partir de uma nova Estratégia de Saúde da Família e da garantia do acesso à atenção primária;
- Modernizar a gestão e melhorar a infraestrutura da rede municipal de saúde visando à otimização dos gastos públicos na área de saúde.

Junto à reforma administrativa implementada pela SMSDC-RJ, houve aumento orçamentário para os serviços da saúde, quadruplicou-se o orçamento da Secretaria Municipal de Saúde. A redistribuição interna entre as subsecretarias gerou aumento para todas as áreas. Contudo, o aumento para a atenção primária em saúde foi maior, contrariando a prática de privilegiar a área hospitalar.



Fonte: DATASUS, MS (2015)

Menezes (2011 p.42) relata que, a partir de 2009, a política de saúde dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (Teias)¹⁰ foi a estratégia adotada pelo município do Rio de Janeiro para reorganizar o sistema de saúde local, garantindo o apoio financeiro do programa de investimento do governo federal, chamado “Mais saúde”, a fim de ampliar, reestruturar e modernizar os equipamentos de saúde e tecnológicos. Os eixos norteadores da política de saúde da SMSDC-RJ foram

ampliação do acesso da atenção básica através da ESF; hierarquização da rede em níveis de complexidade para garantir a integralidade da assistência e na otimização dos equipamentos hospitalares na perspectiva da redução dos custos e no aumento da eficácia/eficiência das ações por meio da formulação e execução dos TEIAS.

Carneiro (2013) apresenta os desafios da gestão da SMSDC para reorganizar o sistema de saúde local seguindo as diretrizes da Política Nacional de Saúde¹¹: 1) desigualdade e iniquidades sociais; 2) desequilíbrio orçamentário entre a rede hospitalar e a APS; 3) baixa cobertura territorial da APS; 4) dificuldade da operacionalização e execução da expansão da APS; 5) necessidade de criar estratégias de organização e avaliação do processo de trabalho das unidades e equipes de saúde para obter melhores resultados em saúde; 6) pouca qualificação dos profissionais para atuar na rede da APS.

Para executar, operacionalizar e apoiar as ações e serviços da APS, a SMSDC-RJ optou pela contratação das organizações sociais, seguindo as diretrizes e argumentos do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado. Os gestores da Secretaria de Saúde justificaram que a opção deveu-se à “burocracia e a morosidade do setor público em contratar e demitir profissionais, a competição salarial com o setor privado e as vantagens desse modelo, quando comparado aos anteriores (ONGs, cooperativas e associações de moradores)” (CARNEIRO E MARTINS, 2015 p.52).

Carneiro e Martins (2015) afirmam que o projeto de Lei n. 02/2009, de autoria do então prefeito da cidade do Rio de Janeiro – Eduardo da Costa Paes (2009-2012/2013...) –, que dispôs sobre a qualificação de entidades como as OSs, teve resistências de conselhos, movimentos organizados de trabalhadores e do Conselho

¹⁰ Teias é uma estratégia política organizacional para a construção de uma rede de atenção à saúde integral, hierarquizada e equânime.

¹¹ O documento Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) teve a primeira edição em 28 de março por meio da Portaria n. 648/GM, estabelecendo as diretrizes e normas para a reorganização da Atenção Básica e definiu o Programa Saúde da Família como a estratégia prioritária para todo o território nacional. O Ministério da Saúde revisa a Pnab e edita a Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. A nova Pnab, assim conhecida, atualiza conceitos e integra as equipes de Nasf (Núcleos de Apoio à Saúde da Família), as equipes de Saúde da Família ribeirinhas, o Programa Saúde na Escola e as mudanças na carga horária do profissional médico, alterando a composição das equipes. (BRASIL, 2006 e BRASIL, 2011)

Municipal de Saúde. Contudo, as OS foram qualificadas pela Lei 5.026/2009 e regulamentadas, posteriormente, pelo Decreto 30.780/09.

Em relação à gestão do trabalho em saúde, as mesmas autoras relatam que a SMSDC-RJ transferiu para as OSs a responsabilidade de selecionar, contratar e demitir os profissionais das equipes, além de contratualizar¹² os serviços das equipes de saúde, causando mudanças no processo de trabalho das equipes e dos profissionais. Em 2011, a secretaria publicou a Carteira de Serviços – documento relacionando os serviços prestados nas unidades básicas de saúde e o perfil de atendimento das unidades com a classificação quanto aos modelos de atenção, com destaque para as Clínicas da Família que seguem o padrão “Saúde Presente”¹³, além da classificação das unidades da APS:

- Unidade Tipo A – Todo o território é acompanhado pelas equipes da ESF;
- Unidade Tipo B – Unidades mistas, onde parte do território é acompanhada pela ESF;
- Unidade Tipo C – Unidades sem acompanhamento das equipes da ESF, mas com a referência definida.

Ressalta-se a opinião de Fonseca (2013) de que a inserção do agente comunitário de saúde conferiu identidade ao modelo adotado, pois trata-se de um elemento distintivo de outras formas de APS.

3.4 O TRABALHO DO ACS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Os agentes comunitários de saúde integram a equipe da Estratégia Saúde da Família, composta de médico, enfermeiro, técnicos e auxiliares da enfermagem, equipe de saúde bucal e os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), conforme a Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a nova Política de Atenção Básica. As atribuições do ACS descritas são: trabalho com território definido; cadastro das famílias e indivíduos; orientação das famílias quanto aos serviços disponíveis; realização de atividades programadas e de atenção às demandas

¹² O município do Rio de Janeiro determina a parceria do serviço público com o setor privado por meio de um documento, o Contrato de Gestão, com a finalidade de estabelecer uma administração baseada em resultados, definindo as metas a serem alcançadas. O Contrato de Gestão com as OS, estabelece entre as partes, a regulamentação do desenvolvimento e execução das ações e serviços de saúde das equipes da Estratégia Saúde da Família. (Lei Municipal n° 5026, de 19 de maio de 2009)

¹³ O Programa Saúde Presente foi lançado em maio de 2009 com o objetivo de “expandir os serviços de saúde para toda a população do Rio de Janeiro, o programa tem como conceito a territorialização da cidade.”

espontâneas; desenvolvimento de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos e vigilância em saúde, devendo estar em contato permanente com as famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família ou qualquer outro tipo de programa de transferência de renda, implantado pelo governo federal, estadual ou municipal.

De acordo com a avaliação realizada por Carneiro (2013), a nova Pnab modificou as atribuições dos ACS, antes relacionadas às ações de educação em saúde e saúde materno-infantil, passando a permitir as ações de saúde no interior das unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às suas funções. Seu estudo objetivou identificar a natureza do trabalho do ACS no Rio de Janeiro, sendo percebido no relato da entrevista de um representante do sindicato como uma aproximação com a concepção da educação popular em saúde.

Em relação à inserção de práticas assistenciais que se aproximam do trabalho da enfermagem, existem divergências entre os trabalhadores e gestores. Para o gestor, trata-se de tornar o ACS mais resolutivo; já para o trabalhador configura desvio de função. Quanto à dimensão de elo entre a comunidade e os serviços de saúde, significa vínculo com as famílias do território, sentimento de pertencimento e identidade cultural com a população atendida, além de referir-se ao caráter intersetorial de seu trabalho que conecta as instituições que atuam no território. Contudo, para o ACS entrevistado por Carneiro (2013), o elo com a comunidade significa trabalho polivalente, pois, além das atribuições relativas à saúde, realiza tarefas de cunho administrativo. A dimensão do vínculo apareceu como a oportunidade de garantir o acesso aos serviços de saúde.

Carneiro (2013) chama a atenção para a naturalização do termo solidariedade na entrevista que realizou com um gestor, sendo posta como responsabilidade do ACS amortecer os problemas oriundos das desigualdades sociais. O entrevistado por Carneiro acrescenta o acolhimento realizado na recepção das unidades, uma singularidade do município do RJ. O ACS é responsável por receber o usuário, cadastrá-lo e encaminhá-lo para o atendimento, o que configura ritmo intenso de trabalho, que, relacionado à falta de limites claros quanto à carga horária de atividade e espaços para sua realização, implicam um processo de precarização do trabalho.

Fonseca (2013), instigada pela declaração de um ACS que relatou não considerar o trabalho que realiza pesado, contrariando a perspectiva de que as atividades que desempenha são caracterizadas por forte intensidade, propõe analisar o deslocamento do discurso de trabalho “pesado” para “razoável”. A observação feita pela autora das atividades deste trabalhador mostrou que a redução da intensidade estava

relacionada ao trabalho parcelado, entendido na forma de que cada trabalhador é responsável por uma atividade. Ou ainda, as atividades da rotina de trabalho dos ACS entendidas separadamente: acolhimento¹⁴, posso ajudar¹⁵, visita domiciliar¹⁶, registrar os dados no prontuário eletrônico¹⁷(Vitacare), conduzir ou participar de grupos e coletar os dados do programa Bolsa Família¹⁸.

O acolhimento é apontado por Fonseca (2013) como espaço de situação bifurcada, ou seja, espaço comum que é a identificação e a interação com o usuário e suas necessidades, com duas direções: a primeira consiste em dar uma boa resposta à demanda da população, fortalecendo a adesão às práticas de saúde. A segunda é o oposto, a impossibilidade de realizar o acolhimento, fragilizando a adesão. Ressalta-se que o ACS, como profissional que desempenha atividades de cuidado, tenta buscar o equilíbrio improvável entre a tentativa de explicar as dificuldades do sistema em efetivar o acolhimento e, ao mesmo tempo, ser solidário ao usuário que, em breve, estará frente a ele em outras situações. Outra situação de tensão para o ACS no acolhimento é quando tem de decidir que se trata de um caso para agendamento de consulta ou o atendimento deve ser imediato.

A visita domiciliar é a atividade que mais representa e reafirma o trabalho do ACS. Fonseca (2013 p. 128) cita Tereza Ramos, agente comunitária em Recife desde 1978 e liderança no movimento organizado de ACS, que declara: “A visita domiciliar é a síntese do trabalho do ACS”. Essa atividade pode ser subdividida em categorias, norteadas pelos seguintes objetivos: realizar a busca ativa, cadastrar as famílias e o acompanhamento da enfermagem, médico dentista e outros profissionais. Nessas visitas, a sensibilidade do ACS possibilita o levantamento de informações, cria um espaço de aceitação e apresenta os serviços da unidade de saúde.

O trabalho do ACS é reconhecidamente exercido, sobretudo, por mulheres não só no município do Rio de Janeiro. De fato, as mulheres são, via de regra, socializadas para o cuidado em geral. No entanto, o que parece atraí-las, além da necessidade de obter um emprego, é o fato de trabalhar próxima à sua residência, o que permite cuidar da casa, dos filhos, ainda mais quando se encontram em situação escolar, e a

¹⁴ Acolhimento - Os agentes comunitários realizam o atendimento na recepção da unidade de saúde

¹⁵ Posso ajudar – O agente comunitário ajuda no fluxo da unidade e oferece ajuda para os esclarecimentos

¹⁶ Visita domiciliar - O agente comunitário deve acompanhar todas as famílias e indivíduos de seu território de abrangência, mantendo a média de uma visita por mês/família.

¹⁷ Registrar os dados no prontuário eletrônico – O agente comunitário realiza o cadastro das pessoas de sua microárea e atualiza as informações no prontuário eletrônico.

¹⁸ Programa Bolsa Família - O agente comunitário de saúde acompanha as condicionalidades do PBF, que um programa de transferência de renda do governo federal.

possibilidade de exercerem outra atividade remunerada, via de regra de caráter informal. (MOTA E DAVID, 2010).

4 CAPÍTULO 3 A FORMAÇÃO TÉCNICA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA EPSJV/FIOCRUZ

4.1 RETOMANDO A HISTÓRIA DA FORMAÇÃO TÉCNICA DOS ACS

Na década de 1980, iniciou-se, no campo da saúde, a formação profissional dos trabalhadores dos níveis auxiliar e técnico, por meio das Secretarias Estaduais de Saúde, com a criação dos Centros de Desenvolvimento de Recursos Humanos, os quais permitiram a implantação do Programa de Formação de Pessoal em Larga Escala, instalação das Escolas Técnicas de Saúde do Sistema Único de Saúde (ETSUS) e os Centros de Formação de Recursos Humanos em Saúde (Cefors) (CHINELLI, LACERDA E VIEIRA, 2011).

A I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, realizada em 1986, foi outro marco importante para as questões que se referem às relações de trabalho e à formação profissional dos trabalhadores da saúde. A Conferência Nacional de Saúde, que teve lugar no mesmo ano, definiu como competência do SUS organizar a formação dos trabalhadores da saúde. Porém, somente após dois anos da promulgação da atual Constituição Federal, a Lei Orgânica da Saúde n. 8.080 foi publicada, indicando, em seu artigo 6º, parágrafo 3º, que a formação na área de saúde está incluída no campo de atuação do SUS.

Entretanto, pouco se observou no que se refere à formação dos trabalhadores de nível médio e fundamental na área da saúde. Somente no início dos anos 2000, foi desenvolvido um projeto de grande porte objetivando à profissionalização dos trabalhadores de enfermagem – o Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), que ofereceu a formação dos auxiliares de enfermagem e a complementação do técnico, assim como a suplementação da escolaridade. Além da enfermagem, também contemplada a área de vigilância com o Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar), mas sem perspectiva profissionalizante. Denota-se que o avanço no campo da formação profissional ainda mantinha-se muito limitado.

No que se refere aos ACS, cabe destacar que sua prática profissional estava oficialmente configurada desde 1997, com a publicação da Portaria Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde (GM/MS) n. 1.886/97, que estabeleceu suas atribuições, e do Decreto Federal n. 3.189/99, que fixou as diretrizes para o exercício das atividades desses trabalhadores. Entretanto, segundo Morosini (2010), na década de 1990, não se instituiu uma formação para os ACS adequada à centralidade de seu papel na Estratégia Saúde da Família.

Historicamente, as questões relativas à formação do ACS expressam os interesses que disputam a configuração da política de atenção básica à saúde. Morosini (2010) relata que as várias maneiras de conceber e fazer as diretrizes da formação desse trabalhador remetem-se a diferentes projetos de saúde, educação e trabalho. A autora considera que tais disputas precisam ser compreendidas em relação à forma como essa função se instituiu no SUS, destacando que ela nasceu nas brechas deixadas pelas políticas públicas, que caracterizam um contexto de contradições para o trabalho dos ACS.

Importante ressaltar que o Pacs teve sua origem vinculada a programas sociais direcionados ao atendimento da população pobre e à geração de emprego. Esse aspecto, somado à baixa escolaridade e à precária qualificação desses trabalhadores, facilitou a difusão da concepção do trabalho simples para as atividades desempenhadas pelos ACS, quando, na verdade, a atuação nos serviços de atenção e na educação em saúde, seu papel de mediador entre a população local e os serviços, bem como os conhecimentos que precisam acionar implicam a necessidade de uma formação com base científica. Entretanto, essa formação parece permanecer concentrada em poucos centros urbanos, além de parte dos trabalhadores continuar sendo capacitada durante o serviço, em condições variadas, dependendo da disposição, disponibilidade e qualificação, em particular, dos enfermeiros das equipes de saúde.

