



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



Jaqueline Rocha Assis

**A Formação pelo Trabalho para o Cuidado em Saúde das Agentes Comunitárias  
em Saúde do Município de Itajaí (Santa Catarina)**

Rio de Janeiro

2020

Jaqueline Rocha Assis

**A Formação pelo Trabalho para o Cuidado em Saúde das Agentes Comunitárias  
em Saúde do Município de Itajaí (Santa Catarina)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares

Rio de Janeiro

2020

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

The Training through Work for the Health Care of Community Health Workers in the Municipality of Itajaí (Santa Catarina)

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

A848f      Assis, Jaqueline Rocha.  
A formação pelo trabalho para o cuidado em saúde das agentes comunitárias em saúde do município de Itajaí (Santa Catarina) / Jaqueline Rocha Assis. -- 2020.  
93 f. : il. color. ; graf. ; mapas

Orientadora: Maria de Fátima Lobato Tavares.  
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Atenção Primária a Saúde. 2. Agentes Comunitários de Saúde. 3. Assistência à Saúde. 4. Capacitação Profissional. 5. Coleta de Dados. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.14098164

Jaqueline Rocha Assis

**A Formação pelo Trabalho para o Cuidado em Saúde das Agentes Comunitárias  
em Saúde do Município de Itajaí (Santa Catarina)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde

Aprovada em: 04 de setembro de 2020.

Banca Examinadora

Prof<sup>o</sup> Dr. Carlos Alberto Severo Garcia Junior

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof<sup>a</sup> Dra. Lilian Miranda

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares (Orientadora)

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública

Rio de Janeiro

2020

À Maria da minha vida, minha avó, Maria Odete Tavares.

*A utopia não consiste no irrealizável, nem é idealismo, mas, sim, a dialetização dos atos de denunciar e anunciar, os atos de denunciar a estrutura desumanizante e de anunciar a estrutura humanizante. Por essa razão, a utopia também é engajamento histórico.*

*PAULO FREIRE, 1979*

## RESUMO

O trabalho na Atenção Primária em Saúde (APS), no Sistema Único de Saúde (SUS), é composto por complexidades e sutilezas das ações de cuidado presentes no cotidiano e atravessado pelo modo de vida dos territórios em que estão inseridos os trabalhadores e trabalhadoras. A trabalhadora Agente Comunitário de Saúde (ACS) é reconhecida como potente produtor de cuidado nestas relações e coopera para a construção de um modo ampliado de APS por meio da inovação das práticas de saúde em perspectivas coletivas e da conexão com o território e das necessidades de saúde. Elencamos como objetivo geral deste trabalho: analisar a relação do processo formativo dos Agentes Comunitários em Saúde e o cuidado em saúde das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) matriciadas pelas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município de Itajaí (SC). Como objetivos específicos: identificar a concepção de cuidado em saúde dos Agentes Comunitários de Saúde das eESF matriciadas pela equipe NASF do município de Itajaí; descrever o processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde das eESF matriciadas pela equipe eNASF do município de Itajaí; analisar os sentidos do processo formativo em relação as suas práticas para os Agentes Comunitários de Saúde das ESF matriciadas pela equipe NASF do município de Itajaí. Trata-se de um estudo de caso de enfoque qualitativo. Foram utilizados para coleta de dados entrevistas semiestruturadas, observação participante e análise documental e a triangulação foi escolhida como método para análise dos dados. Foram entrevistadas 15 ACS inseridas em equipes de ESF de dois bairros do município de Itajaí (SC) que possuem matriciamento das equipes NASF. Duas categorias de análise foram evidenciadas: os sentidos da formação pelo trabalho para as ACS e o trabalho das ACS como cuidado em saúde. Observou-se o reconhecimento do aprendizado pelo trabalho como dado pelo cotidiano, o favorecimento de atividades de formação no modelo de capacitação. Evidencia-se a essencialidade do trabalho em saúde como produtor de autonomia nos territórios e a importância de espaços coletivos de aprendizagem pelo trabalho e no trabalho que possam construir ser produtores de fazeres críticos-reflexivos contrário a alienação e fragmentação deste saber entre as equipes na APS.

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde; Formação pelo Trabalho; Agentes Comunitários de Saúde; Cuidado em Saúde.

## ABSTRACT

The work in Primary Health Care (PHC), in the Unified Health System (SUS), is composed of complexities and subtleties of the care actions present in daily life and crossed by the way of life of the territories in which workers are inserted. The hardworking Community Health Works (CHW) is recognized as a powerful producer of care in these relationships and cooperates to build a broader way of PHC through the innovation of health practices in collective perspectives and the connection with the territory and health needs. Cheers. We list as the general objective of this work: to analyze the relationship between the training process of Community Health Works and the health care of the Family Health Strategy (FHS) teams registered by the teams of the Family Health Support Center (FHSC) in the city of Itajaí (SC). As specific objectives: to identify the concept of health care of the Community Health Work of the FHS registered by the FHSC team in the municipality of Itajaí; describe the work process of FHS Community Health Work registered by the FHSC team in the municipality of Itajaí; to analyze the meanings of the training process in relation to its practices for the Community Health Work of the FHS registered by the FHSC team in the city of Itajaí. This is a case study with a qualitative approach. Semi-structured interviews, participant observation and document analysis were used for data collection and triangulation was chosen as a method for data analysis. Fifteen CHWs were interviewed, inserted in ESF teams from two neighborhoods in the municipality of Itajaí (SC) that have FHSC team matrix. Two categories of analysis were highlighted: the meanings of training through work for the CHW and the work of the CHW as health care. It was observed the recognition of learning by work as given by everyday life, the favoring of training activities in the training model. The essentiality of health work as a producer of autonomy in the territories is evidenced and the importance of collective spaces for learning by work and at work that can build to be producers of critical-reflexive actions contrary to the alienation and fragmentation of this knowledge among the PHC teams.

Keywords: Primary Health Care; Training through Work; Community Health Workers; Health Care.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

APS – Atenção Primária à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ACS – Agente Comunitária de Saúde

EC – Emenda Constitucional

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

DAB – Departamento de Atenção Básica

SGETS – Secretaria de Gestão e Trabalho para a Saúde

MS – Ministério da Saúde

EPS – Educação Permanente em Saúde

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

SC – Santa Catarina

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CONACS – Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde

PNACS – Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde

OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

ACE – Agente de Controle de Endemias

RAS – Rede de Atenção à Saúde

PL – Projeto de Lei

Profags – Programa de Formação Técnica em Enfermagem para Agentes de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

UBS – Unidade Básica de Saúde

PET-Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

UNIVALI – Universidade do Vale do Itajaí

FAMAI – Fundação do Meio Ambiente de Itajaí

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

AC – Análise de Conteúdo

EPS – Educação Permanente em Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	22
2.1 OBJETIVO GERAL.....	22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	23
<b>3. JUSTIFICATIVA</b> .....	23
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	25
4.1 TRAJETÓRIAS E TRABALHO DAS ACS.....	25
4.2 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	29
4.3 A FORMAÇÃO PELO TRABALHO PARA O CUIDADO EM SAÚDE.....	30
<b>5. MÉTODOS</b> .....	38
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	38
5.2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DA PESQUISA.....	39
5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	44
5.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	45
5.5 ANÁLISE DE DADOS .....	47
5.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	49
<b>6. DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	51
6.1. INTRODUÇÃO.....	51
6.2. CARACTERÍSTICAS DAS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE .....	52
6.3 CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE TRABALHO DAS ACS.....	55
<b>7. ANÁLISE E DISCUSSÃO</b> .....	59
7.1 INTRODUÇÃO.....	59
7.2 OS SENTIDOS DA FORMAÇÃO PELO TRABALHO PARA AS ACS.....	60
7.3 O TRABALHO DAS ACS COMO CUIDADO EM SAÚDE.....	66

<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>74</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>78</b>
<b>ANEXO A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA .....</b>	<b>86</b>
<b>ANEXO B - PRÉ-ROTEIRO/ESBOÇO DE DIÁRIO DE CAMPO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE .....</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ENSP/FIOCRUZ – ENTREVISTAS .....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXO E - AUTORIZAÇÃO DE REALIZAÇÃO E ASSUNÇÃO DE CORRESPONSABILIDADE .....</b>	<b>93</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho se coloca enquanto desafio diante da atual conjuntura. A intenção dessa pesquisa se dá em um período de mudanças no cenário político que produzem tensões no objeto da pesquisa e no debate proposto, porém contribui para a construção de outras possibilidades implicadas com a transformação social e reafirmação dos princípios ético-políticos fundantes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A conjuntura política tem provocado intensas disputas quanto ao modelo de atenção à saúde e riscos para a consolidação do SUS, apresentando desafios para a saúde coletiva no país. Desde a Reforma Sanitária Brasileira vivenciamos enfrentamento no campo político e institucional na construção da política pública de saúde e a efetivação do papel do Estado na garantia da saúde enquanto direito. Porém, a tensão institucional que vivenciamos a partir de 2016, acirrou este enfrentamento, onde recentemente tivemos:

a proposta ministerial de incentivar *planos populares* de saúde com subsídios fiscais, a flexibilização da propriedade da ESF – base de construção de redes regionalizadas com a recente aprovação de nova versão da PNAB 2017 com alterações substanciais -, e agudização do subfinanciamento crônico do SUS com a emenda constitucional (EC) n. 95/2016, definindo o congelamento dos recursos federais destinados ao SUS por vinte anos (MENDONÇA *et. al.* 2018, p. 36)

A aprovação da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, traz mudanças quanto as atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), assim como a Portaria n. 83/2018 e a Lei n. 13.595 de 2018 (modificou a Lei n. 11.450/2006) que alteram significativamente o modo de formação destes trabalhadores e definem quanto a inserção do ACS na Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>1</sup>. Segundo Morosoni e Fonseca (2018), estas mudanças carregam concepções que fragilizam o papel do ACS nas ações de cuidado em saúde, por meio da centralidade da clínica e na doença, pautada no risco e no controle das vidas, ignorando a necessidade da inserção deste trabalhador nos territórios e a potência do seu trabalho essencialmente comunitário, assim como fomentador da mobilização social.

---

<sup>1</sup> Reconhecendo as diferentes concepções de APS que estão presentes no histórico de construção deste modelo de organização de atenção à saúde, bem como o processo singular da instituição desta no país, referimos o termo APS como sinônimo de Atenção Básica (AB), reafirmando o compromisso da Saúde Coletiva no Brasil na construção e consolidação de uma atenção integral e abrangente de base territorial e comunitária.

Contrapondo este contexto, no intento contra hegemônico de reafirmar e reconstruir outras possibilidades de resistir/existir nesta conjuntura, sustentamos a defesa do SUS nesta dissertação de mestrado apontando os caminhos históricos de construção da APS, do trabalhador ACS e a potência do trabalho implicado enquanto formador de práticas de cuidado que construam produção de vida nos territórios.

Quanto a APS, diversas são as suas concepções, e correspondem ao processo histórico de construção e implementação deste modelo de organização de atenção à saúde, bem como as realidades sociopolíticas dos países em que se insere. A construção da APS tem seu marco central na proposta apresentada na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde em 1978, essencial para a expansão deste modelo. Porém, a abordagem de APS construída e consolidada no Brasil se fundamenta no princípio construído desde 1978, considerando a APS como “um sistema integrado de saúde, inseparável do desenvolvimento econômico e social, com enfrentamento dos determinantes sociais e promoção da participação social” (MENDONÇA *et. al.*, 2018, p. 33).