Atualmente, o Departamento da Gestão da Educação na Saúde (Deges), da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGTES), do Ministério da Saúde é o responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde. No tocante ao ACS, o Deges, por meio da Coordenação de Ações Técnicas em Saúde, iniciou, a partir de 2003, ações para a configuração de uma Política de Educação Profissional em Saúde com objetivo, inicialmente, tanto de ampliar a escolaridade dos trabalhadores como sua profissionalização. Conforme observado, o resultado foi a publicação, em 2004, do

Referencial Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde¹⁹, composto de um itinerário formativo em três etapas.

O referencial foi precedido da discussão do perfil de competências do ACS, culminando na publicação do documento *Perfil de Competências do Agente Comunitário de Saúde*, que orientou a organização do currículo para sua formação técnica (REFERENCIAL CURRICULAR, 2004)²⁰. Nele define-se que o agente comunitário é um profissional integrante de uma equipe multidisciplinar de saúde, e suas atividades transcendem esse campo, uma vez que estão relacionadas às várias determinações que concorrem para o processo saúde-doença. Ao final do curso técnico, os profissionais

deverão ter potencializadas suas capacidades de aumentar o vínculo entre as equipes de saúde e as famílias/comunidade, de facilitar o acesso dos usuários aos sistemas de saúde e de liderança avançando em direção à autonomia dos sujeitos em relação à própria saúde e à responsabilização coletiva pela promoção da saúde de indivíduos, grupos e meio ambiente (BRASIL, 2004, p. 18).

Para Ramos (2007), no Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, a elevação da escolaridade dos ACS é mais que um requisito: trata-se do reconhecimento da educação básica como direito dos trabalhadores em geral e condição para concretizar uma formação que possibilite a autonomia intelectual e o domínio técnico-científico do trabalho, tornando o trabalhador capaz de pensar e planejar as ações de saúde. A criação da profissão dos ACS trouxe exigências no sentido da formação, ao mesmo tempo que se tornaram agudos os problemas relativos à gestão do trabalho dos ACS.

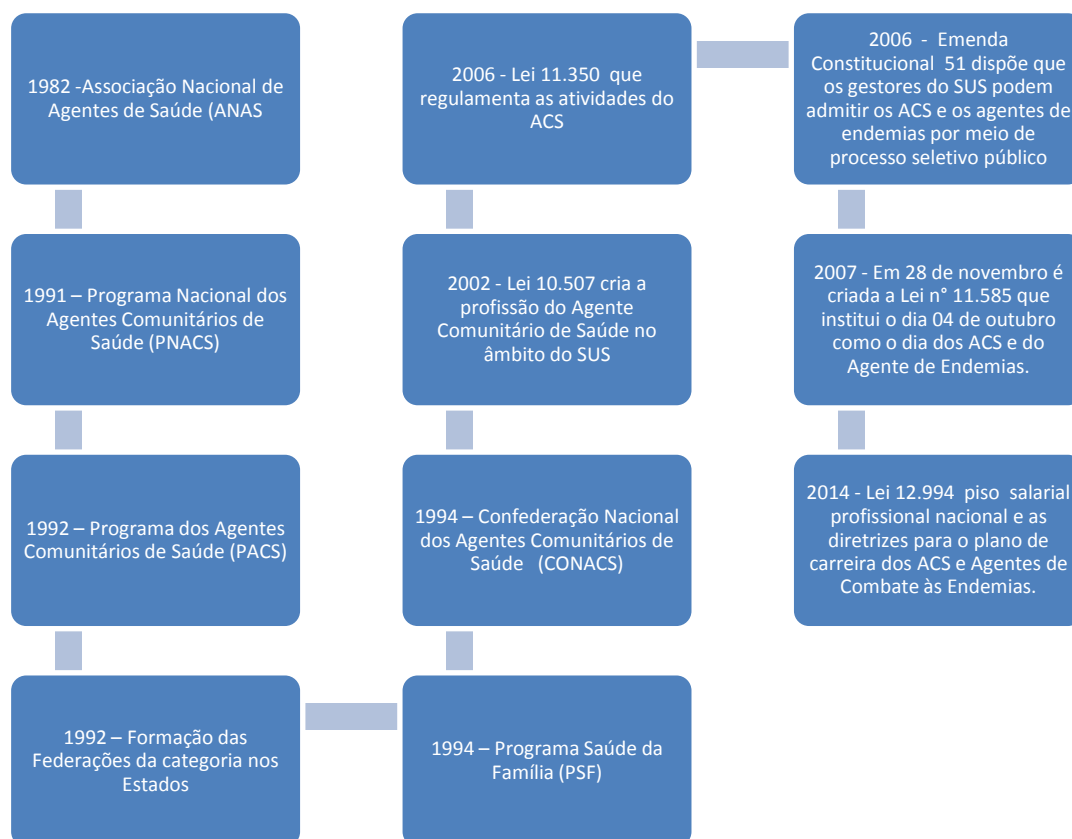
Nesse contexto, deu-se também a atuação do Ministério Público do Trabalho (MPT), que foi decisiva por questionar a forma de seleção e contratação dos ACSs, exigindo providências aos gestores da saúde com foco especial para a gestão do trabalho

¹⁹ O documento regula a formação dos ACS perante as Secretarias e Conselhos Estaduais de Educação e subsidia as instituições formadoras na elaboração dos programas formativos (MOROSINI, 2010).

²⁰ Morosini informa (2010, p.89) que a EPSJV participou ativamente na construção do Referencial Curricular. “A EPSJV é uma unidade de ensino, pesquisa e cooperação da Fiocruz e, por isso, está ligada ao Ministério da Saúde, condição a partir da qual foi convocada a colaborar, durante a gestão da SGTES, de 2003 a meados de 2005, no processo de formulação dos ACS.” (MOROSINI, 2010 p.89). Esclarece também que a EPSJV defende que a política de formação dos trabalhadores na saúde seja formulada pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação e com a ampla participação dos trabalhadores da saúde e das instituições de ensino. Esse é um espaço de disputa de interesses entre o setor privado e público para desenvolver os processos formativos (MOROSINI, 2010).

e a educação desses trabalhadores, conforme citado no capítulo anterior (MOROSINI, 2010).

Recentemente, as principais formulações foram conquistadas no campo legislativo, sendo aprovadas leis relativas à regulamentação profissional, processo seletivo e piso salarial (Lei 11.350, de outubro de 2006; Emenda Constitucional 51, de fevereiro de 2006; e Lei n. 12.994, de junho de 2014).



4.2 AS EXPERIÊNCIAS DE FORMAÇÃO TÉCNICA DOS ACS

As experiências de formação do Agente Comunitário de Saúde desenvolvidas em outros estados brasileiros contribuem para a discussão proposta neste estudo, levando-se em conta as especificidades regionais. São consideradas tendo como parâmetros expectativas geradas pela promessa de um novo modelo de atenção à saúde e de um processo formativo que contemple habilidades técnicas, científicas e culturais. Note-se, entretanto, que ainda são poucos os estudos que analisam as experiências dos cursos técnicos de agentes comunitários de saúde realizados em suas três etapas.

Na região Norte do Brasil, encontra-se o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde que contemplou 3.272 agentes. Financiado pelo Ministério da Saúde e realizado pela Escola Técnica de Saúde do Tocantins (ETSUS/TO), o curso pautou-se, segundo Silva et al (2010), em uma concepção de formação com base na compreensão global do processo produtivo, contemplando o saber tecnológico, cultura e valores do trabalho, sendo essa experiência concluída em 2008 com a formação de 2.219 ACS, em todo o Tocantins.

Silva et al (2010) destacam que a formação técnica dos ACS foi desenvolvida em uma perspectiva crítica, reflexiva e ética direcionada para a transformação da realidade e desenvolvimento de ações de promoção de saúde, prevenção de agravos e integração social. A carga horária do curso seguiu o determinado pelo Referencial Curricular, ou seja, 1.200 horas, divididas em três módulos: o primeiro abordou o perfil profissional da categoria; o segundo foi dedicado à promoção da saúde e à prevenção das principais doenças de grupos específicos; o terceiro tratou das ações da vigilância em saúde.

O curso ocorreu de forma descentralizada, sendo as turmas divididas em 18 pólos formativos, minimizando os custos para os municípios. O primeiro módulo iniciou com 3.272 ACS, dos quais aprovados 2.741 para o módulo II, e concluíram a III etapa 2.219 ACS. O objetivo foi formar profissionais para atuar como técnicos de nível médio nas equipes multiprofissionais da Atenção Básica, desenvolvendo as competências técnicas e as habilidades individuais para trabalhar conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SILVA et al, 2010).

Ainda segundo Silva et al (2010) a proposta utilizada foi a do currículo integrado, o que facilitou a reflexão da práxis pedagógica mediante os itinerários formativos. A metodologia utilizada foi a problematização²¹, com a intenção de aprofundar o conhecimento por meio das ações propositivas, crítico-reflexivas, criativas e solidárias. Temas transversais foram trabalhados para o aprimoramento da interdisciplinaridade, com abordagem em diferentes focos. A avaliação dos alunos ocorreu pelo processo contínuo, participativo, integral e inclusivo, com construção do

²¹ A pedagogia da problematização é inspirada na Pedagogia do Oprimido de Paulo Freire, "caracterizada como uma pedagogia dialógica e problematizadora, ela se opõe à concepção 'bancária' da educação como instrumento pedagógico da opressão. (RAMOS, 2010, p.215) Nessa concepção, o processo de aprendizagem é algo contínuo, pois o educando sempre aprende e cria novos conceitos (BORNSTEIN e DAVID, 2014).

conhecimento, desenvolvimento das habilidades e competências, visando à formação integral do indivíduo (SILVA et al., 2010).

Também no município de Palmas, Estado do Tocantins, foi realizado estudo por Modesto et al. (2012), que investigou a percepção dos agentes comunitários sobre a formação técnica concluída em 2008. Os autores chamam a atenção para a efetivação da identidade profissional, uma vez que os ACS não se sentiam como membros da equipe, realizavam várias atividades, atendendo às necessidades que surgiam, sem a clareza do seu papel. As vivências e conteúdos dos trabalhos desenvolveram habilidade técnica e reconhecimento das potencialidades pessoais, repercutindo na vida pessoal e profissional.

Alguns dos pontos avaliados como positivos pela maioria dos egressos foram a aquisição de conhecimentos; desenvolvimento da capacidade de liderança e de discussão sobre aspectos do processo de trabalho; aumento da perseverança e criatividade; informação a respeito do mundo do trabalho; e capacidade de cumprir normas e determinações. Os aspectos que pouco influenciaram foram os conteúdos de outras disciplinas, programa de treinamento, atividades de campo e de outros conteúdos sem acompanhamento (MODESTO, 2012).

No Nordeste brasileiro, a Secretaria Municipal de Saúde de Recife (SMS-Recife) realizou as 2ª e 3ª etapas formativas da formação técnica de agentes comunitários de saúde em 2011, após quatro anos de conclusão da primeira etapa. Essa foi realizada em 600 horas de formação, divididas em momentos de concentração e dispersão, de acordo com a primeira e a segunda etapa do Referencial Curricular Nacional de Formação Técnica. A perspectiva adotada baseou-se na Pedagogia do Oprimido, de Paulo Freire, e nos princípios da Educação Popular em Saúde e da Educação Permanente (DANTAS, 2015).

No ano de 2010, foi retomado de forma mais efetiva o processo da formação técnica dos ACS pela SMS-Recife por intermédio da Diretoria-Geral de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGGTES), que assumiu o compromisso da construção do conteúdo do restante da formação, assim como da sua realização ao longo de 2011 (DANTAS, 2015).

Dantas (2015) informa que o primeiro projeto do curso, realizado em maio de 2011, foi estruturado tendo como base a pedagogia histórico-crítica de Dermeval

Saviani²² e a Pedagogia do Oprimido, de Paulo Freire²³, sendo modificada no transcorrer do processo. (DANTAS, 2015). O autor ressalta, sobre a formulação da formação técnica e a centralidade pedagógica, a importante participação da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como convidada para a Oficina de Construção do Projeto Pedagógico do curso, com a proposta de apresentar o projeto, os referenciais pedagógicos e as experiências das 2ª e 3ª etapas na formação técnica dos ACS no Rio de Janeiro. Após a oficina, o curso consolidou a decisão política para sua realização.

A Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha, no Acre (ETSUS-AC) concluiu o curso técnico de Agente Comunitário de Saúde em setembro de 2012. O curso totalizou carga horária de 1.320 horas, além das 60 horas para o aprofundamento em saúde materno-infantil, atendendo ao programa de redução da mortalidade Materno-Infantil. (RET-SUS, 2015)²⁴.

De acordo com a RET-SUS, são seis as escolas que oferecem o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: Centro de Educação Técnico-Profissional na Área de Saúde de Rondônia (Cetas); Centro Formador de Pessoal para Saúde de São Paulo (Cefor-SP); Escola de Formação Técnica em Saúde Prof. Jorge Novis (EFTS-BA); Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESP-PE); Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) e Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha (ETSUS-AC). (RET-SUS, 2015). Entretanto, não foi possível identificar quais escolas oferecem as três etapas formativas atualmente, exceto, a EPSJV.

4.3 A EXPERIÊNCIA DO CURSO TÉCNICO NA EPSJV/FIOCRUZ

²²A pedagogia histórico-crítica é uma corrente educacional que entende que os objetivos educativos devem estar relacionados ao conhecimento produzido pelo homem em termos históricos e coletivos. As mudanças na forma de produção explicam novas formas de existência, sendo essa a explicação do materialismo-histórico que serve de base para a concepção histórico-social do ser humano, ou seja, o homem se concretiza nas “relações sociais no decorrer da história” (RAMOS, 2010 p.225).

²³ Paulo Freire como um dos mais importantes educadores brasileiros em virtude de sua perspectiva pedagógica progressista direcionada à educação de adultos, com cunho político e conscientizador. Entre seus livros, pode ser destacado *Pedagogia do Oprimido*, que se “caracteriza como uma pedagogia dialógica e problematizadora, que se opõe à concepção “bancária” da educação como instrumento pedagógico da opressão” (RAMOS, 2010, p.215).

²⁴ Mota e David (2010) afirmam que algumas das Escolas Técnicas do SUS, que integram a Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS), oferecem o curso técnico de agente comunitário de saúde. A RET-SUS é uma estratégia governamental para a troca de experiências e discussões em torno da Educação Profissional em Saúde, com o objetivo de fortalecer a formação do profissional de nível médio na saúde.

O projeto educativo da Escola Politécnica Joaquim Venâncio (EPSJV), instituída na Fiocruz em 1985, conduz-se desde então pela concepção da politécnica. A EPSJV baseia-se na concepção da escola unitária, ou seja, “aquela que se compromete com a formação omnilateral de todos os trabalhadores, tendo o trabalho como princípio educativo e o preceito de sua indissociabilidade da ciência, tecnologia e cultura” (PEREIRA E RAMOS, 2006 p.79). Assim, conforme Frigotto (2006, p.241), a formação profissional proporciona ao trabalhador acesso ao conhecimento científico como força produtiva, aprendendo as técnicas e os procedimentos embasados nos conceitos científicos:

“A educação em geral que se dá nas relações sociais e os processos educativos e de conhecimentos específicos que se produzem na escola e nos processos de qualificação técnica e tecnológica interessam à classe trabalhadora e a seu projeto histórico de superação do modo de produção capitalista”.

Saviani (2003) aponta o desafio da proposta pedagógica da escola de articular o presente com o futuro, dentro de um sistema de ensino que não corresponde à pedagogia politécnica. O autor considera importante superar os limites existentes formulando propostas e medidas que apontem para uma nova situação. As propostas e as experiências poderão ser incorporadas à legislação do ensino no país, com medidas mais consistentes e mais avançadas. Nesse sentido, como lembram Pontes e Fonseca (2008, p.560), “a EPSJV procura incessantemente trazer a politécnica para a atualidade, incorporando premissas como a pesquisa como princípio educativo e a educação da sensibilidade, dos sentidos e dos sentimentos”.

O projeto piloto de formação técnica dos ACS, formulado no âmbito da EPSJV, apresentou o desafio da educação profissional com os ideais da politécnica, compreendendo o trabalho como eixo fundamental para o homem desenvolver-se em sociedade, na intenção de tornar o trabalhador capaz de refletir e intervir criticamente sobre isso. Frigotto (2009, p.70) lembra que a EPSJV organizou uma “escola com bases materiais e com uma concepção formativa capaz de cumprir o ideário gramsciano da escola unitária e da elevação moral e intelectual dos jovens para atuar como sujeitos na sociedade em que vivem”.

O processo de construção do curso teve início no ano de 2006, quando os profissionais do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF) da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), localizado no

território de Manguinhos, dirigiram-se ao Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde (Laborat) da EPSJV. No ano de 2006, ocorreram as articulações políticas e, no ano seguinte, as discussões, planejamento, apresentações e, finalmente, a elaboração do projeto do curso. Esse processo foi desenvolvido com os profissionais da unidade de saúde, entre eles, os ACS, que junto aos docentes do Laboratório, participaram de oficinas de trabalho para desenvolver as propostas do curso, construir as ementas e detalhar conteúdos e estratégias do curso.

Foram definidos os seguintes objetivos para o Curso Técnico de Agentes Comunitário de Saúde (CTACS) da EPSJV:

“Profissionalizar e certificar os ACS da estratégia saúde da família, de modo a qualificar sua atuação profissional, fortalecê-los enquanto categoria profissional e potencializar o seu papel no processo de transformação do modelo de atenção à saúde;
Refletir sobre o processo de formação técnica desses trabalhadores, a fim de levantar elementos para colaborar na construção e implementação de políticas de gestão da educação dos ACS;
Refletir sobre o processo de ensino-aprendizagem visando aprimorar estratégias pedagógicas específicas para a formação de agentes comunitários de saúde.” (MOROSINI et al., 2007)

Para a consecução desses objetivos, foram identificados desafios, conforme destacado pela coordenação do curso:

“Compreender a ‘ambigüidade’ que perpassa o trabalho do ACS que, por sua vivência singular de membro de comunidade, vê seus conhecimentos de caráter popular postos em diálogo ou mesmo em contraposição com o conhecimento científico fruto das experiências de formação/profissionalização;
Problematizar e ressignificar o trabalho de mediação dos ACS;
Fortalecer o eixo que dá centralidade ao trabalho do ACS: educação em saúde;
Contribuir para a constituição de uma identidade profissional que fortaleça o valor social da profissão de ACS, a sua inserção na equipe de saúde, sem fortalecer aspectos corporativistas” (MOROSINI et al., 2007)

Os desafios apresentados vão ao encontro da importância do ACS para a Atenção Básica de Saúde e das expectativas de mudança de modelo de assistência e das práticas de saúde, que recaem, principalmente, nesse profissional, considerado agente transformador. Em relação aos desafios mais afeitos ao âmbito pedagógico, foram destacados os seguintes pontos:

Integrar a formação geral e as áreas técnicas da saúde na construção e no desenvolvimento do CTACS.
Contemplar o itinerário formativo (compatível com o módulo I da Izabel dos Santos).

Conciliar horário, liberação dos ACS, desenho da prática profissional, articulação com o serviço e equipe do PSF. (MOROSINI et al., 2007).

No projeto do referido curso, percebe-se que o trabalho pedagógico pretende estabelecer relações dinâmicas e dialéticas entre os conceitos que permeiam os temas da formação dos ACS. Essa perspectiva coaduna-se com o que propõe Ramos: “o currículo integrado organiza o conhecimento e desenvolve o processo ensino-aprendizagem de forma que os conceitos sejam apreendidos como sistema de relações de uma totalidade concreta que se pretende explicar/compreender” (RAMOS, 2005 p.9).

Em relação aos requisitos de acesso, foram praticados os mesmos estabelecidos pelo Referencial Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, a saber:

Etapa formativa 1: qualquer Agente Comunitário de Saúde inserido no Sistema Único de Saúde, independente da escolarização.

Etapa formativa 2: concluintes da etapa formativa 1, com certificado de conclusão ou certificado de realização concomitante do ensino fundamental.

Etapa formativa 3: concluintes das etapas formativas I e II, com certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do ensino médio.

É importante destacar que a EPSJV atua em outros movimentos para o fortalecimento da política de formação dos ACS. No ano de 2007, foi publicada a coletânea de livros, composta de seis volumes, *Educação Profissional e docência em Saúde: a formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde*, dirigida para a formação dos docentes do curso técnico de agente comunitário de saúde. A escola atua na formação dos profissionais de nível fundamental e médio da saúde, além de oferecer os cursos de pós-graduação em educação profissional em saúde.

Em 2008, a EPSJV/Fiocruz iniciou o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, realizando a formação técnica completa, isto é, contemplando as três etapas formativas previstas no Referencial Curricular. Os ACS eram ligados ao Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), da ENSP/Fiocruz, e atuavam no território de Manguinhos, município do Rio de Janeiro. Em julho de 2011, formou-se a primeira turma no Rio de Janeiro, contemplando a habilitação técnica, com carga horária de 1200 horas (EPSJV, 2011). A segunda experiência de curso técnico completo dos ACS no município do Rio de Janeiro, promovida pela EPSJV/Fiocruz, teve início em outubro de 2011 com formatura em dezembro de 2012, atendendo às dez áreas programáticas, tendo como objetivo completar a formação iniciada pela ETIS, que realizou somente a primeira etapa do Referencial Curricular em 2006. Entre os inscritos, foram sorteados para frequentar o curso 210 trabalhadores, dos quais 195 lograram

concluí-lo. Essa experiência foi fruto da luta do Sindicato dos Agentes Comunitários do Rio de Janeiro (Sindacs-RJ), que, em 2010, obteve com a Secretaria Municipal de Saúde que constasse de sua agenda política a formação técnica da categorial. Deve-se destacar que tal formação foi fruto também da parceria da EPSJV com a Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos (ETIS) (CARNEIRO, 2013).

A ETIS então enfrentava problemas de estrutura física e de mudança de sua vinculação para a Secretaria de Ciência e Tecnologia, passando para a gestão da Fundação de Apoio à Escola Técnica do Estado do Rio de Janeiro (Faetec). Assim, esta ficou responsável, junto com a EPSJV, pela gestão pedagógica do curso, enquanto a Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro e Defesa Civil se responsabilizou pelo financiamento, logística e infraestrutura (CARNEIRO, 2013).

Observa-se a realização de um trabalho de reconstrução das propostas dos cursos técnicos oferecidos pela EPSJV e pela ETIS, visando à composição de um projeto único que atendesse à necessidade de complementação da formação técnica iniciada pela ETIS e, ao mesmo tempo, conciliasse as perspectivas político-pedagógicas de ambas as instituições.

Apesar de só se realizarem a primeira e a segunda etapas nessa ocasião, o projeto do curso apresenta as três etapas formativas, assim nomeadas:

- 1) A construção histórica do trabalho do ACS: políticas públicas, território e educação em saúde;
- 2) Organização da Atenção Básica e a atuação do ACS: o cuidado e educação em saúde da família; e
- 3) Organização da Atenção Básica e a atuação do ACS: o cuidado e educação na saúde da família. (EPSJV, ETIS e SINDACS-RJ, 2011)

A primeira etapa realizada pela ETIS teve a carga horária de 400 horas, a segunda de 700 horas, e a terceira de 220 horas. Os ACS foram liberados do trabalho em quatro turnos semanais para frequentar as aulas, 16 horas por semana durante 14 meses (EPSJV, ETI e Sindacs-RJ, 2011, não publicado).

Essa experiência foi realizada de forma descentralizada, contemplando sete turmas, em sete áreas programáticas do município do Rio de Janeiro, a saber: AP 1.0 (Turma Centro); AP 3.1 (Turma EPSJV); AP 3.1 (Turma Penha); AP 3.3 (Turma Pavuna). AP 5.1 (Turma Bangu); AP 5.2 (Turma Campo Grande) e AP 5.3 (Turma Santa Cruz). As turmas foram divididas em dois grupos: um grupo frequentava as aulas às segundas e quartas-feiras, o outro, às terças e quintas-feiras. Para garantir o projeto

político-pedagógico do curso, foram contratados professores, que estiveram presentes em um curso de atualização da formação docente ministrado pelos professores coordenadores do curso e por convidados da EPSJV (EPSJV/Fiocruz, 2011, não publicado)

Para acompanhar as turmas descentralizadas, a coordenação do curso levou em conta a necessidade de dispor de um professor por turma responsável pelos alunos durante todo o processo de formação. As atividades práticas foram realizadas em sala de aula, no território de trabalho dos ACS e em outros ambientes necessários para a formação cultural do aluno, como por exemplo visitas a museus. Para tanto, foram contratados 21 profissionais com experiência na saúde da família para atuarem como preceptores das turmas. Foram contratados também dois profissionais com experiência em saúde da família e formação profissional do ACS para compor a equipe da coordenação responsável pelo curso. (EPSJV/FIOCRUZ, 2011, não publicado).

A segunda e terceira etapas formativas foram organizadas em torno dos seguintes eixos estruturantes, com as respectivas cargas horárias:

Etapa	Componentes curriculares	Carga Horária	Carga Horária Prática profissional	Carga Horária Total
Formativa II	Eixo Estado, sociedade e políticas públicas	52hs	4 hs	56 hrs
	Eixo Educação em saúde	28hs	20 hs	48 hs
	Eixo Modelos de Atenção, Atenção Primária e Estratégia de Saúde da Família	56 hs	48 hs	104 hs
	Eixo Promoção, vigilância e cuidado em saúde	196 hs	60 hs	256 hs
	Eixo Informação em saúde	32 hs	24 hs	56 hs
Formativa	Oficina de Leitura	68hs	-	68 hs
III	Investigação e Planejamento	40 hs	72 hs	112hs
	Total carga horária etapa II	472 hs	228 hs	700hs
	Eixo Estado, sociedade e políticas públicas	28 hs	4 hs	32 hs
	Eixo Educação em saúde	24 hs	4 hs	28 hs
	Eixo Sistema municipal de saúde	20 hs	4 hs	24 hs
	Eixo Vigilância em Saúde	20 hs	4 hs	24 hs
	Eixo Estratégia de saúde da família	12 hs	12 hs	24 hs
Eixo Investigação e planejamento em saúde	32hs	32hs	64 hs	

Oficina de Leitura	24hs	-	24 hs
Total carga horária etapa	160 hs	60 hs	220hs
III			
Carga Horária Total			920hs

Fonte: EPSJV/FIOCRUZ, 2011, não publicado

A metodologia aplicada foi baseada em uma perspectiva crítica e problematizadora a partir da realidade de trabalho dos ACS e de seus conhecimentos anteriores. Para a integração dos conteúdos curriculares, as estratégias adotadas foram a articulação da teoria com a prática oficinas de texto, avaliação da aprendizagem e trabalho de conclusão do curso. Foram definidos como momentos teórico-práticos as atividades realizadas no território de trabalho dos ACS, como outros espaços necessários para o aprendizado investigativo. As oficinas de texto tiveram como objetivo aprimorar a escrita dos alunos e ajudar na elaboração dos textos para o trabalho de conclusão do curso. A avaliação foi processual, e, durante todo o curso, foram identificadas e discutidas as possibilidades de fortalecimento da aprendizagem. Por último, que, na verdade, ocorreu ao longo do curso, foi elaborado um projeto de educação em saúde como trabalho de conclusão do curso (EPSJV, ETI e SINDACS-RJ, 2011).

Os alunos receberam os certificados ao término de cada etapa e, ao final do curso, tendo cumprido as exigências do curso, foi conferido o diploma de Técnico Agente Comunitário de Saúde (EPSJV, ETI e SINDACS-RJ, 2011).

4.4. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

4.4.1 Opções Metodológicas

O presente estudo é baseado em pesquisa de caráter qualitativo e objetivou identificar entre os ACS egressos do Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde da EPSJV em 2012 suas percepções sobre o CTACS, considerando a realidade de vida e de trabalho dos entrevistados.

A formação profissional em saúde atende a uma das exigências do movimento da Reforma Sanitária na busca pela prestação de melhores serviços de saúde e valorização do trabalhador. Ainda que o processo de qualificação em saúde seja permeado por diferentes forças que representam as transformações do mundo do trabalho, espera-se que a formação profissional torne os trabalhadores sujeitos de suas ações na sociedade em que vivem, tendo em vista um projeto emancipatório. (VIEIRA e CHINELLI, 2013)

Segundo Minayo (2013, p. 57), a abordagem qualitativa traz a proposta de conhecer a história, as relações, representações, percepções elaboradas pelos homens em sociedade, além de permitir identificar como vivem, pensam e o que sentem. Esse método é bem aplicado às investigações de grupos segmentados para revelar as histórias sociais de acordo com a visão dos entrevistados, servindo, ainda, para analisar discursos e documentos. Com isso, “propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação.”

Na construção do processo das entrevistas, alguns critérios foram respeitados, tais como: quantos sujeitos seriam entrevistados, quando e onde; o roteiro de entrevista estruturado em relação com os temas da pesquisa; a disposição para incorporar questões suscitadas no momento da entrevista, procurando respeitar também a dinâmica que o entrevistado dá à própria narrativa.