Deste modo, a APS constituída no Brasil e reafirmada nesta dissertação de mestrado, se pauta na perspectiva de uma APS integral e abrangente, tendo como horizonte de mudança o modo de organização da sociedade. Este posicionamento, “apesar de ser político, tem uma base epistemológica, está profundamente relacionado com uma visão de mundo e, conseqüentemente, com uma concepção saúde–doença” (DA ROS *et. al.*, 2014, p. 60). A concepção construída desde o momento da Reforma Sanitária Brasileira e que se pauta a construção da APS, é expressa no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) considerada historicamente como marco político para a fomentação da criação do SUS - que diz do conceito ampliado de saúde

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é o resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse de terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas da organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 4)

Com base neste conceito, a APS no Brasil se instaura como modo de organizar e efetivar este compromisso, sendo a organizadora da rede de atenção à saúde no país e carregar como suas principais atribuições, perspectivas que ancorem a relação das pessoas, seus direitos e seus

territórios. Deste modo, destacamos como principais atribuições da APS, promulgadas por meio da PNAB (2006),

ser porta de entrada do sistema de serviços de saúde; oferecer serviços com boa infraestrutura e qualidade bem integradas a rede assistencial; exercer maioria das necessidades de saúde da população; definir e orientar o caminho do usuário na rede de serviços com base nas necessidades de saúde; realizar a coordenação do cuidado, considerando os fluxos estabelecidos; responsabilizar-se pela população do seu território, incentivar ação comunitária e mediar ações intersetoriais para ampla abordagem dos determinantes sociais e promover a saúde (MENDONÇA et. al, 2018, p. 29, apud BRASIL, 2006).

As atribuições da APS são preconizadas por meio da implementação e ações de cuidado em saúde nos diversos municípios do país, inicialmente pelo Programa de Saúde da Família (PSF) e, posteriormente por meio da Estratégia de Saúde da Família, que “se beneficia dos aportes que conformam o campo da saúde coletiva, no diálogo com os acúmulos advindos do pensamento social latino-americano” (MENDONÇA *et. al.*, 2018, p. 34). Ela se concretiza por meio de uma equipe multiprofissional de saúde, sendo o ACS parte desta equipe com um papel essencial para a consolidação deste modelo e cuidado da população e territórios.

Desafio aqui um resgate histórico e epistemológico do trabalhador Agente Comunitário de Saúde (ACS), bem como a consolidação do seu fazer na APS no Brasil. Proponho a ressignificação do olhar sobre este trabalhador e verificar a potência do seu trabalho como formador dos modos de cuidado nos territórios da vida.

Segundo a Organização Mundial de Saúde os ACS “são profissionais selecionados e residentes nas comunidades que trabalham, responsáveis por atividades de saúde, de acordo com o que foi preestabelecido pelos sistemas de saúde” (SAMUDIO et al., 2017, p. 746 apud WHO, 1989). Apesar de retratarmos aqui a realidade do trabalho dos ACS na APS no Brasil, vale fazer um breve resgate histórico de experiências em alguns países a fim de localizar o surgimento desta profissão aqui no país, as contradições presentes na resistência desta profissão, considerando os investimentos coloniais de órgãos internacionais deste trabalho como um “serviço para pobres” (BORNSTEIN E STOTZ, 2008).

Samudio e colaboradores (2017) referem que nos anos 1920, na China, há registros do trabalho de agricultores analfabetos, que após treinamento, exerciam a função em meio expediente de trabalho como profissional de saúde. Estes “agentes de saúde” ficaram conhecidos como “Médicos Descalços”, “registravam casos de nascimento e morte; vacinavam contra a varíola e outras doenças; orientavam sobre limpeza de poços e cuidados médicos

básicos” (p. 746). Este modelo foi utilizado em outros países como Indonésia, Índia, Tanzânia, Venezuela, Honduras e Guatemala. Este modelo de atuação foi, com base nas experiências nestes países, , na Conferência de Alma Ata a base para definição do “papel do agente comunitário de saúde na prestação de cuidados na APS” (SAMUDIO *et. al.*, 2017, p. 746).

No Brasil, desde a década de 1940, há experiências positivas que indicaram para a possibilidade de “inclusão de pessoas das comunidades em equipes de saúde da atenção básica para auxiliar o desenvolvimento das práticas e aproximar a cultura e o conhecimento da população dos saberes dos profissionais” (FURLAN, 2013, p 368).

Porém, é em 1976 que o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) é criado e implementado em alguns municípios. Com um vínculo diferenciado os profissionais contratados eram de baixa escolaridade e residentes da comunidade em que atuavam. Em 1987, há a reconhecida experiência do PIASS no Ceará, onde houve a contratação de 6.113 trabalhadores para a realização de ações de saúde na APS. Após o início do PIASS, registrou-se, como um dos indicadores importantes, a queda da mortalidade infantil, “cuja taxa reduziu de 60 por mil nascidos vivos em 1981, para 25 por mil, em 1990, além do incremento da vacinação” (BARRETO *et al.*, 2018, 114). Vale ressaltar que “a inclusão desses agentes veio ao encontro da necessidade dos programas de ter apoio à execução das práticas e a implantação com custos baixos” (FURLAN, 2013, p. 369).

Vidal, Motta e Siqueira-Batista (2015) consideram que a inserção e institucionalização das ações destes profissionais na APS no Brasil se deu como parte do movimento gerado em decorrência da 1ª Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários, assim como a 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde em 1986, que gerou a Carta de Ottawa, trazendo diretrizes para ação comunitária em âmbito local e ampliando o modo de fazer e pensar saúde em todas as políticas. Assim, o modelo de atenção à saúde focado no território, destacando as famílias dentro de seu contexto de determinação e determinantes sociais apontaram a pistas para a construção de estratégias de cuidado em saúde.

Neste contexto, na década de 80, vivenciávamos no Brasil a ditadura militar, onde em um ambiente de repressão, os movimentos democráticos mantinham pautas e se organizavam enquanto resistência ao regime imposto. Na saúde, a resistência foi expressa pela organização e atuação do Movimento da Reforma Sanitária, contando com a articulação das universidades,

trabalhadores e sociedade civil. Por meio deste movimento, junto ao processo de redemocratização do país, constitui-se o Sistema Único de Saúde, garantido constitucionalmente em 1988, materializado como direito de todos e dever do Estado no artigo 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), como posteriormente na criação da Lei 8080/1990 (VIDAL, MOTTA E SIQUEIRA-BATISTA, 2015).

Imensos desafios colocaram-se para a efetivação das garantias constitucionais e legitimação da política pública de saúde no Brasil. Apesar do contexto global neoliberal, e com expansão do capitalismo, é criado em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) “com o objetivo de ser uma estratégia nacional de mobilização de forças sociais da população, para a conquista de saúde, acesso aos serviços e estratégias de cuidado” (FURLAN, 2013, p. 369). Ainda segundo a autora,

A criação do PACS nacional justificava-se pelos bons resultados das experiências anteriores da integração do ACS à equipe local, não somente quanto ao relacionamento da população com o serviço da saúde, mas também pela sua capacidade de resolver ou evitar parte dos problemas que ocasionavam o congestionamento do sistema. Então, por meio da figura do ACS, pessoa capacitada em saúde, de origem da própria comunidade e integrada à equipe de saúde local, era esperada a formação de um vínculo comunidade-serviços forte e ampliado (FURLAN, 2013, p. 369).

Em 1994 surge o Programa de Saúde da família (PSF) como proposta de reorganização dos serviços da APS. Esta reorganização centra-se na modificação do modelo de atenção, de forma a intentar romper com o paradigma médico-centrado e hospitalocêntrico constituído como hegemônico no modo de cuidado em saúde.

Pela expansão do PSF organizador do cuidado na APS em território nacional e os impactos nos territórios alcançados pelo mesmo, o Ministério da Saúde instituiu em 2006 a Estratégia da Saúde da Família (ESF), reafirmando os modos de cuidado pela perspectiva da integralidade e clínica ampliada de base territorial (VIDAL, MOTTA E SIQUEIRA-BATISTA, 2017, p. 133), princípios instituídos na publicação da Política Nacional de Atenção Básica (2006), que segundo Fausto (2018, p. 56)

é coerente aos princípios e conceito ampliado de saúde presentes no texto constitucional de 1988, norteador da criação do SUS, ao prever a oferta e organização de ações e serviços na perspectiva da atenção integral em saúde, desde a promoção à reabilitação, com potencial para impactar nos determinantes sociais da saúde.

Também é a partir da publicação da PNAB em 2006, que os ACS têm as suas atribuições definidas e tornam-se integrantes da equipe multiprofissional que compõe a ESF, formada por: agentes comunitários de saúde, enfermeiro, médico e técnico de enfermagem. Outro marco importante da instituição desta profissão após constituição da ESF é a aprovação da Ementa Constitucional 51 (2006)

que determinou a admissão de ACS por meio do processo seletivo público e promulgada a lei nº 11.350 que criou a profissão de ACS, estabelecendo como suas atribuições a prevenção de doenças e a promoção da saúde mediante ações domiciliares ou comunitárias (BARRETO *et. al.*, 2018, p. 115).

Muitos são os marcos institucionais governamentais que organizam o trabalho do ACS. Ao longo dos anos os instrumentos normativos foram regidos pelo Ministério da Saúde (MS), por via do extinto Departamento de Atenção Básica (DAB), porém, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) em 2003, este se tornou um espaço potente na produção de estratégias de ações com base nas atribuições destas trabalhadoras, bem como para a formação no e para o trabalho em saúde. Morosoni e Fonseca (2018, p. 371) ressaltam também sobre a regulação atribuída ao Poder Legislativo “que aprova, ao longo dos anos, um conjunto de leis em resposta às demandas do movimento organizado desses trabalhadores e, também, da ação política do próprio MS”.

Estima-se que 263.756 trabalhadores ACS integravam as ESF no Brasil em agosto de 2018, com presença em 98% dos municípios. Esta categoria é composta de diversas qualificações profissionais, geralmente sem atuação anterior no campo da saúde. A maioria dos trabalhadores é de mulheres que conciliam sua atuação com o trabalho exercido no lar (MOROSONI E FONSECA 2018).

Quanto às atividades realizadas pelas mesmas, evidencia-se no cotidiano dos serviços a diversidade nas atividades realizadas por estes trabalhadores, visto a dinamicidade dos territórios em que estão inseridos e as diferenças regionais da inserção da ESF no Brasil. Em revisão biográfica interativa, Samudio e colaboradores (2018) constataram em estudos nacionais a ênfase na definição do trabalho do ACS como elo entre a comunidade e ESF, “repassando-lhes suas condições de saúde, demandas e ofertas de cuidado com base nas necessidades dos usuários, além de facilitar o acesso daqueles que precisam de atendimento”

(p. 754), esta definição também é reconhecida no trabalho realizado pelos trabalhadores comunitários de saúde internacionalmente (MOROSONI E FONSECA, 2018).

O trabalho do ACS como “elo entre comunidade-serviço” é expressão da concepção deste trabalho, porém esta “função” está para além de um informante ou notificador de indicadores epidemiológicos do território, mas é referência de um trabalho fundamentado no ideal de

problematizar e transformar o cotidiano e as condições de vida das pessoas, compreender as relações e a dinâmica dos sujeitos na sua complexidade, podendo ser um agente disparador desde a análise sobre o contexto e as ofertas a serem elaboradas para a comunidade e serviço. Partir de intervenções que poderiam estimular a criação de Espaços Coletivos, propiciadores da análise do contexto e poderes, da ação das pessoas e a apropriação do espaço pelos sujeitos que nele vivem. Olhar e agir no território além da cartografia. Em tese, o ACS que, além de trabalhador, é membro da comunidade, traria em si a cultura e o saber locais, o que o potencializaria como um agente para introdução de novos conceitos e práticas para a comunidade e para a equipe de saúde (FURLAN, 2013, p. 372).