Inicialmente, para o desenvolvimento da pesquisa, foi realizado levantamento bibliográfico das experiências de formação técnica completa dos ACS, de acordo com o Referencial Curricular, em todo o território nacional. O momento seguinte, e que perdurou ao longo da construção deste estudo, foi a pesquisa de livros, dissertações, teses e artigos, físicos e *on-line*, em torno dos principais temas: A reconfiguração gerencial do Estado; O trabalho e a formação do ACS; A formação técnica do ACS na EPSJV.

A estratégia utilizada pela autora para investigar e compreender de que forma o conhecimento do curso técnico foi percebido pelos agentes comunitários em sua vida, no trabalho com sua equipe e a comunidade, foi a entrevista semiestruturada. Minayo (2013) esclarece que essa modalidade de entrevista obedece a um roteiro e apresenta as questões de forma objetiva, nesse caso, na intenção de responder às questões da pesquisa, mas também permite alguma liberdade de interação conforme pretendido. Essa técnica propiciou a aproximação com os entrevistados por meio do diálogo e possibilitou saber a opinião a respeito da formação realizada pela EPSJV.

Segundo Minayo (2013 p. 196), “numa busca qualitativa, o pesquisador deve preocupar-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade do processo de compreensão”. Considerando essa orientação e as limitações impostas pelo tempo regulamentar de conclusão da dissertação, definiram-se três ACS por turma, com o objetivo de conseguir apreender as experiências dos diferentes contextos de trabalho no município do RJ.

Antes de sua aplicação, o roteiro de entrevistas foi elaborado e testado antes da sua finalização, inicialmente, com uma pesquisadora da EPSJV que se voluntariou, depois, com uma agente comunitária da turma da Pavuna. A testagem do instrumento serviu para verificar sua viabilidade e certificar se os pressupostos da investigação estavam sendo atendidos. Os sujeitos entrevistados foram selecionados conforme sua disponibilidade a partir da indicação de um ACS integrante do SINDACS-RJ e dos professores fixos das turmas do CTACS e pelos próprios entrevistados que indicaram outros colegas egressos do referido curso.

Entendendo que o trabalho de campo deve favorecer a relação entre o entrevistador e o entrevistado para melhor apreender os dados coletados e conseguir a presença de entrevistados das sete turmas do CTACS/2012, optou-se pela realização das entrevistas nas unidades de saúde do município do Rio de Janeiro, onde os egressos trabalham. Tal opção de realizar as entrevistas no local de trabalho dos ACS foi importante para compreender seus relatos. A permissão para realizar as entrevistas nas unidades de saúde da SMS-RJ foi conseguida após a submissão do projeto desta pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV e ao Comitê de Ética em Pesquisa/SMS-RJ. As entrevistas foram realizadas nos meses de abril e maio de 2015, e a seleção dos entrevistados ocorreu conforme a disponibilidade dos profissionais.

De acordo com as normas da ética da pesquisa, os entrevistados antes de responderem às perguntas, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO), sendo garantido o sigilo da sua participação. Nesse documento, foi informada a gravação em áudio das entrevistas, transcritas pela pesquisadora e sob sua guarda. Para preservar o anonimato dos entrevistados, suas falas aparecem ao longo deste trabalho com código numérico de 1 ao 21.

Para analisar o conteúdo das entrevistas e facilitar o entendimento das respostas, foi construído um quadro de análise (veja o Quadro APÊNDICE A) que reflete os principais aspectos das percepções dos trabalhadores sobre o curso. O trabalho de análise das entrevistas tentou aproximar-se da perspectiva da análise de conteúdo, que,

segundo Minayo (2013 p.303), “diz respeito à técnica de pesquisa que permite tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos específicos e científicos”.

4.4.2 Caracterização Dos Entrevistados

Todos os entrevistados são trabalhadores da Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro, inseridos em clínicas de saúde da família e em unidades básicas de saúde, todas do tipo A, conforme a Carteira de Serviços deste município, descrita anteriormente. Têm em comum também o fato de atuarem como ACS há mais de nove anos e serem concluintes do CTACS 2012.

A tabela a seguir foi construída a partir de dados coletados por meio da parte objetiva do roteiro de entrevistas (Apêndice B) e permite constatar que a maioria é constituída de mulheres adultas (acima de 36 anos), casadas, com filhos e combinam o trabalho como ACS com os cuidados da casa, várias delas exercendo também outra atividade remunerada. Entre os homens, minoria no grupo, a menor idade apresentada é 37 anos, sendo dois casados e três solteiros, encontram-se dois que também têm outra atividade remunerada complementar. A renda familiar, em geral, é composta com o trabalho de mais de um componente da família.

Tabela 1- Perfil dos entrevistados

Identificação e idade	Sexo/Estado civil	Tem Filhos	Contrib renda famil.	Ativid. Complemen tar	Tempo de trabalho como ACS	Possui nível Superior
1. 33 anos	Masculino Solteiro	Não	Ele + parente	Não	14anos	Cursando Nutrição
2. 60 anos	Feminino casada	Sim	Ela + parente	Não	15 anos	Não
3. 49 anos	Feminino casada	Sim	Ela + parente	Não	09 anos	Não
4. 44 anos	Feminino casada	Sim	Ela + parente	Não	10 anos	Depende Fiés
5. 37 anos	Feminino	Sim	Ela +	Sim	12 anos	Não

	casada		parente			
6. 46 anos	Feminina	Sim	Sozinho	Não	09 anos	Não
	Solteira					
7. 47 anos	Masculino	Sim	Sozinho	Não	11 anos	Não
	casado					
8. 39 anos	Masculino	Sim	Ele +	Não	11 anos	Não
	casado		parente			
9. 41 anos	Feminino	Sim	Ela +	Não	11 anos	Cursando
	casada		parente			Serviço
						Social
10. 42 anos	Feminino	Não	Ela +	Sim	13 anos	Cursando
	casada		parente			Letras
11. 36 anos	Feminino	Sim	Ela +	Não	10 anos	Não
	casada		parente			
12. 42 anos	Feminino	Sim	Ela +	Não	10 anos	Não
	casada		parente			
13. 40 anos	Feminino	Sim	Ela +	Não	14 anos	Não
	solteira		parente			
14. 49 anos	Feminino	Não	Ela +	Sim	15 anos	Não
	solteira		parente			
15. 41 anos	Masculino	Não	Sozinho	Sim	15 anos	Incomplet
	Solteiro					o
16. 50 nos	Feminino	Sim	Ela +	Sim	10 anos	Não
	casada		parente			
17. 40 anos	Feminino	Não	Ela +	Não	10 anos	Não
	solteira		parente			
18. 37 anos	Masculino	Não	Ele +	Não	11 anos	Não
	Solteiro		parente			
19. 41 anos	Masculino	Sim	Sozinho	Sim	11 anos	Não
	solteiro					
20. 51 anos	Feminino	Sim	Sozinha	Sim	11 anos	Não
	casada					
21. 40 anos	Feminino	Não	Ela +	Não	10 anos	Não
	solteira		parente			

FONTE: Elaboração própria a partir do roteiro de entrevistas

Essas informações confirmam os resultados de várias pesquisas que tratam do perfil social desse trabalhador. Em especial, chama a atenção o tempo transcorrido entre o ingresso no trabalho, o início da primeira etapa formativa e a conclusão da formação que lhe concede a habilitação técnica. Conforme a tabela acima, constata-se que, por exemplo, os ACS entrevistados com quinze anos de trabalho na função levaram seis anos para realizar a primeira etapa formativa e doze anos para concluir a habilitação técnica como ACS. Tal aspecto está relacionado tanto a características da política de atenção básica e aos requisitos que ela estabeleceu para o trabalho realizado pelo ACS, como também à dificuldade de implementar o Referencial Curricular. Deve-se atentar,

ainda, para a origem social desses trabalhadores, via de regra provenientes de famílias pobres, cujos filhos tiveram que ingressar precocemente no mercado de trabalho, interrompendo os estudos para prover seu próprio sustento e/ou contribuir para o orçamento da família, tornarem-se independentes financeiramente da estrutura familiar, entre outros aspectos.

4.4.3 Análise Das Falas Dos ACS

Ao analisar as falas dos ACS, procurou-se interpretar, destacar e agrupar as principais questões apresentadas pelos profissionais, identificando os temas principais em relação às questões da pesquisa. Minayo (2013 p.316) esclarece que “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado.”

A mesma autora divide o processo da análise temática em três etapas: a pré-análise, momento em que o investigador elabora os indicadores para compreensão e interpretação das entrevistas; a exploração do material, momento em que o investigador encontra a palavra-chave ou frase, facilitando a compreensão do texto de forma resumida; e por último, a interpretação dos resultados obtidos.

Como já mencionado, as entrevistas foram ouvidas, transcritas e lidas pela pesquisadora, permitindo assim obter uma primeira abordagem sistemática das falas ou pré-análise, que consistiu em rever as perguntas do roteiro e as respostas dos entrevistados, destacando as questões mais relevantes em relação às perguntas norteadoras do estudo. Isso possibilitou o segundo passo, que resultou na construção de um quadro (Apêndice A) conectando os temas selecionados com as indicações das falas dos entrevistados.

O agrupamento dos temas pode ser assim apresentado:

Motivação para tornarem-se ACS – apresentação dos motivos que levaram os entrevistados a participar do processo seletivo para ACS, procurando relacioná-los com a literatura consultada;

Percepções sobre o trabalho de ACS – identificação das atividades consideradas importantes para o trabalho do ACS, procurando relembrar, mais uma vez, a literatura

estudada e os documentos que regulam a prática profissional desses trabalhadores no município do Rio de Janeiro.

Mudanças percebidas após o curso – tentativa de compreender se e como a formação técnica oferecida pela EPSJV influenciou o trabalho e outras dimensões da vida dos ACS.

Possibilidades e dificuldades para o prosseguimento da formação profissional

1. Motivação para tornarem-se ACS (veja a Tabela 1)

A Tabela 1 chama a atenção para a preponderância do desemprego como motivo de os entrevistados terem buscado o processo seletivo para agente comunitário de saúde. Esse aspecto, quando relacionado ao fato de que todos os entrevistados ingressaram no campo da saúde há mais de nove anos, permite inferir que tal motivação encontra explicação na situação ainda preponderante de retração de postos de trabalho, no mesmo período em que ocorreu um processo de implementação de equipes da saúde da família, abrindo oportunidades de trabalho no município do Rio de Janeiro.

Ainda que com caráter seletivo, iniciava-se, à época, o fortalecimento das políticas sociais, entendidas como compensatórias em relação ao ciclo vicioso da economia decorrente da crise estrutural do capitalismo mundial e local, que gerou desemprego também estrutural, com consequências sociais agravadas pelas reformas neoliberais (MOROSINI, 2010, CHINELLI e VIEIRA, 2011). De certa forma, pode-se localizar dentre essas políticas, o Pacs e o PSF, que tiveram momento de inflexão em 2003, no município do Rio de Janeiro, buscando locais de baixo IDH e baixa cobertura, seguindo as orientações do Proesf.

No que tange a motivação para ter se tornado ACS, os entrevistados relataram outros interesses que os levaram a preferir o trabalho na comunidade.

Na época eu trabalhava no Centro e era muito cansativo, eu trabalhava como técnica, e aqui eu achei muito bom pra trabalhar por ser perto e também poder ajudar a comunidade. (Entrevistada 12).

Primeiro, na época que eu fui fazer a prova estava desempregado. Segundo porque eu já conhecia a comunidade, conhecia bastante gente e me interessei. (Entrevistado 15)

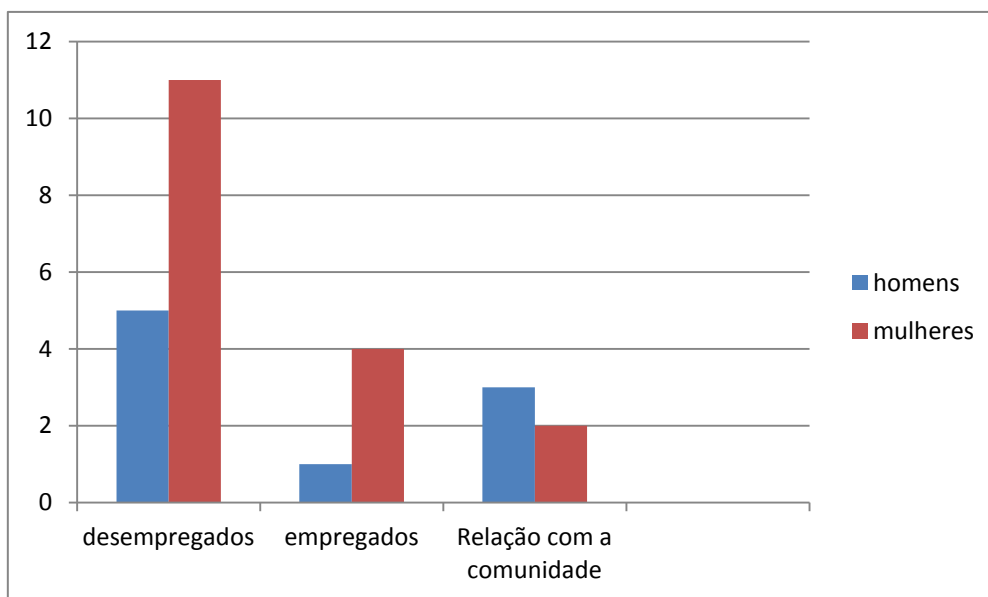


Gráfico 1-Motivação de ser ACS

Cabe aqui destacar a representatividade feminina neste estudo, o que confirma o perfil gênero dos agentes comunitários de saúde que, por sua vez, acompanha a mesma tendência existente entre os profissionais da saúde dos níveis fundamental e médio. As características de mediador de conflitos, elo com a comunidade e de liderança são também atributos conferidos às mulheres, que, além disso, em geral, passam maior tempo na comunidade que os homens. Segundo Morosini (2010), o perfil social do ACS está relacionado a esse papel que ele é convocado a desempenhar, qual seja, de representante e intérprete da comunidade com os serviços e outros profissionais da saúde, para o que se exigem atributos subjetivos, como liderança e solidariedade.

Os relatos apontam também como motivação para se tornar ACS o desejo de realizar ou continuar realizando alguma atividade na comunidade, intenção que aparece associada com frequência, sobretudo no caso das mulheres, à possibilidade de cuidar da casa e da família e/ou de exercer outra atividade remunerada, quase invariavelmente de caráter informal (Gráfico 1)

[Decidiu fazer a seleção] De primeira, porque [tinha] a necessidade financeira. Já trabalhava de carteira assinada, mas trabalhava também na comunidade com adolescentes e gostava de trabalhar com o público. Assim, eu sabia que o trabalho de ACS trabalhava com o público e poderia encaminhar para a área da enfermagem. Como eu fiz o auxiliar de enfermagem, uma coisa leva à outra, e para agradar a mamãe (ENTREVISTADA 13)

Eu já fazia trabalhos comunitários, isso me facilitou, e porque estava próximo da minha residência, dos cuidados com o meu filho e tudo começa assim. (ENTREVISTADA 09)

Esse aspecto das narrativas dos entrevistados permite retomar o debate em torno da categoria comunidade realizado por Durão, Morosini e Carvalho (2011), para as quais, atualmente, comunidade se apresenta com duplo significado, ora possuindo um viés estigmatizante, ora um viés positivo, representando a tentativa de construir uma perspectiva coletiva, de suporte mútuo entre os moradores das favelas cariocas, empoderando a vida comunitária.