Observa-se, portanto, que as ações dos ACS no cotidiano das equipes em que estão inseridos estão tensionadas entre o ideal apresentado e o real deste trabalho. Morosoni e Fonseca (2018), refletem que o trabalho do ACS se insere em muitos territórios como reprodução das práticas exercidas pela equipe da ESF, tendo em vista a lógica de “monitoramento dos indicadores de resultados e produtividade” (p. 264). Assim, ainda segundo as autoras, “as ações de mobilização social e de atuação intersetorial, que exigem discussão, planejamento e diálogo com as pessoas e instituições” (p. 264), são minimizadas e pouco espaço dentro do trabalho se dedica a estas ações. Ou seja, a disputa do trabalho ideal e real se torna presente no cotidiano, trazendo sentidos diversos no exercício do trabalho do ACS e refletindo nas práticas de cuidado em saúde exercidas nos espaços de inserção das ESF.

O reconhecimento do trabalho enquanto característica formadora do ser, tem sentido histórico, é produtor de sentidos, modos de vidas e relações que se formam. Nesta perspectiva considera-se a necessidade do olhar para o trabalho enquanto formador, assim como espaço de mediação para a formação. Esta concepção se arraiga no sentido do trabalho enquanto plano da criatividade humana, de modo a “superar o conceito de trabalho reduzido ao contexto produtivo” (RAMOS, 2018, p. 58). Considerando isto, o trabalho em saúde se insere na criação de modos de manter (cuidar) e produzir vida. A complexidade deste trabalho se faz, e se

manifesta também nas singularidades do trabalho dos ACS e como se manifestam os modos do seu fazer no território. Samudio e colaboradores (2018, p. 758) referem que

Diante da complexidade de atribuições, torna-se imprescindível ofertar formação condizente. (...) A atuação das ACS na APS exige qualificação adequada e permanente, para assumir suas atribuições junto à ESF e à comunidade. (...) Os trabalhadores devem ser vistos como sujeitos de conhecimento e de cultura, entendendo que o primeiro se dá no exercício profissional. Também há o desafio epistemológico, especialmente quanto aos conhecimentos científicos e aos saberes profissionais técnicos e sociopolíticos, expressos pela relação teoria-prática.

Reconhecer os saberes destes trabalhadores é preciso a fim de fortalecer práticas de cuidado que possam ser reconhecidas enquanto legítimas nos serviços, permitindo o surgimento das diferenças, culturas, individualidades, diálogos e aproximando os serviços para a compreensão legítima das necessidades de saúde da população. Diante disto, a Educação Permanente em Saúde (EPS) insere-se como um espaço potente de formação pelo e no trabalho nos espaços da APS.

O contexto de surgimento da EPS no Brasil vem carregado do histórico das construções teóricas e experiências internacionais no campo da educação desde a década de 30 na Europa, alcançando os incentivos de formação para trabalhadores da saúde na América Latina (FEUERWERKER, 2014). Apesar das contradições presentes neste processo de construção dos fazeres da formação pelo trabalho, no Brasil, a EPS se constitui como força política no campo das disputas entre modelos tradicionais e histórico-críticos de formação. A contradição é refletida na histórica perspectiva sobre o trabalho em saúde ao se considerar os trabalhadores como “recursos humanos”. Em relação a isso, Ceccim (2005) afirma

Tradicionalmente, falamos da formação como se os trabalhadores pudessem ser administrados como um dos componentes de um espectro de recursos, como os materiais, financeiros, infraestruturas etc. e como se fosse possível apenas “prescrever” habilidades, comportamentos e perfis aos trabalhadores do setor para que as ações e os serviços sejam implementados com a qualidade desejada. As prescrições de trabalho, entretanto, não se traduzem em trabalho realizado/sob realização (p. 163).

Lemos (2016) considera que um dos pontos de partida para a necessidade do surgimento da EPS no Brasil caminha junto aos desafios de implementação do SUS e do estabelecimento do texto da Constituição Federal, que em seu Artigo 200 que diz: “ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos

na área da saúde” (BRASIL, 1988). Deste modo, a formação de trabalhadores torna-se alicerce para o fazer coerente da perspectiva ético-política do SUS e torna necessário o deslocamento da concepção de trabalhadores enquanto “recursos” para o estatuto de atores sociais das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde” (CECCIM, 2005, p. 163).

Apesar deste reconhecimento, é somente em 2003 que no Ministério da Saúde se instaura a Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES). E, em 2004, após constituição da SGTES junto à uma equipe vinculada à concepção da Saúde Coletiva e amparada aos princípios da reforma, a partir de experiências destes atores em gestão e atividades de formação para o SUS (FEUERWERKER, 2014), que “foi implantada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) pela Portaria 198, na qual o Ministério da Saúde assume a responsabilidade constitucional de ordenar a formação seus recursos humanos” (LEMOS, 2016, p. 915).

Segundo Ceccim (2005, p. 976), a criação da PNEPS é a representação do “esforço de cumprir uma das mais nobres metas formuladas pela saúde coletiva no Brasil: tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho”.

O início da difusão da EPS no Brasil se deu por meio da criação de Polos de Educação Permanente em Saúde nos municípios, o que gerou capilaridade na inserção deste modo de fazer formação pelo trabalho em vários territórios. Porém, o processo de implementação da política passou por períodos de mudanças, onde que em 2005 houve a troca do ministro da saúde, acarretando na mudança do quadro da equipe que participou deste processo desde a criação da SGTES. Em agosto de 2007, a Portaria GM/MS nº 1996 altera a PNEPS (LEMOS, 2016).

Ainda que enquanto política a EPS ter sofrido mudanças, produzindo polifonias nos modos de conceber e realizar, a “aposta da aprendizagem a partir da reflexão sobre a experiência e da educação permanente como estratégia de gestão entrou no repertório do SUS para não mais sair” (FEUERWERKER E CAPOZZOLO, 2018, p. 301).

Com um foco na aprendizagem por meio das suas práticas “a educação permanente constitui-se em importante ferramenta para abrir espaços coletivos de reflexão e negociação,

criando oportunidade para que as equipes interroguem e aprendam de sua própria prática” (FEUERWERKER E CAPOZZOLO, 2018, p. 302).

Produzir saúde nos diversos espaços está ligada à necessidade de transformação da formação e gestão do trabalho em saúde de uma maneira não somente técnica, mas no âmbito das relações, processos e atos de saúde, ou seja, “são questões tecnopolíticas e implicam a articulação de ações para dentro e para fora das instituições de saúde” (BRASIL, 2005).

É no reconhecimento do trabalho como formador em “ato vivo do trabalho” que há a reinvenção da autonomia do trabalho e a produção de atos de saúde. Merhy *et. al.* (2006) consideram que o trabalho é um espaço privado e é neste que ocorrem as relações intersubjetivas entre trabalhador e usuário, onde as coisas podem ser realizadas da maneira que produzem sentido para os envolvidos nesta relação. Ainda para os autores,

O mundo do trabalho é uma escola. É o lugar para olhar com cuidado os objetos das ações, das fazeres, dos saberes e convicções dos sujeitos. O mundo do trabalho, nos encontros que provoca, se abre para novas vontades e desejos, condenando-os a liberdade e a nos enfrentarmos com nós mesmos, com nossos atos e nossas implicações. (MERHY *et. al.*, 2006, p. 156).

Olhar para o espaço do trabalho em saúde e para o trabalhador proporciona o conhecimento das significações e potências da prática de cuidado enquanto produção de vida. Embora os contextos de práticas nos últimos anos têm coexistido com as perspectivas gerencialistas e a ênfase no instrumentalismo sobre o território e os usuários, “com pretensão de governar suas vidas com base nos diagnósticos e nas prescrições sobre como se deve viver” (FEUERWERKER E CAPOZZOLO, 2018, p. 301).

Melo e Mattos (2018) descrevem quatro tipos de práticas de cuidados exercidas pelos profissionais de saúde que tem norteados os modos de pensar que refletem na atuação e organização dos serviços, sendo estes: *a doença, o risco, a pessoa em sofrimento/adoecimento e a pessoa em sua potência de vida*. Definem o modo de cuidado baseado na *doença* como aquele produzido por práticas biomédicas, centradas na doença e sobrepondo esta ao sujeito, seu contexto e sua subjetividade. O segundo modo é o de *risco*, “tal noção remete a elementos ou condições individuais e coletivos que influenciam o estado de saúde”, sendo foco das práticas de cuidado, reduzir ou evitar os “riscos de adoecimento ou agravamento de doenças” (p. 102). O modo centrado no *sofrimento e adoecimento* reconhece os sentidos da doença para

os sujeitos, “que as pessoas podem sofrer mesmo não tendo doença, de que os sofrimentos podem gerar doença e, principalmente, de que as demandas dos usuários são legítimas” (p. 103), promovendo assim, a utilização de diferentes recursos para o cuidado diante da percepção das singularidades do viver de cada um.

No quarto modo de cuidado, baseado na *potência de vida*, Melo e Mattos (2018) definem que este “baseia-se na perspectiva de que é importante valorizar e reforçar a capacidade de viver, de produzir (novos) sentidos para a vida individual e coletiva” (p. 104). Neste modo, o cuidado se produz no encontro, marcado pela mobilização ético-política que se dão por meio dele

Também contempla: o imperativo ético de levar a sério toda e qualquer demanda e sofrimento dos que buscam a equipe, sem descuidar da compreensão sobre a complexa produção social de necessidades de saúde e sentidos de vida das pessoas; a contínua reflexão sobre a capacidade da Atenção Básica de contribuir para a gestão do cuidado de cada um consigo de modo autônomo e não isolado, e para uma vida produtiva (com potência de produzir novos sentidos individuais e coletivos) e feliz (MELO E MATOS, 2018, p. 105).

A prática do cuidado para a produção de “projetos de felicidade” é uma proposta política (AYRES, 2004), potente ao se inserir entre as barreiras estruturais dos modos de vida perversos que permeiam os territórios em que estão inseridas as ESF. O desafio se faz nos serviços e para os trabalhadores de saúde em recuperar/ressignificar o cuidado em saúde, promovendo modos de atenção que possam ser produtores de potência de vida nos territórios. Segundo Akerman e Feuewerker (2006), para isto acontecer, torna-se:

necessário desenvolver novas tecnologias de cuidado, ampliar a capacidade de acolhimento dos serviços de saúde, ampliar a capacidade de escuta e de responsabilização dos trabalhadores de saúde, ampliar sua capacidade de lidar com a dor e o sofrimento e de trabalhar pela autonomia das pessoas sob seu cuidado (p. 178).

O matriciamento enquanto dispositivo de cuidado em saúde se insere como uma tecnologia que corrobora a isto. Este dispositivo é realizado pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), porém pode ocorrer em outros espaços além da APS e realizado por outros atores neste mesmo espaço.

O NASF torna-se potente para o apoio como retaguarda especializada no atendimento de casos em que outros saberes são necessários para o cuidado, em sua dimensão clínico assistencial, bem como para o apoio na troca de saberes com outros profissionais da equipe em

sua dimensão técnico-pedagógica (BRASIL, 2014). É na troca, no encontro, trabalhador-usuário, trabalhador-trabalhador, que a equipe NASF se insere junto aos trabalhadores da ESF e possibilita por meio disto, a construção de espaços de diálogo e aprendizados junto à equipe no cotidiano do trabalho para a produção de saúde (MELO E MIRANDA, 2018).

Refletindo sobre os aspectos evidenciados sobre o processo de formação pelo trabalho e os modos de cuidado exercidos no contexto da APS pelos Agentes Comunitários de Saúde, surgem como questões norteadoras desta pesquisa:

- Como acontece o processo formativo do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de saúde da família?
- Em que base se dá a relação do processo formativo do Agente Comunitário de Saúde com o cuidado realizado na Estratégia em Saúde da Família?
- De que forma o processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde é formador no sentido de potencializar reflexão crítica sobre suas práticas de cuidado na ESF?

A pesquisa vem ao encontro a este contexto e busca a compreensão das relações multifacetadas que se fazem nos espaços de prática da APS, reconhecendo os desafios e potencialidades, buscando verificar como acontece a formação pelo trabalho para o cuidado em saúde, apresentando-se como objeto de estudo:

- O Processo Formativo dos trabalhadores Agentes Comunitários em Saúde e o cuidado em saúde realizado no município de Itajaí – SC.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Analisar a relação do processo formativo dos Agentes Comunitários em Saúde e o cuidado em saúde das equipes de ESF matriciadas pelas equipes NASF no município de Itajaí (SC).

## 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a concepção de cuidado em saúde dos Agentes Comunitários de Saúde das eESF matriciadas pela equipe NASF do município de Itajaí;
- Descrever o processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde das eESF matriciadas pela equipe eNASF do município de Itajaí;
- Analisar os sentidos do processo formativo em relação as suas práticas para os Agentes Comunitários de Saúde das ESF matriciadas pela equipe NASF do município de Itajaí

## 3. JUSTIFICATIVA

Por meio da análise histórica do processo de formação das trabalhadoras ACS podemos afirmar a relevância desta pesquisa no reconhecimento destas profissionais na consolidação do

SUS e garantia do cuidado ampliado em saúde. Visualiza-se a potencialidade do processo de trabalho em saúde realizado pelas mesmas e a necessidade de construir/fortalecer os espaços formativos no cotidiano dos serviços de saúde a fim de promover o reconhecimento valorativo do trabalho como formador de práticas de cuidado, assim como o fortalecimento dos trabalhadores neste processo (MOROSONI E FONSECA, 2018; SAMUDIO et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2018;)

Os trabalhadores ACS por meio de lutas incessantes da categoria, firmaram conquistas importantes para a profissão. Na atual conjuntura política, vemos um projeto de APS que coloca em risco a potência deste trabalho, diante da fragilização dos vínculos e cerceamento dos direitos trabalhistas. Também se encontra em disputa o papel desta profissional no cuidado em saúde, diante das mudanças anunciadas na PNAB publicada em 2017, que limita o alcance do trabalho da ACS e distância da proposta ético-política do SUS, construída desde o Movimento da Reforma Sanitária no Brasil (BRASIL, 2017).

Deste modo, a pesquisa realizada traz a possibilidade de aproximar ao cotidiano destas trabalhadoras e dispor espaços de reflexão crítica. Esta pesquisa também aponta os sentidos do meu processo formativo enquanto profissional de nível superior diante da minha trajetória realizada, onde as ACS tiveram protagonismo em minha inserção nos serviços da APS durante minha formação no município de Itajaí, campo em que foi realizada esta pesquisa.

A aprendizagem do cuidado na APS se deu por mediação das práticas destas profissionais bem como a relação delas com seu trabalho. Durante o período em que realizei a formação na modalidade residência nos anos de 2015 a 2017, participei ativamente da implantação das duas primeiras equipes NASF no município de Itajaí, de modo que tive aproximação com o modo de trabalho e com as profissionais que compõem as equipes ESF nos bairros de Cordeiros e Cidade Nova. Assim, como participei da formação em saúde junto a estas, procuro também verificar o modo de aprendizagem das mesmas neste local, localizando as singularidades dos modos de formar pelo trabalho nos diferentes papéis de cuidado exercidos no espaço da ESF. Busco, ainda, compreender por meio desta pesquisa, fatores ainda não evidenciados em pesquisas realizadas no Brasil nos últimos anos e verificar o modo que a formação pelo trabalho e o cuidado em saúde acontecem.

Publicações científicas produzidas nos últimos anos corroboram com a relevância deste projeto. Em pesquisa realizada por meio de revisão integrativa pelas autoras Samudio e colaboradoras (2017), foram encontradas 240 publicações científicas em bases de dados nacionais e internacionais, sobre as atividades realizadas pelas ACS no período de 2010 a 2014. Na pesquisa, as autoras evidenciaram a necessidade de proporcionar uma adequada formação e ter acesso a educação permanente nos espaços da APS a fim de que estes trabalhadores possam ser valorados no exercício do seu trabalho junto a equipe e a comunidade.

Em busca de periódicos na base de dados Scielo Saúde Pública nos últimos dez anos utilizando o descritor “Agente Comunitário de Saúde”, foram encontrados 282 artigos nacionais publicados. Ao ser realizada pesquisa “Agente Comunitário de Saúde” AND “trabalho”, verificou-se o total de 172 artigos. Já na busca “Agente Comunitário de Saúde” AND “formação”, somente 70 artigos encontram-se na base de dados, e, “Agente Comunitário AND “Educação Permanente em Saúde”, apenas 18. Esta busca demonstra que apesar do arcabouço de publicações apresentados em revisões de literaturas anteriores, encontra-se um lapso de pesquisas quanto a formação deste profissional, considerando as singularidades do mesmo explicitadas neste estudo. Ainda, considera-se a necessidade de ampliação do debate por meio de produções científicas quanto a educação pelo trabalho e no trabalho, visto os incentivos institucionais constituídos por meio da Política Nacional de Educação Permanente e a inserção das equipes NASF nos territórios que potencializa por meio do apoio matricial e na constituição da sua dimensão técnico-pedagógica (CAMPOS, 2008; BRASIL, 2003).

## **4. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **4.1 TRAJETÓRIAS E TRABALHO DAS ACS**

A trajetória de inserção dos ACS no Brasil está diretamente relacionada com a formação das primeiras ações de cuidado em saúde realizadas como responsabilidade do Estado. Desde a década de 1930, estes trabalhadores vivenciam uma longa trajetória de mudanças do seu modo de trabalho e suas atribuições, acompanhando as mudanças político-institucionais no país, bem como o modo de organização do modelo de saúde.

Considerando estes fatores, e diante da longa trajetória de marcos na constituição do trabalho dos ACS, apresento a seguir quadro com o processo de construção de diretrizes institucionais no âmbito do SUS, atravessando a história política do país desde os anos 80:

Quadro 1 – Principais marcos instituintes do trabalho dos ACS no SUS (MOROSONI E FONSECA, 2018, p. 373 – 375)

GOVERNOS	ANO	FATO, DOCUMENTO NORMATIVO OU LEGISLAÇÃO
Sarney	1987	Lançamento do Programa de Agentes de Saúde do Ceará
Collor de Melo	1991/1992	Lançamento do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Pnacs), redominado Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs)
Itamar Franco	1994	Lançamento do Programa de Saúde da Família (PSF)
	1994	Criação da Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Conacs) por intermédio da Associação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
Fernando Henrique Cardoso	1997	Portaria n. 1886 do gabinete do MS – aprova as normas e diretrizes do Pacs e do PSF e define atribuições dos ACS
	1999	Decreto n. 3.189/1999 – fixa as diretrizes para o exercício da atividade de ACS e dá outras providências
	2002	Documento do MS “Modalidade de Contratação de Agentes Comunitários de Saúde: um pacto tripartite – orienta sobre as formas de contratação, apresentando a modalidade via Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) (lei n. 9.790/1999 – lei do terceiro setor), com direitos segundo a CLT
	2002	Lei n. 10507 de 10 de julho de 2002 – institui a profissão de ACS e estabelece a

		obrigatoriedade de realização de um curso de qualificação básica para este profissional
Luiz Inácio Lula da Silva	2003	Realização do Seminário Nacional sobre Política de Desprecarização do Trabalho no SUS – ACS é um dos trabalhadores enfocados
	2003	Instaurado procedimento investigatório n. 160/2003 pelo Ministério Público do Trabalho, para apurar as formas de contratação dos ACS, em razão das denúncias de vínculos precários
	2003	Portaria n. 2.430/GM/MS – cria o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS
	2004	Publicação do Referencial Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde – MS/Ministério da Educação e Cultura
	2006	Documento do Programa Nacional de “Desprecarização do Trabalho no SUS: perguntas & respostas” – Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS
	2006	Emenda constitucional n. 51/2006 – cria o processo seletivo público para o ACS e agente de endemias
	2006	Medida provisória 297 – revoga a lei n. 10507
	2006	Lei n. 11.350 de 5 de outubro de 2006 – estabelece o vínculo direto com estados e municípios via CLT e a formação inicial e continuada, mantendo o previsto na lei n. 10.507
	2006	PL n. 270/2006 – propõe o piso salarial dos ACS e ACE
	2014	Lei n. 12.994/2014 – estabelece piso salarial (R\$ 1.014,00) e as diretrizes para o Plano de Carreira dos ACS e ACE
	2015	Decreto n. 8.474 – regulamenta o piso salarial dos ACS e ACE
	2015	Nota técnica n. 09 de 2015 da Secretaria de Políticas da Previdência Social/MPS sobre o regime jurídico de trabalho e o regime previdenciário dos ACS e ACE
	2015	Publicação SGTES/MS do Plano de Regularização, Qualificação do Trabalho,

Dilma Rousseff		Educação e Valorização dos Agentes de Saúde (ACS/ACE)
	2015	Portaria n. 243/MS – dispõe sobre o curso introdutório para ACS e ACE e seu conteúdo
	2015	Protocolo n. 009/2015 da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS – institui as diretrizes da Agenda Nacional do Trabalho Decente para os Trabalhadores do Sus
	2016	Portaria n. 958/2016/MS – altera o Anexo I da portaria n. 2.488/2011 – suprime o ACS da equipe mínima da ESF com presença facultativa e intercambiável com o técnico de enfermagem
Michel Temer	2016	Revogação em 9 de junho de 2016 da portaria n. 958/2016 de maio de 2016
	2016	Projeto de lei n. 6.437/2016 – altera a lei 11.350, no que diz respeito às atribuições, à formação e aos direitos dos ACS e ACE
	2017	Portaria MS/GM n.2436, de 21 de setembro de 2017 – aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), tendo em vista a revisão da regulamentação de sua implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde (RAS)
	2018	Lei n. 13.595/2018 – altera a lei n; 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos ACS e ACE (deriva da PL 64/37), com vetos presidenciais).
	2018	Portaria n. 83/2018 – institui o Programa de Formação Técnica em Enfermagem para Agentes de Saúde (Profags)

Este quadro não esgota em si as definições e potências do trabalho do ACS no APS, porém é importante para demonstrar as complexidades que permeiam a constituição deste trabalho e a necessidade de reconhecer e constituir espaços de fortalecimento do modo de prática de cuidado em saúde deste trabalhador. A defesa, reconhecimento e fortalecimento do

trabalho do ACS é também defesa do SUS e do cuidado integral, abrangente e comunitário da APS no Brasil.

#### 4.2 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

A complexidade do tema “trabalho” reflete e traz a carregar de sentidos e significações construídas historicamente e que atravessam o nosso modo de ser e se colocar no mundo. Segundo Codo et al (1994, p. 86), a palavra trabalho é definida como “sinônimo de atividade, ocupação, ofício, profissão, tarefa, distingue-se do lazer, e aparecendo ainda como resultado de uma determinada ação”. É atividade realizada pelos sujeitos em relação e é mediado pela organização produtiva da sociedade em que está inserido. Segundo Marx (1985) o ser humano com sua própria ação impulsiona, regula e controla o intercâmbio material com a natureza. Deste modo, além de material, o trabalho é relacional, podendo também ser compreendido como “atividade que define o indivíduo como ser humano social” (DIOGO, 2005, p. 28). Assim, trabalho caracteriza-se como atividade social pela capacidade humana geradora de valores materiais socialmente reconhecidos frente sua utilidade social (CODO et al, 1994).

As ações nos processos de trabalho em saúde são variadas e correspondem às relações que os trabalhadores estabelecem com o seu processo. Reis, considera que

Os processos de trabalho respondem a finalidades. Na saúde, a finalidade precisa ser apreendida pelo conjunto de trabalhadores, podendo ser a produção do lucro, se tomarmos saúde como um bem de mercado, ou pode ser a defesa da vida e da cidadania, se tomarmos saúde como direito” (REIS et al., 2007, p. 657).

Portanto, ao se reconhecer a saúde como direito, os atos de cuidado produzidos no processo de trabalho potencializarão o surgimento da vida e suas mais variadas manifestações.