No começo por causa da comunidade. Eu li uma manchete no jornal, há muitos anos atrás no jornal, que a nossa comunidade tinha o pior IDH da nossa região e eu não acreditei. Eu saía do meu trabalho para casa e não tinha envolvimento com a associação de moradores. Ia do trabalho pra casa e aí li essa reportagem e ela me chamou a atenção. [...] eu era autônomo. Eu falei "poxa eu vou fazer essa prova". Cheguei em casa, conversei com a minha esposa e um amigo [...] da igreja me incentivou a fazer essa prova. Eu falei "vou fazer". [minha mulher, [ela]foi lá e pagou [a inscrição] para mim, Na época [...] pagava R\$ 5,00 ganhava uma camisa e o livro. Eu peguei aquele livro [e] devorei, fiz a prova e consegui passar (ENTREVISTADO 07)

É importante lembrar que o trabalho comunitário é central na história do ACS. Vários são os estudos, entre os quais o de Bornstein e Stotz (2008) e o de Durão, Morosini e Carvalho (2011), que se detêm sobre a importância direcionada à inserção do ACS na comunidade como representante da população, que conhece a cultura local e articula o conhecimento próprio com o conhecimento tecnocientífico. Portanto, é interessante perceber a relação com a comunidade, apresentada pelos entrevistados, como elemento importante no processo de escolha da atividade de ACS, considerando também o contexto de um grande município no qual as comunidades são predominantemente representativas de situações de exclusão (FONSECA, MOROSINI e MENDONÇA, 2013).

2. Percepções sobre o trabalho de ACS (veja o Quadro APÊNDICE C)

Quase sempre, o trabalho que exercem é apresentado pelos entrevistados como gratificante, o que está frequentemente relacionado à visita domiciliar, considerada a atividade mais importante, seguida da educação em saúde e prevenção das doenças. Conforme destacam,

Visita domiciliar, pois você aborda todas as questões. (ENTREVISTADA 03)

Visita domiciliar, eu tento muito ouvir. Por exemplo, tem uma paciente que tem 60 anos que [não] tem renda nenhuma. Conversei, a gente busca tentar uma aposentadoria para ela, ela tem direito, mora sozinha. Acho que o trabalho de agente comunitário está nisso. Reunião de equipe, acolhimento, grupos de educação, sistema que agora prende a gente em tudo. A gente fica mais dentro da unidade do que fora, estava reclamando outro dia sobre isso. A gente está perdendo um pouco da essência do agente comunitário, perdendo pouco não perdendo muito. De ir para a rua, de ter um olhar crítico [...]. Por exemplo, você hoje não conhece. O pessoal que chega novo não consegue mais identificar os sintomas de algumas doenças. Isso está se perdendo e acaba que você vira um mero marcador de consulta, um mero entregador de exames, perdendo o foco. (ENTREVISTADO 18)

Espera-se que o ACS conheça o indivíduo e a família integralmente, identificando as necessidades para o acompanhamento adequado pela equipe. No entanto, por causa do estabelecimento de metas para o atendimento da população, que são incluídas nas contratualizações entre o poder público e as organizações sociais que gerenciam o trabalho na Estratégia Saúde da Família, os entrevistados se queixam do excesso de atividades dentro das unidades de saúde, pois tal fato diminui o tempo para as visitas. Eles atribuem também a isso a dificuldade de colocar em prática os ensinamentos obtidos durante o curso técnico.

É muito cansativo, muito papel, muito relatório, muito sistema, muita pressão e eu acho que isso dificulta para a gente poder colocar em prática [o que se aprende no curso técnico]. Até para a gente fazer um grupo. Eu queria montar um grupo conversas de fim de tarde lá onde moro. No trabalho tem muitas árvores, frutas, e todo mundo tinha o costume de sentar para conversar no quintal. Eu estava pensando em chamar as senhoras para todo final de tarde, umas duas ou três vezes por semana, a gente sentar para fazer um lanche, conversar. Porque eu estou vendo que o pessoal está muito triste. Mas tem que sentar com alguém para fazer a questão do acolhimento. É muito difícil. A gente tem que encher o grupo, tem que fazer visita. Se pelo menos tivesse como justificar, eu tenho menos tantas visitas por semana, mas não tem. Se tivesse uma terceira etapa eu fazia. Foi muito cansativo, a distância, o horário. Mas eu sinto falta das discussões, que eram muito afloradas. Quando a gente voltou pra cá, a gente via todo mundo trabalhando, faz visita, vem e faz visita. De certa forma a gente teve que se encaixar ali. A gente aprendeu muito no curso e não tem como aplicar aqui. Tomara que melhore. (ENTREVISTADA 05)

Às vezes, a gente quer fazer uma coisa mais elaborada, a gente nunca consegue elaborar muito o trabalho porque não tem tempo. Toda hora chegando gente, aqui tem hora que parece um tsunami, às vezes é tranquilo, mas vai chegando, você levanta, vai dar um recado, e às vezes o próprio sistema não ajuda a colocar em prática. (ENTREVISTADA 10)

Essas falas sugerem também que a grande quantidade de trabalho a ser realizado pelos ACS dentro das unidades de saúde, que, como já se mencionou, diminui-lhes o tempo das visitas domiciliares, dificulta e talvez impeça a realização de atividades que

não estejam prescritas ou associadas diretamente à atenção em saúde, mas podem facilitar o acesso e a convivência com os usuários, reforçando a relação dos ACS com as pessoas. Além disso, percebe-se a perda da possibilidade de planejar e elaborar as atividades, o que pode denotar também a perda de autonomia e capacidade criativa, assim como o comprometimento da qualidade do trabalho realizado.

Retoma-se a portaria 1.886 de 1997 quando as atribuições dos ACS tinham como diretriz a promoção e a prevenção de doenças relacionadas ao território de sua responsabilidade, com as ações educativas praticadas fora das unidades de saúde. (MOROSINI, CORBO e GUIMARÃES, 2007)

Mas, além das dificuldades apontadas, alguns entrevistados se referiram àquelas enfrentadas no relacionamento entre os membros da equipe.

O problema é um errozinho, o problema, a culpa é do ACS, não é do médico, não é do enfermeiro, a culpa é somente do ACS. Isso é um pouco chato de ouvir. Mas, eu estou até hoje porque eu gosto. [...] A gente é ensinado no curso, a gente sai tão estimulado no introdutório do curso, no nosso dia a dia: vamos fazer isto, fazer grupo, bijuterias... Mas, às vezes, você esquece, tivemos avaliação de ficha B, esqueci um S, você é chamada atenção, você perdeu um ponto, não é uma boa ACS. Às vezes, chega aqui na baía, as pessoas que vão para outra especialidade têm preguiça de escrever. Se tem alguma coisa errada é culpa do ACS. É muito chato. (ENTREVISTADA 13)

A fala dessa entrevistada reforça a sobrecarga de trabalho já citada a que estão submetidos e a relação hierarquicamente subalterna dos ACS em relação a outros membros da equipe, a ponto de serem responsabilizados por erros alheios (BORNESTEIN, 2007).

Vale assinalar também o mal-estar provocado entre membros da equipe, entre os ACS, que no início do curso pelo fato de concluírem o nível técnico, teriam alguma recompensa financeira, o que quebraria a isonomia salarial. Vários deles acreditavam, inclusive, que o curso poderia levar a uma posição de chefia entre os próprios agentes comunitários. De fato, o aumento salarial ocorreu, tendo sido, porém, extensivo a todos os ACS do município, desde que portadores do nível técnico²⁵.

É relevante mencionar as implicações sobre estes trabalhadores do formato de gestão do trabalho e das unidades de saúde implantado a partir da reforma do estado brasileiro, descrito no

²⁵ A esse respeito, vale lembrar que à diferença do Rio de Janeiro, em Palmas, Tocantins, após a conclusão do curso, todos o ACS foram efetivados no quadro municipal e receberam 5 % de reajuste salarial.

primeiro capítulo desta dissertação com base em autores como Chinelli, Lacerda e Vieira (2011), Carneiro (2013) e Andeazzi e Bravo (2014). Uma das consequências desta gestão é a precarização das relações trabalhistas a que parte desses trabalhadores ainda se encontra submetida. Outra consequência da gestão que segue os preceitos da administração privada é a competição entre os trabalhadores, submetendo-os a um processo de trabalho não compatível com a organização da APS que tem como uma das diretrizes o trabalho em equipe, integrado e interdisciplinar. Esta competição é estimulada pela remuneração variável de acordo com os resultados atingidos pelas equipes.

Um ponto de tensão identificado nas entrevistas se deu entre os ACS egressos do CTACS e os demais que não haviam realizado o curso, em função da possibilidade de uma remuneração diferenciada para os ACS formados técnicos. Essa situação foi parcialmente resolvida com a extensão do mesmo pagamento para todos os ACS que tivessem alguma formação técnica na área da saúde, cessando a maior parte dos questionamentos no interior da equipe, conforme descrito a seguir,

sempre tive um bom relacionamento com a minha equipe. A minha enfermeira está na equipe há nove anos. A minha enfermeira é daquela enfermeira que dá a voz, empodera, escuta e planeja junto. (ENTREVISTADO 18)

Apesar de os ACS que não possuem nenhuma habilitação de nível técnico não terem tido acesso a essa remuneração diferenciada, hoje, recebem o mesmo que os demais em função do estabelecimento do piso salarial nacional que ultrapassa os valores praticados anteriormente pelo município do Rio de Janeiro.

Ressalte-se, conforme há pouco destacado, que o único problema apontado diretamente relacionado aos conhecimentos obtidos no CTACS foi a dificuldade de empregá-los no atendimento aos usuários por causa do ritmo de trabalho imposto pelo cumprimento das metas estabelecidas pela gestão, em boa parte distantes da atividade que os ACS consideram primordial, ou seja, o atendimento direto ao usuário pela visita domiciliar.

Foi uma das melhores experiências na minha vida pessoal e profissional também. Abriu muito a minha visão com relação à educação. O curso fez uma diferença tremenda para mim e em relação ao trabalho também. Eu recomendo a todo mundo até a quem por conta de tudo que foi um pouco sacrificante, mas, se puderem e tiverem a oportunidade, fazerem, porque é muito bom. (ENTREVISTADA 21)

Eu achei o curso muito gratificante, tirar nossas dúvidas, trazer o que a gente aprendeu lá para comunidade, em metodologia de fazer o trabalho, sexualidade, não ficar julgando e aprender a ver a pessoa como um todo, respeitar suas crenças e dificuldades. Nem tudo a gente sabe, a gente pode estar aprendendo com o usuário. A gente quer impor o que a gente sabe, o que a medicina sabe em contrapartida com o que aquele paciente acredita, nas suas crenças, naquilo que ele aprendeu com seus antepassados e tudo mais. (ENTREVISTADA 14)

No começo, para a gente estar se organizando, porque ia para o curso, tinha nossas tarefas normais, mas mesmo assim foi bom. Eu gostei muito de ter feito o curso. De ter voltado a estudar, porque fazia algum tempo que a gente estava fora, e de ter encontrado as pessoas. (ENTREVISTADA 11)

As dimensões de valorização pessoal e de conquista profissional são percebidas quando os entrevistados relatam como o curso foi gratificante e dizem recomendá-lo aos outros ACS. Segundo Mota e David (2010) a escolarização formal deste trabalhador é um processo de reconhecimento pessoal e social e de emancipação do sujeito.

A avaliação positiva do CTACS pode ser também constatada pelo fato de que, em geral, os ACS não sugeriram conteúdos para melhorar o curso, exceto dois profissionais que consideraram necessária a inclusão da verificação da pressão arterial e realização de curativos, procedimentos esses afeitos à área da enfermagem, como também foi sugerido o aumento das atividades práticas. Quanto à inclusão de atividades da área da enfermagem, Bornstein e Stotz (2007) citam o artigo que relata a crítica de seis enfermeiras ao fato de o trabalho dos ACS ser parecido com o da enfermagem e ainda ter um custo menor, com contratação rápida e vínculo com a comunidade.

Note-se que os conteúdos do eixo Educação em Saúde foram considerados os mais importantes na opinião de nove profissionais entrevistados. Interessante assinalar que, para além de sua aplicação na prática de trabalho, a fala transcrita a seguir indica a contribuição do eixo para a possibilidade de apreensão crítica da realidade em que vivem amplos setores da sociedade brasileira.

Educação em Saúde. Quando a gente conheceu o movimento sem terra, ver aquela realidade, aquilo ali ficou. A gente vê que não somos nada. Depois teve um cardápio maravilhoso, todo mundo sentado no chão, comeram vaca atolada. Você vê a diferença do nosso trabalho para realidade deles. Foi a aula mais marcante, não por ter ido lá, mas no geral. (ENTREVISTADA 11)²⁶

Eu acho que na relação do trabalho foi o da educação. Eu acho que foi mais a questão da educação. Para organizar grupos, alguma tarefa, a gente começou

²⁶ A ACS se refere a uma visita a um dos acampamentos do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra que se constituiu em uma das atividades práticas do curso.

a pensar mais e ver como poderiam ser feitas as coisas. A gente às vezes tinha um público-alvo, mas não parava para pensar em outros aspectos. A gente olhava para DST só DST, a gente começou a olhar outros assuntos. Montar grupos para eles escolherem o tema e estudar sobre o tema. (ENTREVISTADA 05)

O Educação e Saúde, porque eu achei muito bom. A questão da formação do TCC, nós conseguimos montar um projeto e realizar durante o curso. O que nós planejamos nós realizamos ainda durante o curso. Então foi bom. O primordial mesmo foi a educação e saúde. Resgatou muito a questão da essência que a gente tem que ter sendo agente comunitário. Essa questão do TCC foi uma coisa que eu sempre falava quando montamos o curso. O agente comunitário fala tanto e nunca escreve, nunca relata, e isso é muito importante. E o resultado foi o TCC, de aprender a escrever um projeto. (ENTREVISTADO 18)

É interessante a preferência dos ACS pelo eixo de Educação em Saúde, pois ele vai ao encontro da intenção da coordenação do CTACS, que o apresenta como um eixo transversal aos demais, em consonância com o entendimento da educação em saúde como o campo de reflexões e atividades estruturantes do trabalho dos ACS, como já indicado. Este eixo propiciou o resgate do papel do ACS como mobilizador da comunidade e potencializou as ações de educação em saúde.

O eixo Estado, Sociedade e Políticas Públicas foi priorizado por seis ACS. Esse eixo trabalhou a organização do Estado e da política, as questões da cidadania brasileira, a trajetória histórica de luta pelos direitos dos trabalhadores e os contrastes econômicos, sociais e culturais da sociedade. Os alunos foram estimulados a pesquisar e apresentar o trabalho final da disciplina de forma criativa, por exemplo, utilizando músicas, pequenos esquetes teatrais, vídeos etc.

[Sobre o eixo Estado, Sociedade e Políticas Públicas] Não sei se foi porque a gente já começou falando da história do SUS, é o que mais fica na minha cabeça no trabalho. Os outros foram muito importantes, mas esse eu sinto que foi o que ficou e o que eu levo pra mim. (Entrevistada 21)

O eixo Planejamento em Saúde foi indicado três vezes seguidas por duas pessoas, que destacaram sua importância para aprender a organizar o próprio trabalho e consideraram também que todos os eixos se completam.

Planejamento, [porque ensina] como planejar as nossas atividades, para a gente ir pra fora com tudo já certinho, organizado. Antes quando a gente sabia sem saber o que fazer, improvisado. (ENTREVISTADO 08)

Planejamento você não pode fazer *à la volonté*. Você tem que rodar, pesquisar, analisar e ser uma boa ouvinte. (ENTREVISTADA 13)

O eixo Promoção, Vigilância e Cuidado em Saúde foi mencionado apenas por um entrevistado, trazendo, porém, relevante exemplo da contribuição da área no acompanhamento da saúde da criança:

[O módulo Saúde da Criança] mostrou a vigilância do desenvolvimento. A partir daí, eu comecei a [acompanhar] mais crianças de até 2 anos. É uma coisa que na Puericultura não foi vista, que a cada mês a criança não correspondia ao desenvolvimento. Começou a se pensar que na família tinham pessoas surdas e mudas e porque essa criança se assustava com um pequeno barulho. A criança foi encaminhada para o pediatra e depois de um tempo essa criança começou a falar. Eu acho que ampliou mesmo o meu olhar. (ENTREVISTADO 01)

3. Mudanças percebidas após o curso

Conforme abordado no início deste capítulo, a EPSJV tem como projeto político-pedagógico a formação integral do sujeito, dentro do seu contexto histórico, social e econômico e se insere na luta pela formação profissional de nível médio para qualificar a assistência à saúde. Segundo Morosini (2010) a formação técnica do ACS para atender às demandas do SUS exige formação complexa que incorpore as várias dimensões do conhecimento humano socialmente produzido, articulando o saber técnico ao saber e à experiência popular. A formação do sujeito deve torná-lo capaz de refletir sobre seu processo de trabalho e ter como eixo estruturante a educação em saúde, considerada a dimensão do trabalho que melhor permite ao ACS articular o saber em saúde à experiência de vida na comunidade. As entrevistas sugerem que os conteúdos ministrados durante o curso, bem como a metodologia empregada vão ao encontro dessa perspectiva, inspirada na politecnicidade, repercutindo positivamente não apenas nas atividades que exercem, mas também na vida pessoal, aspecto esse último que será tratado mais adiante.

[O CTACS] Abriu um leque de opções, um leque de fazer ações. Me facilitou mais em fazer ações e saber lidar com o paciente. Mostrou a importância do ACS, que apesar desses anos todos que estou como ACS, não cai a ficha da nossa importância. Eles falam que nós somos o topo, a linha de frente, mas eles não dão o nosso devido valor. Por exemplo, essa troca de OS [no momento da entrevista, o profissional estava em meio ao processo de troca de OS] eu tenho três Os na justiça pra receber. A OS sai e não paga, ou paga o que ela quer, pode não pagar nosso fundo de garantia e ainda, não paga nossa rescisão certa. (ENTREVISTADO 15)

Muito mais na forma de me colocar também. Antes eu ficava mais calada, ficava com receio de expor minha opinião também, hoje em dia eu tenho mais certeza do que eu posso fazer do que eu devo fazer. (ENTREVISTADA 14)

Os entrevistados, em sua totalidade, apontaram que o CTACS acarretou mudanças positivas tanto na prática profissional, como na vida pessoal. Pode-se mesmo afirmar que o curso funcionou como um dispositivo de reconhecimento profissional, com efeitos na subjetividade dos trabalhadores, que, além de, em alguns casos, enfrentarem críticas provenientes de companheiros de trabalho que parecem não reconhecer a relevância da ampliação da qualificação profissional, se deparam com dificuldades de conciliação entre as exigências relacionadas ao trabalho, a vida doméstica e, por vezes, outra atividade remunerada, fundamental para a complementação do orçamento familiar. As entrevistas revelam que a frequência ao CTACS ajudou a fomentar, nos alunos, possibilidades mais amplas de compreensão crítica não só do trabalho que exercem, mas também da gravidade da situação da saúde no país.

Eu estava com a autoestima muito baixa, você não tem noção. Lá na gerência é isto ou aquilo, cada um olhando para o seu umbigo e mais nada. As lutas que os ACS queriam, buscavam, como tem a efetivação, ninguém ouvia e depois de ouvir que a luta continua, siga em frente, aí subiu (ENTREVISTADA 13)

(...) Mas no curso você vê que eles te dão empoderamento para você saber aonde você vai levar aquela situação, como vai agir naquilo (...) (ENTREVISTADO 07)

Em síntese, pode-se afirmar que todos os entrevistados ressaltaram que os conteúdos do curso vêm contribuindo para a melhoria da prática profissional, organização do próprio processo de trabalho, comportamento com o usuário e suas famílias, apontando, inclusive, que passaram a ter "outro olhar sobre a comunidade".

Mudou até minhas orientações. Porque eu fazia um tipo de orientação e depois do curso eu fiquei mais aberta. Me abriu mais, me ensinou a trabalhar melhor e ver mais de perto. Se eu vejo uma coisa na rua eu me preocupo em anotar no meu caderno para quando chegar passar para o enfermeiro, eu sempre fiz isso, mas depois do curso eu fiquei mais atenta. (ENTREVISTADA 02)

Na minha área em relação à informação, entendeu? Saber orientar e ver um quadro, diferenciar um quadro. Porque tem situações que a gente pensa que é uma coisa e às vezes é outra, nesse ponto sim. (ENTREVISTADA 10)

4. Possibilidades e dificuldades para o prosseguimento da formação profissional

Observa-se que alguns entrevistados relacionaram a experiência do curso com o desejo de prosseguimento dos estudos orientados sobretudo para a enfermagem. Ou seja, apesar das dificuldades que encontram no trabalho, dos vínculos precarizados, baixos salários, entre outros, esses trabalhadores gostariam de ampliar sua formação em nível superior na área da saúde. Mesmo quando enfrentam problemas para realizar essa aspiração, manifestam o desejo de concretizá-la por intermédio de seus filhos. Vale notar que, embora não explicitada nas entrevistas, é bastante provável que esse desejo esteja relacionado à possibilidade de obter um posto de trabalho mais bem remunerado, mas também ao reconhecimento social e às perspectivas de melhoria de vida que uma profissão de nível superior exercida nos serviços públicos carrega,

Hoje bate saudade, olho as fotos. Uma colega que a gente encontrou que está fazendo faculdade. Eu tenho um filho, não dá para eu fazer faculdade e eu acho que é importante investir na carreira do meu filho. Mas é legal ver que as pessoas que não tinham perspectiva de vida e mudou. (ENTREVISTADA 17)

Fiquei com vontade de voltar a estudar. Agora eu gosto mais de informação geral, política, saúde. Eu gosto mais de saber e estar por dentro das coisas. As discussões ali me deixaram aflorada. Eu passei a olhar mais para a minha família não só por questão de saúde, mas questão de lazer. (ENTREVISTADA 05)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história dos agentes comunitários de saúde é marcada por lutas desde a década de 1970, quando estiveram ligados aos movimentos que buscavam melhores condições de vida e de assistência à saúde de populações pobres e, depois, a mobilização para o reconhecimento, regulamentação, formação e valorização da categoria.

A formação em saúde do trabalhador do SUS está a cargo das ETSUS. Essa formação deve orientar-se pela perspectiva de contribuir para tornar os trabalhadores críticos e reflexivos, em condições de transformarem as práticas de trabalho em saúde, objetivando o cuidado integral. No caso da EPSJV, a formação oferecida abrangeu parte dos ACS que vivenciaram as mudanças havidas na gestão da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, a partir de 2009, com a organização da gestão do trabalho por metas da produção de serviços, em um centro urbano com diferentes realidades socioeconômicas, sociais e culturais. A nova organização da gestão do trabalho é considerada por vários trabalhadores como dificultadora do trabalho no território por conta do tempo excessivo dentro das unidades de saúde exercendo o trabalho burocrático.

O estudo possibilitou conhecer quais os elementos do CTACS foram percebidos pelos ACS como motivadores de mudanças no trabalho, na prática diária, no relacionamento com a equipe e na vida pessoal. Com relação à prática de trabalho, os ACS responderam sentirem-se mais seguros com o conhecimento que receberam no curso. Seus relatos demonstraram serem várias as situações que não dependem apenas do sistema de saúde para o atendimento integral do indivíduo mas, sobretudo das condições socioeconômicas dos usuários. Cabe ressaltar que o cuidado integral à população é afetado também pelo excesso de tempo de trabalho dentro das unidades de saúde, diminuindo o tempo para realizar a visita domiciliar e a vigilância em saúde do território é contraditório ao que aprendem no curso.

Bornestein e David (2014) estudaram a formação técnica realizada pela EPSJV sob as perspectivas dos ACS formados em 2008 e correlacionaram a formação técnica com o papel mediador do ACS, na perspectiva de mudança de modelo de assistência à saúde no período entre 2010 e 2011, na perspectiva de outros profissionais das equipes da ESF e dos membros do Sindicato de Agentes Comunitários do Rio de Janeiro (Sindacs-RJ). As autoras concluíram que em relação às mudanças percebidas em decorrência da formação técnica, houve, em maioria, o questionamento das conquistas

efetivadas com a ESF, do processo de trabalho centrado na doença, da burocratização das atividades exercidas pelos ACS, das dificuldades com encaminhamentos aos outros serviços de saúde e das cobranças de metas, sem considerar a qualidade do serviço prestado.

Diante do exposto, cabe destacar a importância do estudo da percepção dos ACS formados pela EPSJV, instituição que prima pela qualidade dos cursos técnicos voltados para os trabalhadores do SUS, objetivando formar dirigentes comprometidos com a saúde pública, com os serviços de saúde humanizados e a construção de uma sociedade com direitos e deveres iguais para todos (PEREIRA e RAMOS, 2006). Note-se que, na estrutura curricular do curso, o eixo Educação em Saúde foi identificado pela maioria dos entrevistados como o momento que mais influenciou o trabalho do ACS, sendo reconhecido o papel mobilizador do agente comunitário de saúde que considera o contexto de vida da população.

Cabe destacar o Eixo Estado, Sociedade e Políticas Públicas como o segundo eixo escolhido pelos entrevistados, justamente pelo resgate histórico da saúde pública no Brasil e da cidadania. Nesse contexto, a proposta do curso técnico de ACS da EPSJV foi proporcionar o conhecimento reflexivo-crítico da realidade de trabalho sendo percebida pelos entrevistados como importante para prática profissional na saúde.

Os desafios da efetivação dos princípios do SUS na atualidade permanecem no cotidiano da assistência à saúde: os pacotes de intervenção técnica na saúde que não consideram as diferentes realidades dos territórios cobertos pelas equipes de saúde; o trabalho prescritivo; a gestão centralizada das unidades de saúde; a dificuldade dos profissionais da saúde em articular o saber popular com o saber científico; e o atendimento à população centrado na assistência curativa.

Assim, ressalta-se a importância de o trabalhador da saúde ser consciente da sua realidade social, política e econômica para realmente ter condições de ser um agente transformador da sua realidade de vida e do trabalho, ainda que essa transformação implica a participação de vários outros sujeitos políticos.

No município do Rio de Janeiro, os agentes comunitários continuam na luta pela profissionalização e se preocupam com a crescente contratação de profissionais sem a qualificação necessária ao trabalho do ACS. Ao pensar na importância desse trabalhador comprometido com a mudança de modelo de assistência à saúde, como esperar a melhoria nos indicadores de saúde, no acompanhamento dos indivíduos e da família de

forma integral e contínua, diante de trabalhadores que não possuem ainda esta qualificação que deveria ser a base de suas atividades diárias?

Cabe, por fim, ressaltar que para além do aumento dos conhecimentos e habilidades técnicas e das possibilidades de ampliação do horizonte crítico da realidade em que o trabalho do ACS está inserido, tudo sugere que uma das implicações mais importantes da realização do curso foi o reconhecimento pessoal e profissional oportunizado a todos os entrevistados. Muitos problemas e contratempos foram superados: dificuldades no deslocamento para os locais do curso; incompreensão de colegas sobre a relevância da formação técnica; acúmulo de tarefas tanto no serviço como âmbito doméstico; além de, para alguns, o enorme esforço para superar anos de distanciamento dos bancos escolares. O processo de elaboração do trabalho de conclusão de curso, na opinião dos entrevistados, constituiu-se uma etapa difícil, carregada, porém, do sentimento de realização pessoal, satisfação pelo cumprimento do que era esperado. Tudo isso desembocou na formatura do CTACS, descrito como um dia em que foram vividas fortes emoções.

Sim, quando chega à fase final, quando você coloca a beca, aquela roupa, o momento da formatura, você pensa no sacrifício, oito horas por dia e três vezes na semana no final do curso: Poxa, valeu a pena. Então, eu posso, principalmente carregar o TCC que agente sabe que é uma exigência de quem faz o nível superior. Foi o primeiro curso técnico que eu fiz que teve o TCC. Poxa, consegui! Aquilo te dá uma ênfase!

REFERÊNCIAS

ANDREAZZI, Maria D. F. S. D e BRAVO, Maria I. S. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 3, p. 499-518, set./dez. 2014

ANTUNES, Ricardo. O Trabalho, Sua Nova Morfologia e a Era da Precarização Estrutural. **Theomai**. n. 19. 2009. p. 57-67. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12415104007>> acesso em: 21/08/2014

BAPTISTA, Tatiana W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo C. MOURA, Ana L.(org.) **Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p.29-60.

BEHRING, Elaine R. **Brasil em Contra-Reforma** – desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Ed. Cortêz, 2008.