O trabalho em saúde é complexo, pode ser compreendido como um fenômeno sócio histórico realizado por diversos sujeitos que perpassam os espaços de atenção à saúde nos territórios, porém, apesar de sua diversidade, compreende-se a sua finalidade: o cuidado (SANT'ANNA E HENNINGTON, 2011).

Quando o processo de trabalho em saúde ocorre aliado à hegemonia, o trabalho vivo acaba por não revelar sua possibilidade crítica. O trabalho em saúde é dinâmico e criativo, permeado por relações e se manifesta por meio do cuidado em saúde e sua materialidade, ou seja, é um trabalho vivo em ato e se expressa na produção de vida (MERHY E FRANCO, 2008).

O modo de organização do trabalho em saúde na APS por muitas vezes carrega certo grau de normatização, produzindo amarras aos trabalhadores e aprisionando o trabalho vivo. O trabalho vivo em ato possibilita o encontro de linhas de fuga para a realização de práticas de cuidado com autonomia, liberdade e criticidade, demonstrando a potências das ações de saúde nos territórios. É a criatividade que se faz no espaço do trabalho que constitui relações e redes de afeto, bem como implicação dos sujeitos trabalhadores entre si, com os usuários, com o trabalho e com os territórios (FRANCO, 2006).

O trabalhador ACS vivencia o ato vivo do trabalho quando, nas singularidades deste são permitidas emergir as potencialidades do seu trabalho em saúde permitindo a governabilidade destes na produção de cuidado, de modo a promover sua autonomia nos espaços de trabalho. Este movimento é possível na troca entre sujeitos e na compreensão do outro e do espaço inserido como histórico social e potente na construção de outras práticas e saberes. Deste modo, o trabalho, como este espaço material, imaterial e relacional torna possível as aprendizagens e promoção de novos aprendizados no fazer cuidado em saúde.

#### 4.3 A FORMAÇÃO PELO TRABALHO PARA O CUIDADO EM SAÚDE

Cabe neste espaço trazer a reflexão a partir do diálogo com alguns autores sobre conceitos e campos que são centrais na construção desta dissertação: formação/educação, trabalho e cuidado em saúde. Não esgotando os conceitos em si as correlações entre estes, mas trazendo corpo teórico para a pesquisa e a análise dos resultados provenientes dela. Deste modo, para elucidar a discussão sobre “formação pelo trabalho” ou “trabalho como princípio educativo”, primeiramente cabe debruçar um espaço para debater a condição e percepção do que é trabalho.

Segundo Frigotto (2001 apud LUKÁCS, 1978, p. 73) “os seres humanos criam e recriam pela ação consciente do trabalho sua própria existência”, deste modo é o trabalho o que mantém

a vida humana dando conta das necessidades desta e possui em si, aspecto criador diante da ação de transformar (SAVIANI, 2007).

O trabalho constitui-se, por ser elemento criador da vida humana, num dever e num direito. Um dever a ser aprendido, socializado desde a infância. Trata-se de apreender que o ser humano enquanto ser da natureza necessita elaborar a natureza, transformá-la, pelo trabalho, em bens úteis para satisfazer as suas necessidades vitais, biológicas, sociais, culturais, etc. Mas é também um direito, pois é por ele que pode recriar, reproduzir permanentemente sua existência humana (FRIGOTTO, 2001, p. 74)

Sendo criador e central na vida humana é em si uma “necessidade eterna”, pois a sobrevivência humana está atrelada a esta condição e, deste modo, todas as comunidades humanas, em sua diversidade, estarão atreladas ao trabalho. Sendo uma necessidade, é também o trabalho constitutivo da identidade humana, construindo e sendo constituído por esta. (RIBEIRO, 2009; MARX, 1987).

Vale ressaltar as mudanças ocorridas durante os séculos na constituição do trabalho e a relação dos sujeitos com este nas diferentes sociedades, o tornando não somente modificador da história das civilizações, mas também da produção de identidades e existências. Neste sentido, Ramos (2010) explicita que há uma dupla determinação do trabalho, sendo:

ontológica – produção da vida humana independentemente do modo como se manifesta – e histórica, o que quer dizer que, ao longo de sua história, o ser humano organizou relações sociais de produção da vida que proporcionou o surgimento de diferentes formas de trabalho, tais como o trabalho primitivo, o servil, o escravo e o assalariado (p. 98).

Quanto à determinação histórica do trabalho, Ribeiro (2009) e Ramos (2010) relatam que nas sociedades primitivas a característica principal do trabalho era ser coletivo e solidário, de modo em que os sujeitos se apropriavam deste modo como forma de produzir sua existência. Neste processo os sujeitos se “educavam e educavam as novas gerações, de tal modo que a educação se identificava com a vida, com a sua produção” (RAMOS, 2010, p. 99), conferindo ao trabalho caráter educador.

Podemos considerar que sendo a origem educadora do trabalho conferida ao ato de exercê-lo, também é aprendido da própria existência, formador de si. Ou seja, a origem da educação é a origem do próprio ser. Porém, como relatado anteriormente, as relações de trabalho se modificam e são modificadas, deste modo, tem o trabalho e a educação uma relação histórica e ontológica, “histórico porque relativos a um processo produzido e desenvolvido ao

longo do tempo pela ação dos próprios homens; ontológico porque o produto dessa ação, o resultado desse processo é o próprio ser dos homens” (RAMOS, 2010, p. 99).

Assim, a relação trabalho e educação é também relação de identidade. Saviani (2007) considera que o homem não nasce homem, e sim, forma-se homem. O aprendizado de ser está vinculado ao aprendizado de produzir, como aponta a partir da análise a seguir:

(...) eles aprendiam a trabalhar, trabalhando. Lidando com a natureza, relacionando-se uns com os outros, os homens se educavam e educavam as novas gerações. A produção da existência implica o desenvolvimento de formas e conteúdos cuja validade é estabelecida pela experiência, o que configura um verdadeiro processo de aprendizagem. Assim, enquanto os elementos não validados pela experiência são afastados, aqueles cuja eficácia a experiência corrobora necessitam ser preservados e transmitidos às novas gerações no interesse da continuidade da espécie (SAVIANI, 2007, p. 154).

Este processo de produzir e produzir-se sujeito a partir disto, configurando aprendizados na existência é considerado pelos autores como a definição do trabalho como princípio educativo e instaura a perspectiva de formação pelo trabalho que estamos sustentando, de modo que a compreensão de formação pelo trabalho vai para além de uma análise pedagógica individualizada, mas que se dá no contexto de relação do ser com o mundo e como se constitui e constitui o outro a partir desta relação (FRIGOTTO, 2001; SAVIANI, 2007; RIBEIRO, 2009; RAMOS, 2010).

A partir desta compreensão ontológica da relação do homem e trabalho, vale aqui ressaltar a separação entre trabalho e educação e a forma como isto impactou nas relações de trabalho e tem impacto sobre a formação dos trabalhadores na sociedade capitalista.

A divisão do trabalho a partir da apropriação privada da terra provocou a cisão das comunidades primitivas, relatadas anteriormente como espaço de produção coletiva e solidária das relações, e por meio disto, houve a divisão dos homens em classes. A princípio as classes dividiram-se entre proprietários e não proprietários, e assim, aqueles que possuíam o controle privado da terra também passaram a ter o controle sobre o trabalho do que não possuía, sendo senhores destes (SAVIANI, 2007).

Na Antigüidade, tanto grega como romana, configura-se esse fenômeno que contrapõe, de um lado, uma aristocracia que detém a propriedade privada da terra; e, de outro lado, os escravos. Daí a caracterização do modo de produção antigo como modo de produção escravista. O trabalho é realizado predominantemente pelos escravos (SAVIANI, 2007, p. 155).

Saviani (2007) aponta que esta divisão em classes é provocadora da divisão também na educação. Considera que a partir do modo escravagista a educação foi separada entre destinada a classe proprietária (educação dos homens livres) e para a não-proprietária (educação para escravos e serviçais). Além da divisão a quem se destina a educação, também se diferencia o modo como ela é oferecida. Os homens livres tinham suas atividades educacionais “centradas na arte da palavra e nos exercícios físicos de caráter lúdico ou militar” (p. 155), já os serviçais e escravos tinham suas atividades direcionadas ao aprendizado do seu processo de trabalho.

A primeira modalidade de educação deu origem à escola. A palavra escola deriva do grego σχολή e significa, etimologicamente, o lugar do ócio, tempo livre. Era, pois, o lugar para onde iam os que dispunham de tempo livre. Desenvolveu-se, a partir daí, uma forma específica de educação, em contraposição àquela inerente ao processo produtivo. Pela sua especificidade, essa nova forma de educação passou a ser identificada com a educação propriamente dita, perpetrando-se a separação entre educação e trabalho (SAVIANI, 2007, p. 155).

Deste modo, é a partir da organização produtiva da sociedade que se dá a forma de organização da vida dos sujeitos e também da escola, porém, como espaço separado da produção. Esta separação após o surgimento da escola confere a educação uma dupla identidade, pois continua a existir no trabalho manual uma educação que se dava no próprio processo de trabalho, apesar de que por outro lado há a educação escolar, destinada ao trabalho intelectual (SAVIANI, 2007; RAMOS, 2009).

Esta separação demarcou as relações sociais por séculos, mas é a partir do surgimento da produção capitalista que a relação trabalho-educação tem uma outra determinação. No rompimento da sociedade feudal e a constituição da burguesia, a produção se vinculava as necessidades de consumo, promovendo o surgimento da sociedade de mercado. Neste modelo a sociedade se centra na cidade, indústria, potência material e sua estrutura deixa de ser natural e os laços sociais começam a se organizar por meio de contratos.

A partir da Revolução Industrial os ofícios também são simplificados produzindo novos modos de qualificação, pois as máquinas partem a ocupar o espaço do trabalho manual. Foi a partir deste impacto que a separação entre escola e produção foi colocada em xeque, onde está precisou se ligar com o mundo produtivo.

O avanço das relações capitalistas de produção levou também à ampliação das finalidades da escola, pois a proliferação da indústria passou a exigir um novo tipo de trabalhador. Já não bastava que esse fosse piedoso e resignado (qualidades

desenvolvidas pela religião), embora isto continuasse sendo necessário. Era preciso também aceitar trabalhar para outro e fazê-lo nas condições que este outro lhe impusesse. É a educação oferecida desde a infância que formará as crianças (os adultos das gerações seguintes) desde cedo, de acordo com as necessidades da nova ordem capitalista e industrial, as novas relações de produção e os novos processos de trabalho (RAMOS, 2009, p. 106).

As mudanças nas relações entre trabalho e educação continuaram a reproduzir as divisões presentes na sociedade, onde a institucionalização da escola manteve a divisão dos sujeitos em dois grandes grupos

aquele das profissões manuais para as quais se requeria uma formação prática limitada à execução de tarefas mais ou menos delimitadas, dispensando-se o domínio dos respectivos fundamentos teóricos; e aquele das profissões intelectuais para as quais se requeria domínio teórico amplo a fim de preparar as elites e representantes da classe dirigente para atuar nos diferentes setores da sociedade (SAVIANI, 2007, p. 159).

Esta percepção traz luz a educação da classe trabalhadora e nos faz refletir sobre o modo em que se reproduzem as relações de poder e classe nos diversos espaços de trabalho, inclusive da saúde. Ramos (2010) diz que a educação da classe trabalhadora no capitalismo é sempre destinada a necessidade de reprodução da forma de trabalho como mercadoria, onde se distancia o intento de promover educação que preze a possibilidade do trabalho intelectual para estes. De modo que a relação trabalho e educação se concretizou “na proposta dualista de escolas profissionais para os trabalhadores e escolas de formação geral para os futuros dirigentes, que perdura até os tempos atuais” (RAMOS, 2010, p 108).