BRAGA, Ialê F. A Sociedade Civil e as Políticas de Saúde no Brasil dos Anos 80 à Primeira Década do Século XXI. In: MOROSINI, Márcia V.G.C. e REIS, José R. F. (org.) **Sociedade, Estado e Direito à Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p.81-101.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.886, de 18 de Dezembro de 1997**. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família. Disponível em: < http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/21_Portaria_1886_de_18_12_1997.pdf>. Acesso em: 21/08/2014

BRASIL. **Decreto nº 3.189 de 04 de outubro de 1999**. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3189.htm > Acesso em: 21/08/2014

BRASIL. **Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002**. Cria a profissão do agente comunitário de saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10507.htm > Acesso em: 21/08/2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **PROESF Projeto de Expansão e Consolidação do saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/proesf.php>>. Acesso em: 01/04/2015

BRASIL. **Decreto nº 5.154 de 23 de julho de 2004**. Texto. 2004c. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5154.htm>. Acesso em: 21/08/2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 51 de 14 de fevereiro de 2006**. Acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc51.htm> Acesso em: 21/08/2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648 / GM de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html> Acesso em: 21/08/2014

BRASIL. **Lei nº 11.350 de 05 de Outubro de 2006**. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da emenda constitucional nº 51, 14 fev. 2006, e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/11350.htm>. Acesso em: 21/08/2014

BRASIL. 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). Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 21/08/2014

BRASIL. **Lei nº 12.994 de 17 de junho de 2014**. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2014/lei/12994.htm>. Acesso em: 21/08/2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**, 2015. Disponível em: < <http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: julho de 2015.

BRAVO, Maria I. As lutas pela saúde: desafios da frente contra a privatização da saúde. **Anais da 64ª Reunião Anual da SBPC**. São Luís, MA. Julho/2012

BORNSTEIN, Vera J. **O Agente Comunitário de Saúde na Mediação de Saberes**. 2007. 231 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007.

_____ e STOTZ, Eduardo N. **Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura**. *Ciência e Saúde Coletiva*. 13(1). 269-268, 2008.

_____ e DAVID, Helena M. S. L.. **Contribuições da Formação Técnica do Agente Comunitário de Saúde para o Desenvolvimento do Trabalho da Equipe Saúde da Família.** Rev. Trabalho, Educação E Saúde. Rio de Janeiro. v.12, n. 1, p.107-128, jan/abril 2014.

_____, DAVID, H. M.S.L. e ARAÚJO, J.W.G. Agentes Comunitários de Saúde: a reconstrução do conceito de risco no nível local. **Interface. Comunicação sobre educação.** V. 14, n. 32, p. 93-101, jan/março 2010.

CARNEIRO, CARLA C. G. **A Inserção do Agente Comunitário de Saúde no Município do Rio de Janeiro.** 2013. 144f. Dissertação. (Ciências em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

_____ e Martins, Maria I. C. **Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do agente comunitário de saúde.** Rev. Trabalho, Educação E Saúde. Rio de Janeiro. v.13, n. 1, p.45-65, jan/abril 2015.

CARTEIRA DE SERVIÇOS. Relação de Serviços prestados na Atenção Primária em Saúde. SMSDC/RJ. 2011

CAZELLI, C.M. **Avaliação da implementação do programa saúde da família no município do Rio de Janeiro.** 2003. 151f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2003.

CHINELLI, Filippina; LACERDA, Alda e VIEIRA, Monica. A Reconfiguração gerencial do Estado brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990. In: VIEIRA, Monica, DURÃO, Anna V. e LOPES, Marcia R. (org.) **Para Além da Comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2011, p. 33-78.

CORBO, Anamaria D'Andrea; MOROSINI, Márcia Valéria e PONTES, Ana Lúcia Moura. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: **Modelos de Atenção e a saúde da Família.** MOROSINI, Márcia Valéria e Corbo, Anamaria D'Andrea (org.). Rio de Janeiro: ESPJV/Fiocruz, 2007.

DURÃO, A. V; MOROSINI, M. V. e CARVALHO, V. Os agentes comunitários de saúde e o conceito de comunidade na configuração de sua qualificação. In: VIEIRA, Monica, DURÃO, Anna V. e LOPES, Marcia R. (org.) **Para Além da Comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2011, p. 119-159.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, ESCOLA DE FORMAÇÃO TÉCNICA EM SAÚDE ENFERMEIRA ISABEL DOS SANTOS E SINDICATO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO. **O caderno do aluno: segunda e terceira etapa.** Escola Politécnica de saúde, 2011.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO/FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Projeto: Curso de Educação Profissional de Nível Técnico para Agentes Comunitários de Saúde do Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2011. (não publicado)

FAUSTO, Márcia C.R. e MATTA, Gustavo C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: (org.) MOROSINI, Márcia V.G.C. e CORBO, Anamaria D'A. **Modelos de Atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 43 - 67.

FLEURY, Sonia. Reforma do Estado, Seguridade Social e Saúde no Brasil. In: (org.) MATTA, G. C. e LIMA, J. C. F. **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2008, p.49-87.

FONSECA, Angélica F. **O Trabalho do agente comunitário de saúde: implicações da avaliação e da supervisão na Educação em saúde**. 233f. Tese de Doutorado Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

_____, MOROSINI, Márcia Valéria e MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. **Atenção Primária à Saúde e o Perfil Social do Trabalhador Comunitário em Perspectiva Histórica**. Rev. Trabalho, Educação E Saúde. Rio de Janeiro. v.11, n. 3, p.525-552, set/dez , 2013.

_____ e ET AL. Avaliações em Saúde e Repercussões no Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Texto Contexto Enferm**, jul-set 2012, 21(3). Disponível em: <<http://www.index-f.com/textocontexto/2012/21-519.php>> Acesso em: 21/08/2014

FONTES, Virgínia. A Democracia Retórica: Expropriação, Convencimento e Coerção. In: (org.) MATTA, Gustavo. C. e LIMA, Júlio. C. F. **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2008, p.189 – 201.

FRIGOTTO, Gaudêncio. Teoria e práxis e o antagonismo entre a formação politécnica e as relações sociais capitalistas. Rev. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 7. Suplemento 1. p. 67-82, 2009.

FRIGOTTO, Gaudêncio e CIAVATTA, Maria. Trabalho como princípio educativo IN: CALDART, R.S. et alli. **Dicionário da Educação do Campo**. Rio de Janeiro/São Paulo: EPSJV/Expressão Popular. 2012.p. 748 – 759.

INSTITUTO PEREIRA PASSOS. SECRETARIA MUNICIPAL DE URBANISMO. **Coleção de estudos da cidade: expansão e consolidação da Saúde da Família**. Publicado em Rio Estudos nº107. Junho, 2003.

LOPES, Márcia R, DURÃO, Anna V. e CARVALHO, Valéria. A disputa sobre os sentidos do trabalho e da formação dos agentes comunitários de saúde. In: (org.) VIEIRA, Monica, DURÃO, Anna V. e LOPES, Marcia R. **Para Além da Comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2011, p. 161-208.

MATTA, Gustavo C. e MOROSINI, Márcia V. G. ATENÇÃO PRIMÁRIA Á SAÚDE. In: PEREIRA, Isabel Brasil e LIMA, Júlio César França. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. – 2ª. Ed. Ver. Amp.- Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. 478p. 44-50p.

MINAYO, Maria C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. ed. São Paulo: Hucitec, 2008, 407p.

MODESTO, Maria D. S. A. Avaliação do Curso Técnico De Agente Comunitário de Saúde Sob a Ótica dos Egressos. Rev. **Trabalho, Educação E Saúde**. Rio de Janeiro. V. 10 n. 3, p. 387-406, Nov. 2012.

MOROSINI, Márcia V. **Educação e Trabalho em disputa no SUS**: a política de formação dos Agentes Comunitários de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

MOROSINI, Márcia V, CORBO, Anamaria D'A e GUIMARÃES, Cátia C. O Agente Comunitário de Saúde no âmbito das políticas voltadas para a Atenção Básica: Concepções do Trabalho e da Formação Profissional. Rev. **Trabalho, Educação E Saúde**. Rio de Janeiro. v.5, n. 2, p.261-280, 2007.

MOTA, Roberta R. A. e DAVID, Helena M. S. L. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho. **Trabalho, Educação E Saúde**. Rio de Janeiro. v.8, n. 2, p.229-248, jul/out 2010.

PAIM, Jairnilson S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.

PAULANI, Leda M. O projeto neoliberal para a sociedade brasileira: sua dinâmica e seus impasses. In. Lima, Júlio César F.; NEVES, Lúcia M.W. (org.). **Fundamentos da Educação Escolar Contemporâneo**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz /EPSJV, 2006.

PEREIRA, I. B. e RAMOS, M. N. **Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

PONTES, Ana Lúcia de Moura e FONSECA, Angélica Ferreira. Iniciação à educação politécnica em saúde: uma proposta de formação de técnicos em saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v. 5 n. 3, p. 559-569, nov.2007/fev.2008

RAMOS, M. N. Conceitos Básicos sobre o Trabalho. In: FONSECA, Angélica Ferreira; STAUFFER, Anakeila de Barros. (org.) **O Processo Histórico do Trabalho em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007, p. 27-58.

REDE DE ESCOLAS TÉCNICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-RET-SUS. **Escolas que oferecem o curso**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2015. In Sítio eletrônico Disponível em: <<http://www.retsus.fiocruz.br/cursos/tecnico/tecnico-em-agente-comunitario-de-saude>> Acesso em: 23 de Junho de 2015

RIO DE JANEIRO (RJ). **Lei nº 5.026, de 19 de Maio de 2009**. Dispõe sobre a qualificação de Organizações Sociais e dá outras providências, 2009. Disponível em: <<http://mail.camara.rj.gov.br/APL/Legislativos/contlei.nsf/bff0b82192929c2303256bc30052cb1c/0d30d23b34229c25032576ac00727b13?OpenDocument>>. Acesso em: 23 de junho de 2015

RIZZOTO, Maria Lúcia Frizon. Focalização em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil e LIMA, Júlio César França. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009, p. 182–189.

RIZZOTO, Maria Lúcia Frizon. **Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90**: as propostas do Banco Mundial e o desmonte do SUS. São Paulo, Hucitec, 2012.

RODRIGUES, José. Ainda a Educação Politécnica: O novo decreto da educação profissional e a permanência da dualidade estrutural. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 2. p. 259-282, set.2005.

SAVIANI, D. O choque teórico da politecnicia. **Trabalho, Educação e Saúde**, 1(1):131-152, 2003.

_____. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. **Revista Brasileira de Educação**, 12 (34), jan./abr., 2007.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL. Introdutório. Saúde da Família. Rio de Janeiro, 2011.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA. Guia de Referência Rápida. **Carteira de Serviços**: relação de serviços prestados na atenção primária à saúde. Rio de Janeiro: SMSDC-RJ, 2011.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL. **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO**. PMS. 2010 – 2013. Rio de Janeiro: SMSDC-RJ, 2009.

SILVA, J.A. **O Agente Comunitário de Saúde do Projeto Qualis: Agente Institucional ou Agente de Comunidade?** 231f. Tese de Doutorado em Saúde Pública da UFSP, São Paulo, 2001.

SILVA, Clemilson A. da et al. : Formação Técnica do Agente Comunitário de Saúde: Desafios e Conquistas da Escola Técnica de Saúde do Tocantins. **Rev. Trabalho, Educação E Saúde**. Rio de Janeiro. v.7, n. 3, p.609-621, nov.2009/fev.2010.

VIEIRA, Monica; CHINELLI, Filippina; LOPES, Marcia Raposo. O Trabalho e a educação na saúde: a “questão dos recursos humanos”. In: VIEIRA, Monica, DURÃO, Anna V. e LOPES, Marcia R. (org.) **Para Além da Comunidade**: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2011, p. 79-117.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Aurea Candeias dos Santos, brasileira, 45 anos, solteira, enfermeira, RG 07732798-9, estou convidando a participar de um estudo denominado CURSO TÉCNICO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SUA INFLÊNCIA NO TRABALHO DO ACS, cujo o objetivo é analisar a percepção dos ACSs egressos do CTACS quanto às possíveis mudanças ocorridas na sua prática de trabalho em relação à formação técnica, considerando que os ACS são trabalhadores fundamentais para a principal estratégia de reorganização da atenção em saúde no Brasil atualmente, a Estratégia Saúde da Família.

Você foi selecionado por ser egresso do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde da Escola Politécnica Joaquim Venâncio/FIOCRUZ da turma que concluiu o curso no ano de 2012. A sua participação não é obrigatória e a qualquer momento poderá desistir e retirar o termo de consentimento.

Nesta pesquisa você responderá a uma entrevista individual, que durará aproximadamente 01 hora e será gravada em áudio para ser ouvida por mim. Os dados divulgados serão confidenciais, assegurando o sigilo da sua participação. As entrevistas serão realizadas em fevereiro do ano de 2015. Não foram encontrados riscos significativos a sua participação. Os benefícios esperados pela publicação dos resultados da pesquisa estão relacionados ao currículo do CTACS da EPSJV.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora, podendo tirar mais dúvidas sobre o projeto e a sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora: Aurea Candeias dos Santos

Endereço: Rua Dolores Duran, nº23 – Pavuna

Tel: 998048804

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

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2014

Av. Brasil, 4365, sala 310 – Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ – 21045-900

Tel: (0XX21) 3865-9745/48/49/55/58/59 -Fax: (0XX21) 3865-9700 – lateps@fiocruz.br

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA**CURSO TÉCNICO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SUA
INFLUÊNCIA NA PERCEPÇÃO DOS ACS****I – Identificação**

- 1) Idade _____
- 2) Sexo: Masculino () Feminino ()
- 3) Estado civil atual:
 - a) Casado(a) ()
 - b) Solteiro (a) ()
 - c) Viúvo (a) ()
 - d) Outros () Qual? _____
- 4) Você tem filhos? a) Sim () b) Não ()
- 5) Você concluiu o ensino médio:
 - a) antes da primeira etapa do curso técnico de ACS () ou
 - b) durante a primeira etapa ()
 - c) após a conclusão da primeira etapa ()
- 6) Quem contribui para a renda familiar atualmente? Se for o caso, marque mais de uma opção
 - a) Apenas você ()
 - b) Companheiro/a ()
 - c) Filhos ()
 - d) Parentes ()
 - e) Outros () Quem? _____
- 7) Além do salário de ACS, você tem outras formas de ganhar dinheiro?
 - a) Sim () Tem outro emprego com carteira assinada? Qual? _____
 - b) Faz algum bico? () Qual? _____
 - c) Não possui outras fontes de renda () _____
- 8) Qual é a OS que contrata você como ACS? _____
- 9) Você é sindicalizado? a) Sim () b) Não ()
- 10) Há quanto tempo você é ACS? (anos) _____

II - Curso Técnico de Agente Comunitário na percepção do ACS

1) Por que você se tornou ACS? _____

2) Quais são suas atividades como ACS?

3) Você gosta do seu trabalho como ACS?

a) Sim () Do que você mais gosta neste trabalho? _____

b) Não () Por quê? _____

5) Dessas atividades que você listou, qual(is) você considera as mais importantes?

6) A segunda etapa do curso técnico de ACS começou em 2011. Como você chegou ao curso?