Dada a compreensão histórica do processo de relação educação/trabalho e considerando a centralidade desta relação para a constituição dos sujeitos, urge a reflexão sobre os modos de formação pelo trabalho que rompam com a lógica de trabalhadores somente como reprodutores da força de trabalho, mas que opere com a possibilidade transformadora por meio do trabalho e das realidades onde este se realiza.

Considerando isto, o reconhecimento dos saberes e experiências dos trabalhadores se faz essencial para fundamentar uma formação pelo trabalho com caráter crítico-reflexivo. Como considera Nóvoa (1991), é no cotidiano do trabalho que o sujeito aprende, ressignifica e estrutura novos aprendizados, realiza novas descobertas, produz sua práxis, estabelecendo uma relação dialética entre a qualificação do seu trabalho e aprimoramento de sua formação pessoal. Sobre isto, Ribeiro (2009, p. 54) refere que

entender “formação pelo trabalho” inclui perceber a necessidade de apoiar os profissionais no seu dia a dia, e não apenas durante as atividades e cursos de formação. Se quisermos formar profissionais ativos, dinâmicos e autônomos, conscientes das suas necessidades e prioridades, precisaremos criar situações formativas em que possam desenvolver as suas capacidades pessoais, e não apenas profissionais, de dinamismo, autonomia e decisão.

Para isto evidencia-se a importância do rompimento da formação delimitada em espaços e sistemas institucionais de formação, de modo a valorizar as aprendizagens que os sujeitos realizam em suas trajetórias pessoais, sociais e profissionais. Além de valorizá-las, considerá-las como fundantes dos modos de ser e fazer dos trabalhadores e trabalhadoras. Neste sentido, Ramos (2009, p. 56) aponta que “o trabalho como princípio educativo é um princípio filosófico baseado na autonomia do ser de produzir e manter sua existência e a do outro sempre em relação”, de modo que esta consideração “implica no reconhecimento do sentido da integralidade” (p. 57). E é por meio desta compreensão que o trabalho em saúde o resgata sentido ontológico do trabalho, “pois a atenção integral em Saúde se volta para as necessidades do ser humano como sujeito da produção da existência e não como objeto da acumulação do capital” (RAMOS, 2009, p. 56).

O trabalho em Saúde produz a vida; busca satisfazer necessidades biológicas e sociais. Se o trabalho na indústria e no comércio entra no processo de produção social de riquezas, o trabalho em Saúde tem a singularidade de produzir e manter diretamente a vida, colocando-nos o desafio de identificar e reconhecer o ser humano em sua plenitude. Não há como pensarmos e realizarmos o trabalho para um ser humano assistido integralmente se não nos reconhecemos também como um ser integral (RAMOS, 2009, p. 56).

Segundo Mattos (2006) a integralidade em saúde possui três conjuntos de sentidos: “o primeiro se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde (...), o segundo conjunto refere-se a atributos da organização dos serviços; o terceiro, aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde” (p. 65). O autor considera que para as práticas dos profissionais de saúde serem de acordo com o princípio da integralidade, deve-se escapar de reducionismos. Isto demanda o remanejamento de perspectivas e percepções sobre as organizações e as relações entre sujeitos no cotidiano das práticas de cuidado em saúde.

Integralidade talvez só se realize quando procuramos estabelecer uma relação sujeito-sujeito, nas nossas práticas nos serviços de saúde, nos debates sobre a organização dos serviços, ou nas discussões sobre as políticas. Isso talvez envolva uma abertura para o diálogo com o outro, que sempre resiste aos nossos projetos, do mesmo modo como resistimos aos seus projetos (MATTOS, 2006, p. 66).

Cuidar em saúde é construir projetos de cuidado. Conhecer, construir, propor, ir de encontro a projetos que possam trazer o desconhecido como conhecido na relação sujeito-trabalhador da saúde. É também, permitir o espaço para a humanização da prática em saúde, designada por Ayres (2006, p. 22) como a “permeabilidade do técnico ao não técnico”, a possibilidade da produção de encontros. Segundo o autor,

para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato. A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde (AYRES, 2001, p. 76).

A construção de atitudes cuidadoras no cotidiano dos espaços de saúde é um movimento contínuo de aprendizado, na e a partir das relações que se estabelecem. Refletir sobre cuidado em saúde e formação pelo trabalho nos faz reafirmar a potencialidade e importância do reconhecimento do trabalho enquanto princípio educativo. Ao pontuar isto, cabe evidenciar o trabalhador Agente Comunitário de Saúde, o qual esta pesquisa se debruça e apresenta características singulares de formação e atuação na APS. Como trabalhador que faz parte da equipe de ESF, este se configura como aquele que está entre o conhecimento popular e científico, o que implica em desafios, limites e contradições no que diz respeito a sua atuação junto a equipe multiprofissional. Apesar disto, este trabalho não é simples e para realizá-lo, as aprendizagens vão para além da aquisição de habilidades e competências, mas a compreensão de que se dá no trabalho e pelas experiências que emergem nesse contexto relacional de encontros, os aprendizados, que fazem os saberes caminharem para a construção coletiva de práticas de cuidado em saúde.

Reconhecendo isto, Ramos (2009) aponta algumas perspectivas para a educação dos trabalhadores em saúde mediada pelo trabalho, ou seja, centrada no trabalho como princípio educativo. Primeiro, ela aponta que é necessário aprofundar a concepção de sujeito que se tem nas equipes e nos espaços de formação consolidados nos serviços de saúde, a fim de compreender os trabalhadores como sujeitos sociais “sabendo que sua subjetividade é constituída nas contradições das relações sociais da produção da sua existência” (p. 58). Também se torna importante reconhecer o conhecimento como uma produção humana, de

forma que as realidades expressam as relações e os “conceitos e teorias” emergem destas realidades, produzindo sentidos reais para os trabalhadores. E por fim, como já mencionado, porém, impera reafirmar a fim de fortalecer a concepção que buscamos fundamentar aqui, a necessidade de compreender o trabalho em seu sentido ontológico e histórico, formador de sujeitos, promotor experiências, criador de sentidos e no contexto do trabalho em saúde, produtor de vida.

## 5. MÉTODOS

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Diante dos objetivos propostos por esta pesquisa e visando o objeto como a formação pelo trabalho para o cuidado em saúde das trabalhadoras ACS no município de Itajaí, realizou-se um estudo exploratório pela perspectiva da abordagem qualitativa.

Segundo Minayo e Sanches (1993) a pesquisa qualitativa trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões, considerando a singularidade expressa através dos dados coletados junto aos sujeitos como nível legítimo de produção de conhecimento que “não se legitima pela quantidade de sujeitos a serem estudados, mas pela qualidade de sua expressão” (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 35). Sendo assim, na abordagem qualitativa o verbo compreender é o principal considerando que “para compreender, é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total” (MINAYO, 2012, p. 623).

Se constitui como um estudo exploratório pela possibilidade que esta pesquisa tem em “familiarizar-se com as pessoas e suas preocupações” (DESLAURIERS E KÉRISIT, 2008, p. 130). Por meio da perspectiva qualitativa a pesquisa exploratória permite explorar os fenômenos propostos no contexto em que ele se insere, com o objetivo de “conhecer a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e o contexto onde ela se insere” e assim reconhecer os saberes e perspectivas que emergem no campo (PIOVESAN E TEMPORINI, 1995, p. 321).

Esta pesquisa se configura como Estudo de Caso, visto que a mesma se concentra em investigar um fenômeno dentro de um determinado contexto. Consiste em uma investigação empírica, como estratégia de pesquisa abrangente que “permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos eventos da vida real” (YIN, 2001, p. 21). Segundo Minayo (2014, p. 164), os estudos de caso

Se utilizam de estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão. E é útil para gerar conhecimentos para características significativas de eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudança.

Esta modalidade permite emergir do contexto em que iremos nos aprofundar, as características presentes neste, de modo a evidenciar o universo de interrelações que o circundam (LÜDKE E ANDRÉ, 1986). Também busca “apreender a totalidade de uma situação – identificar e analisar a multiplicidade e dimensões que envolvem o caso – e, de maneira engenhosa, descrever, compreender, discutir e analisar a complexidade de um caso concreto” (MARTINS, 2008, p.10).

Nesta pesquisa, considera-se o estudo de caso como método de investigação levando em considerações as especificidades apresentadas, onde a percepção do fenômeno poderá ser investigada dentro das complexidades que o mesmo representa no contexto em que a pesquisa se dará. Por meio do Estudo de Caso também será possível a realização de um enfoque amplo à pesquisa qualitativa, por meio de sua consistência, coerência e objetivação que este método propõe (TAVARES, 1998).

## 5.2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DA PESQUISA

O município de Itajaí (Santa Catarina) é o local em que a pesquisa foi realizada. Com população estimada pelo IBGE (2018) de 215.895 pessoas, o município de Itajaí localiza-se no litoral norte do estado de Santa Catarina e insere-se na Microrregião da Foz do Rio Itajaí-Açu (IBGE, 2018). Quanto a rede de APS do município, este conta com 26 Unidades Básicas de Saúde (UBS) inseridas nos bairros. Estão implantadas em 22 UBS o total de 50 ESF no município, alcançando a cobertura de mais de 70% da população geral.

Vale ressaltar, o município de Itajaí possui uma universidade que historicamente faz parte da constituição da cidade e produz singularidades na relação da mesma com os serviços de saúde que constituem o município. Atualmente, além dos estágios obrigatórios dos cursos de graduação na área da saúde, a Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), dispõe de projetos de extensão e projetos de pesquisas vinculados a pós-graduação na área da saúde, que proporcionam ações de mobilização comunitária e cuidado em saúde junto à população. Nos últimos anos, a inserção do Programa de Educação pelo Trabalho (PET) (desde 2015 chamado de PET-Saúde/GraduaSUS) em parceria com a SMS tem produzido diversas ações nos território

considerando as necessidades de saúde presentes nesse por meio da concepção de saúde alicerçada na determinação social do processo saúde-doença e produzindo mudanças curriculares na formação de 11 cursos de graduação em saúde, da universidade para a formação de profissionais de forma ampliada para o cuidado em saúde no SUS (VIANA *et. al.*, 2016). De igual modo, no ano de 2015 a UNIVALI iniciou o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Família/Atenção Básica, junto ao Ministério da Saúde, em parceria com SMS do município de Itajaí e outros (Brusque, Piçarras e Itapema).

Junto à inserção do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Família/Atenção Básica no município de Itajaí em 2015, foram implantadas duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Tipo 1). Atualmente, no ano de 2020, as equipes NASF realizam o apoio de 9 equipe de ESF no bairro Cordeiros (NASF 1) e 7 equipes de ESF no bairro Cidade Nova (NASF 2) e contam com a inserção de profissionais residentes e estatutários. Estes bairros são o 1º e 3º bairro mais populoso do município de Itajaí (IBGE, 2010), havendo cobertura total de APS, atendendo uma população cadastrada estimada de 30.393 (Cordeiros) e 23.803 (Cidade Nova) pessoas, segundo Relatório Plurianual da Secretaria de Saúde do município (2018-2020).