7) Na Epsjv a segunda etapa do curso durou aproximadamente 1 ano e meio. Qual sua opinião sobre o curso, de um modo geral? Dessas atividades que você listou, qual(is) você considera as mais importante(s)?

8) Eu gostaria que você pensasse em como você realizava o seu trabalho antes do curso e depois que você se formou como técnico. Você percebe se houve mudanças na forma de você realizar o trabalho depois do curso?

a) Sim () Por quê? _____

b) Não () Por quê? _____

9) Eu vou mostrar a você um cartão com os eixos do curso . Qual desses momentos (eixos) você considera que mais influenciou a sua pratica de trabalho?

10) Houve mudanças no seu relacionamento com a sua equipe após o curso? Quais? Em caso de não, tentar explorar qual o motivo.

11) O curso repercutiu de alguma maneira na tua vida?

- a) Sim () Como?
b) Não () Por quê?

12) Houve alguma mudança no seu relacionamento com a sua comunidade?

- a) Sim () Como?
b) Não () Por quê?

13) O curso técnico tem uma proposta ampla de formação que inclui influenciar a sua prática. Você acha que o curso influenciou o sua forma, a sua prática de trabalhar no dia a dia?

a) Sim () Como? b) Não () Por quê? _____

14) Tem alguma coisa que o curso te estimulou a modificar, na sua prática, mas que você não conseguiu implementar a mudança? Quais foram as dificuldades/obstáculos?

15) Em termos de conteúdo, de temas, faltou algo no curso que você acha que deveria fazer parte do curso?

- a) Sim () Quais? _____
b) Não ()

16) Além do que você comentou, você teria mais alguma sugestão para melhorar o curso?

- a) Sim () Qual(is)? _____
b) Não ()

17) No início da entrevista se você informou que é sindicalizado. Quando você se sindicalizou?

- a) antes do curso ()
b) durante ()
c) depois da conclusão do curso ()

18) As discussões no curso tiveram alguma influência na decisão de se sindicalizar?

- a) Sim ()
b) Não ()
c) Em parte ()

19) Você pretende continuar estudando? Qual o curso você gostaria de fazer?

20. Eu já terminei as perguntas da entrevista. Você gostaria de falar mais alguma coisa sobre o seu trabalho como ACS ou sobre o curso?

ANEXO C - QUADRO DE ANÁLISE 01

Nome	Motivação para tornar-se ACS	Percepções sobre o trabalho de ACS	Percepções sobre o curso técnico
1. 33 anos	Recebeu informação no grupo de adolescente	Orientações	Muito bom
2. 60 anos	Gosta de ajudar a comunidade	Ajudar os idosos	Gostei muito
3. 49 anos	Estava desempregada	Visita domiciliar, pois você aborda todas as questões	Gostei muito, ampliou o conhecimento
4. 44 anos	Fazia trabalhos comunitários e por ser próximo a	Controle do cartão de imunização. A imunização é gratuita em nosso	Foi muito bom, foi uma nova forma de aprender
5. 37 anos	Estava desempregada	Acompanhamento de gestantes, hipertensos, diabéticos e crianças	Muito bom
6. 46 anos	Foi a porta de emprego que eu tive pra trabalhar aqui.	Visita domiciliar e acolhimento	Proveitoso Foi bom. Teve alguns estresses mas passa
7. 47 anos	No começo por causa da comunicade	Visita domiciliar	importante o curso técnico eleva nossa moral e mostra pra gente que o nosso
8. 39 anos	Eu estava parado, e aí surgiu essa oportunidade, e	Fazer VD, orientar as mães na amamentação pra criança	Relembrou as funções básicas que a gente tem que fazer. E acrescentou
9. 41 anos	oportunidade para estar trabalhando na própria	VD, orientar os usuários	foi bem esclarecedora, orientou a gente muitas coisas, veio dar clareza poder
10. 42 anos	eu trabalhava na Barra da Tijuca e eu estava cansada	Visita domiciliar	Eu gostei, achei bastante extenso, com muitas informações, coisa que a gente
11. 36 anos	Eu já tinha um ano e meio que eu tava trabalhando	Grupos de educação em saúde	No começo, pra gente estar se organizando, porque ia pro curso,
12. 42 anos	eu trabalhava no Centro e era muito cansativo, e aqui	Os grupo, a caminhada, VD	O curso foi muito bom, os ensinamentos, as coisas que a gente
13. 40 anos	Necessidade financeira, já trabalhava de carteira	visita domiciliar	Esse curso eu gostei muito, tem pessoas que acreditam no trabalho do ACS, não
14. 49 anos	eu estava desempregada	Prevenção, orientação, educação e tudo que envolve a saúde	Eu achei o curso muito gratificante, tirar nossas dúvidas, trazer o que a gente aprendeu lá pra comunidade, em
15. 41 anos	Primeiro, na época que eu fui fazer a prova estava	acompanhamento da gestante. Eu acho que é o mais importante	apesar de às vezes ter uns contra tempos com negócio de sala lá mas eu
16. 50 nos	Estava desempregada	prevenção das doenças	Foi maravilhoso, conhecimento mesmo pra gente
17.40 anos	Estava desempregada	Grupo de educação em saúde/prevenção das doenças	A gente aprendeu várias coisas, várias matérias que tinham se perdido ao
18. 37 anos	Trabalhei de 1998 à fevereiro de 2003 como	Visita Domiciliar e atividade em grupo, educação em saúde	Perfeito
19. 41 anos	Pela oportunidade, eu estava desempregado	Promoção da saúde	Foi interessante, ele segurou muitas coisas, abrangeu nossas atividades
20.51 anos	Porque na época eu estava desempregada, foi uma	a prevenção e orientação das mães	Foi bem proveitoso, a gente aprendeu muitas coisas. A gente sabia, só
21. 40 anos	No primeiro momento foi por conta de desemprego,	Visita Domiciliar ainda é a mais importante	Foi uma das melhores experiências na minha vida pessoal e profissional

ANEXO D - QUADRO DE ANÁLISE 02

Nome	Mudanças percebidas após o curso	Mudanças no relacionamento com a equipe	Mudanças no relacionamento com a comunidade
1. 33 anos	Ampliou o olhar	No início perguntaram qual era a nova função, depois ficou tudo na boa	Não
2. 60 anos	Mudou a forma de orientar e ver mais de perto	Não. No início achavam que iam ganhar mais para fazer a mesma coisa	Não
3. 49 anos	Mudou a abordagem ao cadastrado	Não. Houve compartilhamento das informações	Sim. Olhar diferente para algumas situações
4. 44 anos	Sim. organizou melhor a forma da gente trabalhar.	Sim. Houve ciúmes.	Não, continuo a mesma
5. 37 anos	SIM. passei a olhar mais pra família mais pra todos os problemas de	o curso não teve influência	Sim. A gente montou um grupo de mulheres maravilhoso
6. 46 anos	Sim. Porque teve muita informação que a gente não sabia.	Não, a gente continua fazendo as mesmas tarefas	Sim. Eu passo informações que eu recebi no curso para os
7. 47 anos	Sim. curso você vê que eles te dão emponderamento pra você saber	Muito. A gente não é aquele ACS comum. Você fazendo valer o direito	Sim. A gente pode passar pra eles uma coisa com embasamento
8. 39 anos	Sim. unidade ela é pequena, não tem espaço, atende muitos grupos	Os ACS sim, ainda mais que a gente ia ganhar mais que eles. Agora não, eles	Não
9. 41 anos	Sim. Algumas, mas acho que o principal foi a nossa cabeça. É	Os ACS que a gente ia ganhar mais que eles. Como nós somos técnicos	Não
10. 42 anos	Sim. Houve pra melhor. Mudou o jeito de atender, de olhar, as vezes	Houve, sim. Porque abriu mais a minha mente, agente sempre repassa	Sim. Na minha área em relação à informação Saber orientar, saber
11. 36 anos	Sim. Sempre há mudanças. Quando a gente vê coisas novas sempre a	Sim, a nossa enfermeira é uma pessoa maravilhosa, ela foca mesmo	Sim. Quando nós entregamos o tcc na nossa comunidade
12. 42 anos	As metas a gente tem que cumprir fora do que a gente tem que fazer.	Os ACS sim, ainda mais que a gente ia ganhar mais que eles.. Como nós	Não
13. 40 anos	Sim. , termo jurássico, época do PACS, agente já fazia a mesma	Não	Sim. Levando mesmo o planejamento, levantamos a
14. 49 anos	Sim. A gente abriu mais a mente em como lidar com as pessoas da	Sim, porque a gente ouve mais. Antigamente falava mais, tinha mais	Sim. Porque agora eu paro mais para ouvir eles. Em vez de só
15. 41 anos	Abriu um leque de opções, um leque de fazer ações. Me facilitou	Não	Sim. Porque algumas coisas que a gente aprendeu com o curso a
16. 50 nos	Sempre há mudanças. Quando a gente vê coisas novas sempre a	Sim. No início eles falavam "Fala com elas que elas sabem mais" com o	Quando é agente comunitário tem que ter essa visão
17. 40 anos	Sim. Sempre há mudanças. Foi legal também que nas nossas	Sim. No início eles falavam "Fala com elas que elas sabem mais" com o	Sim
18. 37 anos	Sim. Mudou muita coisa em relação a organização do trabalho.	Não, pois sempre tive um bom relacionamento com a minha equipe	Sim. A gente começou a aplicar. Quando eu voltava do curso eu
19. 41 anos	Sim. Antes do curso era uma coisa mais espontânea, coisas que a	Não	Não. A mesma coisa só que com foco/olhar diferente
20. 51 anos	Foi bem proveitoso, a gente aprendeu muitas coisas. A gente	Sim. A enfermeira bota a gente pra liderar o grupo. Eu fiz o curso técnico	Sim. Porque a gente vai lá em cima nas VD's, faz grupinho, fala
21. 40 anos	Sim. Muito mais na forma de me colocar também. Antes eu ficava mais calada, ficava com receio de	Houve mudança na questão de me colocar, do planejamento do trabalho, a estratégia acaba mudando	Sim. Também, mas muito mais da minha parte do que a parte deles, muito mais a minha posição do

ANEXO E - QUADRO DE ANÁLISE 02

Nome	Sugestão de conteúdo para o curso	Sugestão para melhorar o curso	Eixos que influenciaram a prática de trabalho
1. 33 anos	Não	Não	Promoção de Vigilância em Cuidados de Saúde
2. 60 anos	Não	Não	Todos eles ficam
3. 49 anos	Aprender a verificar a pressão arterial e os	TCC deveria ser realizado no território de trabalho	Educação em saúde, história eo o eixo dos convidados
4. 44 anos	O conteúdo esta ótimo	Não	Eixo trabalho e das políticas públicas
5. 37 anos	Não	Não	educação em saúde. Para organizar grupos começou a pensar mais e ver como poderiam ser
6. 46 anos	Tinha que ter mais na prática pra gente ver o	Aumentar a prática	História, não conhecia a história da saúde
7. 47 anos	faltou aferir uma pressão, fazer um curativo	Sim. Ficaria mais na área da saúde	Educação em saúde
8. 39 anos	Não	tentar fazer os cursos pertos das áreas e chamar mais	Planejamento, como a gente planejar as nossas atividades organizado
9. 41 anos	Não	fazer os cursos pertos das áreas e chamar mais agente	Política eu também achei legal
10. 42 anos	Não. Achei que teve até conteúdo demais, tinha coisa que agente nem sabia que fazia parte e	Não. Eu gostei do meu, entendeu? mas eu só achava que este curso não devia ser só para nós ACS, enfermeiros	Educação em Saúde. Que nós pegamos mais conhecimento de muita coisa para orientação
11. 36 anos	Não	O material didático. Não dava pra enxergar	Educação em Saúde
12. 42 anos	Não	Sim. Lá na FIOCRUZ tentar fazer os cursos pertos das	Planejamento, como planejar as nossas atividades
13. 40 anos	Não	Continuar a mesma coisa para todos	Planejamento, você não pode fazer as coisas a La vontade.
14. 49 anos	Não	Sim. Quem divide território se preocupasse com isso e	História da Política, porque a gente conhece a política da saúde, como se planeja, porque as
15. 41 anos	Não.	Não.	Educação em Saúde. O professor falar de erva de chá, isso bateu muito com a minha realidade, primeiro que eu sou umbandista né,
16. 50 nos	Não. Os conteúdos foram bem explorados	O material didático. Não dava pra enxergar	Educação em Saúde. Quando a gente conheceu o movimento sem terra, ver aquela realidade, aquilo ali ficou
17. 40 anos	Não	O material didático. Não dava pra enxergar	Educação em Saúde. Quando a gente conheceu o movimento sem terra
18. 37 anos	Sim. Saúde Mental, faltou muito	Sim. Saísse a parte política da escola e secretaria Formação	O Educação e Saúde, porque eu achei muito bom. . A questão da formação do Tcc, nós
19. 41 anos	Não	Não	Não sei dizer o que mais assim. Acho que todos eles se completam
20. 51 anos	Não	Sim. Eu acho que as aulas vividas no campo foram	O de história sem dúvida, Estado, Sociedade e política
21. 40 anos	Não. Eu gostei tanto do curso que eu não consigo	Não	O eixo Estado, Sociedade e Políticas Públicas. Não sei se foi porque a gente já começou

APÊNDICE F – QUADRO DE ANÁLISE 04

Nome	Perspectiva de futuro
1. 33 anos	Estou cursando o primeiro ano de nutrição
2. 60 anos	Sim. Serviço Social
3. 49 anos	Gostaria de fazer a faculdade de serviço social
4. 44 anos	Sim. Passei para a faculdade de serviço social.
5. 37 anos	Estou com dúvida
6. 46 anos	se eu pudesse fazer o curso de álcool e drogas
7. 47 anos	Sim, Serviço Social ou sociologia
8. 39 anos	Eu parei, estou meio velho pra voltar a estudar. Talvez eu tente fazer
9. 41 anos	Estou estudando Serviço social
10. 42 anos	Eu estou fazendo letras
11. 36 anos	Eu também sou ASB eu já tentei várias vezes fazer o técnico de Sb
12. 42 anos	Não estou estudando e no momento não quero
13. 40 anos	Consegui concluir o curso de enfermagem, vou mais ainda
14. 49 anos	No momento não
15. 41 anos	Sim, estava fazendo faculdade de RH, dei uma paradinha, estava
16. 50 nos	Eu pensei em fazer assistente social, mas o que me embarra é que eu
17. 40 anos	Não sei.
18. 37 anos	Sim, pretendo. Foi questão de tempo mas estou me organizando e
19. 41 anos	Sim, estou fazendo preparatório para concurso público dentro ou
20. 51 anos	Sim, eu queria fazer técnico de farmácia ou técnico de higiene bucal
21. 40 anos	Eu sempre penso em voltar e fazer faculdade mas toda vez eu acabo