Considerando os objetivos desta pesquisa, a coleta de dados foi realizada junto às equipes de ESF matriciadas pelas equipes NASF no município de Itajaí, localizadas no destaque em círculo vermelho realizado na Figura 1:



Quadro 1: Distribuição de ACS por Unidade Básica de Saúde e equipe NASF inserida no bairro Cordeiros

UBS	ESF	ACS	NASF 1
Murta	2	12	Servidores: 2 Psicólogas, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Fonoaudióloga, 1 Profissional de Educação Física, 1 Fisioterapeuta, 1 Nutricionista.
Costa Cavalcante	1	9	Profissionais Residentes: 1 Profissional de Educação Física, 1 Fisioterapeuta, 1 Fonoaudióloga, 1 Nutricionista
Cordeiros	2	15	
Votorantim	3	16	

Fonte: CNES, 2019

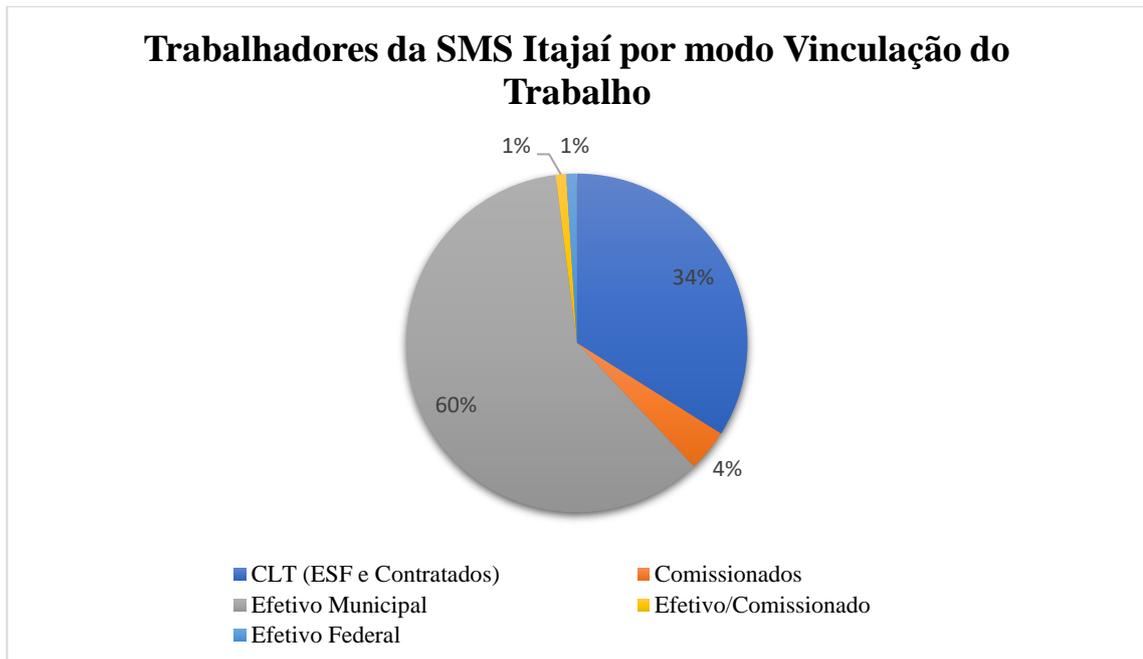
Quadro 2: Distribuição de ACS por Unidade Básica de Saúde e equipe NASF inserida no bairro Cidade Nova

UBS	ESF	ACS	NASF 2
Cidade Nova I	2	12	Profissionais Servidores: 2 Psicólogas, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Fonoaudióloga, 1 Farmacêutica, 1 Fisioterapeuta, 1 Nutricionista.
Cidade Nova II	3	20	Profissionais Residentes: 1 Psicóloga, 1 Farmacêutica, 1 Profissional de Educação Física.
Promorar II	2	12	

Fonte: CNES, 2019

Segundo o Plano Plurianual (2018-2020), o município possui 1.714 trabalhadores inseridos na Rede de Atenção à Saúde do município. Sendo a vinculação destes divididos conforme gráfico abaixo (Gráfico 1):

Gráfico 1: Trabalhadores da SMS Itajaí por modo de Vinculação do Trabalho



Fonte: Plano Plurianual 2018-2020 – Secretaria Municipal de Itajaí

Segundo informações da SMS do Município de Itajaí, este possuía em 2019 como estrutura organizativa para gerenciamento das ações de cuidado em saúde a nível central a “Diretoria de Atenção à Saúde”. Esta diretoria é composta pelas seguintes áreas: Estratégia de Saúde da Família, Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Saúde do Idoso, Saúde da População Negra, Saúde Mental, Odontologia, Assistência Farmacêutica, Rede de Urgência/Emergência, Serviço de Nutrição, Serviço de Fisioterapia Domiciliar, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e Curativos Especiais. E divididas a partir de gerências que englobam as áreas descritas. Sendo elas: gerência de Atenção Primária; gerência de Assistência Farmacêutica; gerência de Atenção Especializada; gerência do Centro Integrado de Saúde; gerência de Assistência Odontológica; gerência de Unidade de Saúde.

Como objetivos a Diretoria de Atenção à Saúde realiza a formação e desenvolvimento da rede de cuidados em saúde no SUS em Itajaí, sendo responsável pela ligação entre o sistema de saúde e a população local (ITAJAÍ, 2019).

### 5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram convidados a participarem desta pesquisa as trabalhadoras ACS que atuam nas ESF matriciadas pela equipe NASF no município de Itajaí (Bairros Cordeiros e Cidade Nova). Diante da quantidade de profissionais inseridos nas ESF (Quadros 1 e 2) e o método utilizado nesta pesquisa, foram selecionados uma ACS de cada ESF dos bairros indicados pela ESF em que está inserido, totalizando 15 sujeitos de pesquisa para realização das entrevistas semiestruturadas.

O contato inicial para convite à participação desta pesquisa foi realizado via telefone e via presencial após a aprovação da realização desta pesquisa pela SMS de Itajaí. Primeiramente, em contato com a secretaria municipal, especificamente com o Departamento de Atenção à Saúde, com os responsáveis técnicos da Gerência de Atenção Primária, foi solicitada a mediação da pesquisadora com o campo onde se deu a pesquisa, de modo que foi enviado e-mail para as Unidades Básicas de Saúde participantes apresentando a pesquisadora para a coordenação. Solicitou-se que a coordenação contatasse as ESF presentes na UBS para poder fazer a indicação de uma ACS por equipe para participar da pesquisa.

Saliento que para a possibilidade de realização desta pesquisa, foi importante o apoio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para a mediação da relação pesquisadora-participantes. Visto que a pesquisa foi feita no estado de Santa Catarina, fora da residência atual da pesquisadora (Rio de Janeiro), a mesma realizou a ida ao campo por dois períodos distintos nos meses de outubro e novembro de 2019 para abarcar a coleta dos dados de acordo com a metodologia proposta.

O local a ser realizada a entrevista foi a Unidade Básica de Saúde em que as participantes da pesquisa estão inseridas, em espaço resguardado, garantindo privacidade e evitando constrangimento para o participante. Foi agendado o encontro com as participantes de forma individual e apresentou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para leitura e após consentida a participação na pesquisa, fez coleta de dados junto ao participante.

Os critérios de inclusão foram a disponibilidade na participação desta pesquisa, de profissionais que sejam vinculados à ESF no mínimo há um ano e que tenham vinculação como trabalhadores do município.

#### 5.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Como instrumento para a coleta dos dados foi utilizada **entrevista semiestruturada**. De acordo com Minayo (2014, p. 263), este instrumento “expressa de forma diferenciada a luz e a sombra da realidade, tanto no ato de realizá-la como nos dados que são produzidos”. Foi escolhida a entrevista semiestruturada, pois esta representa um facilitador da comunicação, que possibilita a ampliação e aprofundamento das informações e visa apreender dados que correspondam aos objetivos da pesquisa. A entrevista semiestruturada contém perguntas abertas e fechadas que permitem ao entrevistado falar sobre o assunto proposto, sem respostas ou condições definidas pelo pesquisador (MINAYO, 2004; GONZÁLEZ-REY, 1999). Com roteiro pré-definido (Anexo A), a entrevista foi realizada com as 15 ACS selecionadas para a realização desta pesquisa. Esta amostragem se deu a partir do entendimento da verificação da intensidade do fenômeno a partir das percepções trazidas por estes sujeitos participantes na pesquisa, assim como as singularidades e significados que se apresentam no campo.

Minayo (2017) aponta que a amostragem em pesquisa qualitativa está preocupada em dimensionar os aspectos socioculturais que se expressam por meio de “crenças, valores, opiniões, representações, formas de relação, simbologia, usos e costumes, comportamentos e práticas” (p. 2). Ainda de acordo com a autora a amostragem no processo de coleta de dados não deve ser definida pela quantidade, mas na perspectiva de compreensão dos atores sociais que possam corresponder ao objeto da pesquisa e nas relações. Diante disto, a amostra apresentada foi definida pela compreensão de que estes sujeitos (as Agentes Comunitários de Saúde inseridos nos territórios matriciados pelas equipes NASF) são o grupo principal de investigação deste trabalho e pela heterogeneidade do campo apresentado, trazem em suas singularidades a representação das vozes coletivas do território, considerando a intersubjetividade e a interação no campo, ou seja, o que “acontece entre”.

A amostra definida neste projeto, representa o delineamento representativo do local de estudo, o que poderá permitir a identificação dos pressupostos apresentados tendo em vista que a “amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e interações em todo o decorrer do processo” (MINAYO, 2017, p. 10).

Realizou-se análise documental, utilizando materiais escritos que estivessem de encontro aos objetivos desta pesquisa e que pudessem ser fonte de informação. A pesquisa documental é um instrumento que possibilita a ampliação da compreensão sobre o objeto de pesquisa, assim como, apresenta o contexto do mesmo por meio de informações que agregam a pesquisa, complementando os dados a serem coletados nas demais técnicas utilizadas.

Cellard (2002) considera que o documento escrito é uma fonte preciosa para o pesquisador de ciências sociais, pois é por meio desse que se pode visualizar a “dimensão do tempo à compreensão do social” (p. 295). O autor pontua que este método de coleta de dados “elimina, ao menos em parte, a eventualidade de qualquer influência a ser exercida pela presença ou intervenção do pesquisador – do conjunto de interações, acontecimentos ou comportamentos pesquisados” (p. 295).

Deste modo, foram analisados documentos de acesso público do Ministério de Saúde, já descritos neste trabalho, que dizem respeito aos marcos instituintes do trabalho do ACS no Brasil no período democrático pós ditadura militar (Quadro 1), bem como legislação municipal de Itajaí que versa sobre o trabalho dos trabalhadores Agentes Comunitários de Saúde. Os documentos utilizados foram dados secundários para análise do material coletado junto às ACS por meio de entrevista semiestruturada, desta forma, contribuindo para a análise e discussão das entrevistas realizadas.

É considerada essencial a incorporação de **observação participante** do pesquisador durante a coleta de dados “além da fala, que é seu material primordial, o investigador terá em mãos elementos de relações, práticas, cumplicidades, omissões e imponderáveis que pontuam o cotidiano” (MINAYO, 2014, p. 263). Diante disto, foi utilizado o instrumento **diário de campo** (Anexo B), e nele estão inseridas “as impressões pessoais que vão se modificando com o tempo, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, manifestações de interlocutores quanto aos vários pontos investigados, dentre outros aspectos” (MINAYO, 2014, p. 295). A utilização deste método, favorece, segundo Minayo (2014) o aprofundamento da análise dos dados da pesquisa pela possibilidade do uso da triangulação de métodos e técnicas para análise dos dados coletados na pesquisa proposta.

Utilizou-se a observação participante na modalidade **Participante-Observador** (GOLD, 1958), que integra a observação participante no espaço da pesquisa em que se realizou o contato com os participantes, de modo informal nas rotinas cotidianas e nas vivências de

situações importantes que concernem ao objeto do estudo. Assim, a pesquisadora pôde realizar sua observação e fazer seus registros em diário de campo durante o processo de aproximação e estadia no campo junto às participantes nos espaços das Unidades de Saúde onde as ACS entrevistadas estão inseridas. Estes registros dizem dos facilitadores e dificultadores para a realização dos encontros, dos aspectos observados durante a realização das entrevistas que por vezes não eram possíveis demonstrar por meio das transcrições realizadas, como as sensações e emoções demonstradas durante a coleta dos dados, bem como, das sensações e emoções da própria pesquisadora durante este processo.

## 5.5 ANÁLISE DE DADOS

A análise por meio de triangulação de métodos foi utilizada como modo de verificar por várias fontes o mesmo fenômeno, a fim a corroborar com a qualidade dos resultados da pesquisa, por meio da intensidade da manifestação do fenômeno manifesto (MINAYO, 2014).

Segundo Minayo (2006), o conceito de triangulação foi desenvolvido por Denzin (1979) e incorpora alguns preceitos em sua elaboração

a) a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista; b) a tarefa conjunta de pesquisadores com formação diferenciada; c) a visão de vários informantes; d) o emprego de uma variedade de técnicas de coletas de dados que acompanha o trabalho de investigação (p. 173).

Esta ferramenta permite que se possa utilizar três ou mais técnicas de coleta de dados para ampliar “o universo informacional em torno do objeto da pesquisa” (MARCONDES; BRISOLA, 2014, p. 203). Assim, utilizou-se a entrevista semiestruturada, análise documental e observação participante por meio dos registros em diário de campo como ferramentas a fim de verificar este universo, considerando seu contexto, singularidades, representações a partir de uma postura reflexivo-conceitual e prático do objeto estudado. Quando ao seu objetivo, Triviños (1987, p. 38) refere que

A técnica da triangulação tem por objetivo básico abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo. Parte de princípios que sustentam que é impossível conceber a existência isolada de um fenômeno social, sem raízes históricas, sem significados culturais e sem vinculações estreitas e essenciais

com uma macrorrealidade social. Tais suportes teóricos, complexos e amplos, não tornam fáceis os estudos qualitativos.

A partir da perspectiva da triangulação de métodos para análise dos dados, a Análise de Conteúdo (AC) foi a “lente” utilizada para tratamento dos mesmos. Segundo Minayo (2004), se pauta na interpretação cifrada de informações obtidas qualitativamente, relacionando estruturas semânticas e sociológicas dos dados. São consideradas nesta análise variáveis psicossociais, de contexto cultural, social e histórico.

A análise de conteúdo de cunho qualitativo considera “a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou conjunto de características num determinado fragmento da mensagem” (CAREGNATO & MUTTI, 2006 p. 682). Nesta perspectiva, o texto é um meio de expressão do sujeito, onde o analista busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem.

É pertinente destacar aqui que há diferença teórica entre conteúdo e sentido, e que a AC geralmente é realizada pelo método de dedução frequencial ou pela análise de categorias temáticas. Na dedução frequencial enumera-se a ocorrência de uma mesma palavra que se apresenta repetidamente, visando constatar “a pura existência de tal ou tal material linguístico”, não se preocupando com o contexto, nem à diferença de sentido entre um texto e outro, resultando em descrições numéricas e tratamento estatístico. Já a análise por categorias temáticas dedica-se a encontrar discursos análogos e contraditórios para discussão teórica, a qual será realizada nesta pesquisa (CAREGNATO & MUTTI, 2006).

A análise categorial foi realizada de modo “temático”, ou seja, construindo as categorias conforme os temas que emergem do texto transcrito das entrevistas. Caregnato e Mutti (2006) organizaram a forma de classificação dos elementos em categorias, inicialmente é preciso identificar o que eles têm em comum, permitindo seu agrupamento. A técnica de AC se compõe de três grandes etapas: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados e interpretação. A primeira etapa se expressa pela organização do conteúdo através de leituras, levantamento de hipóteses e elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação. Na segunda etapa os dados são codificados a partir das unidades de registro. E na terceira etapa faz-se a categorização e a interpretação dos dados.

Considerando estas etapas, o processo de análise se deu após o término da coleta dos dados da pesquisa. Realizamos a transcrição dos dados levantados por meio dos áudios das entrevistas e dos documentos analisados, bem como a correlação deles com a observação realizada durante a coleta.

Após esta etapa, realizamos a avaliação dos dados por meio da pré-análise, de forma triangulada com os dados coletados pelas diversas perspectivas, como forma de “impregnar-se pelo conteúdo a fim de alcançar uma visão do conjunto e ao mesmo tempo apreender as particularidades presentes nessa totalidade parcial” (GOMES *et. al.*, 2010, p. 205).

Este momento propicia a articulação dos dados com a perspectiva teórica, a fim de observar as intensidades dos fenômenos e assim, após esta compreensão, foi realizada a categorização dos dados então submetê-los a análise qualitativa e pautada no diálogo com autores que possam ampliar as perspectivas dos conteúdos que emergem neste processo, ancorando assim os resultados da pesquisa (MARCONDES E BRISOLA, 2014).

## 5.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A regulamentação para pesquisas em Saúde é amparada pelas Resoluções 466/ 2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016). Diante dos requisitos destas, este projeto de pesquisa foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, sendo aprovado pelo Parecer nº 3.670.548 (Anexo D).

Foi solicitado o consentimento para realização da pesquisa no município de Itajaí por meio da Secretaria Municipal de Saúde, o foi aprovado e permitiu ser realizada a pesquisa no campo designado no método desta (Anexo E).

A utilização dos dados obtidos por esta pesquisa foi somente para fins científicos, respeitando a confidencialidade e sigilo, garantindo também a autonomia dos sujeitos da pesquisa quanto a sua participação. Desta forma, os sujeitos foram informados sobre a não identificação dos mesmos e nem do serviço de Saúde em que fazem parte.

Para registro da coleta e posterior análise dos dados, foi utilizado gravador ao longo da entrevista que foi condicionado ao consentimento do entrevistado. Ao término da pesquisa o material gravado será descartado, permanecendo o arquivo das transcrições dos áudios no período de cinco anos, a fim de realizar consultas posteriores e esclarecer dúvidas quanto ao estudo realizado.

Realizou-se leitura e esclarecimento dos objetivos, procedimentos e relevância da referida pesquisa durante as entrevistas realizadas. Também se fez a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C) junto aos entrevistados e dada uma cópia contendo os dados e contato da pesquisadora, bem como do Conselho de Ética e Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ caso fosse necessário sanar dúvidas quanto a pesquisa realizada e os procedimentos éticos estabelecidos.

## 6. DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

*Maria, Maria,  
Mistura a dor e a alegria  
Mas é preciso ter manhã,  
É preciso ter graça  
É preciso ter sonho sempre  
Quem traz na pele essa marca  
Possui a estranha mania  
De ter fé na vida  
(Maria, Maria – Milton Nascimento)*

### 6.1. INTRODUÇÃO

Neste capítulo serão descritos os resultados que se deram a partir do campo realizado. Iniciar este processo faz-nos aproximar com os sujeitos aos quais foram co-participantes do caminho que se fez até o momento. Estes que em suas singularidades expressaram percepções, angústias, saberes e aproximaram por meio de suas falas a literatura científica com a vida e sua dinâmica no espaço de trabalho na APS.

E por estarmos evidenciando aqui processos de vida, nomeamos com o primeiro nome “Maria” as entrevistadas aqui apresentadas, garantindo o sigilo quanto aos nomes das ACS. A escolha do pseudônimo faz alusão a música composta por Milton Nascimento e Fernando Brandt, em 1976, intitulada “Maria, Maria”, com o desejo de que as “Marias”, as mulheres trabalhadoras ACS que fizeram parte desta pesquisa, possam representar tantas outras presentes nos mais diversos contextos no Brasil. Estas Marias, que tem força, tem gana e raça, mas também tem marca, riem quando devem chorar e misturam a dor e a alegria.

A apresentação do capítulo se dará da forma a ser relatada a seguir. Primeiramente será descrito o perfil das ACS entrevistadas com base no que foi coletado em campo, ou seja, as principais características que emergiram. Após esta descrição, apresentaremos outro resultado observado como convergente entre as entrevistas, que diz respeito ao trabalho realizado por elas nas equipes de ESF.

## 6.2. CARACTERÍSTICAS DAS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE

Considerando as singularidades acima referidas, descrevemos a seguir algumas características que dizem respeito às trabalhadoras participantes da pesquisa. Foram quinze mulheres, trabalhadoras Agentes Comunitárias de Saúde, que estive de encontro nas duas idas realizadas ao município de Itajaí. Estas mulheres me receberam em seu espaço de trabalho e permitiram que pudesse adentrar por meio da escuta, mesmo que de modo organizado nos parâmetros éticos da pesquisa, na particularidade do seu fazer trabalho em saúde.

Destacamos aqui o fato de serem mulheres, trabalhadoras, como modo de pontuar a perspectiva de gênero presente no contexto do campo pesquisado, mas também sendo um reflexo do perfil dessas trabalhadoras nos diversos territórios nas regiões brasileiras (MOTA e DAVID, 2010).

Deste modo, a perspectiva de gênero é um fenômeno a ser destacado em relação ao trabalho das ACS, principalmente a reflexão sobre o trabalho feminino nas sociedades capitalistas, como o trabalho doméstico e a outros em que o cuidado e a relação são centrais. O trabalho feminino, apesar de árduo, compondo sobrecargas de funções que vão além do vínculo empregatício, não são reconhecidos na lógica produtiva, tanto em valor social quanto remunerado compondo o campo de uma

qualidade moral associada ao feminino, ao sentimento materno, ao cuidado do outro. Neste sentido, podemos supor que o trabalho de ACS, majoritariamente realizado por mulheres, está fortemente calcado na promoção destes sentimentos/valores, que, em muitos sentidos, levam esses/as trabalhadores/as a permanecerem no emprego, mesmo em condições tão desvantajosas e precárias (BARBOSA apud MOTA e DAVID, 2010, p. 239).

Quanto a idade, entre as quinze mulheres entrevistadas, dez possuem entre 30 e 40 anos. Quatro destas tem entre 40 e 50 e uma ACS tem 53 anos. O tempo de atuação nas equipes de ESF são variados, temos trabalhadoras que estão atuando entre três a doze anos nas ESF. Seis delas atuam de três a dez anos e nove delas atuam entre dez a doze anos como ACS. Em sua maioria, permanecem na mesma equipe desde a admissão em concurso público, porém com a expansão de ESF no município, algumas foram remanejadas para outras equipes durante os anos.

O vínculo trabalhista das ACS se dá por meio da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) conforme Lei Complementar nº 91/2006 do município de Itajaí (ITAJAÍ, 2006). Esta lei também versa sobre o modo de contratação, o qual deve ser procedido de processo seletivo público. Importante ressaltar que segundo a mesma lei é vedada a contratação temporária ou terceirizada de ACS no município. Morosoni e Fonseca (2018) apontam que no cenário nacional os ACS estatutários correspondem a 55,53%, enquanto os empregados públicos via CLT a 26,33%, porém no sudeste devido a terceirização intermediada pelas Organizações Sociais nas capitais como São Paulo e Rio de Janeiro, estes números são menores, cooperando para a fragilização da garantia de direitos e do vínculo de trabalho dessa categoria.

Em relação à formação/escolaridade das participantes da pesquisa, todas possuem ensino médio completo e sete estão cursando ensino superior em áreas diversas (Pedagogia, Educação Física, Engenharia Civil, Serviço Social, Administração). A escolarização das Agentes Comunitárias de Saúde é indicada como uma das principais modificações do perfil destas trabalhadoras em sua trajetória junto ao SUS. Mota e Davi (2010) consideram que a escolarização das ACS vem de encontro ao que se espera no fazer deste profissional, tanto no sentido técnico quanto político, bem como a transição da escolaridade da população brasileira que se deu nas últimas décadas.

Na primeira década de implantação do Pacs/Programa Saúde da Família (PSF), a exigência de escolaridade restringiu-se a 'saber ler e escrever'. A partir da Lei n. 10.507/2002, passou-se a exigir o ensino fundamental. Naquele contexto, apenas 18,2% dos ACS tinham completado o Ensino Médio (EM); e 0,6%, o Ensino Superior (ES) (MOROSONI E FONSECA, 2018, p. 262).

A busca por ensino superior vem ao encontro à angústia relatada pela Maria Rosa quanto a falta de um plano de carreira para a profissão e incerteza quanto aos rumos do modo de trabalho das ACS, na qual Maria de Fátima faz referência às mudanças anunciadas pelo Ministério da Saúde na gestão do ministro Luiz Henrique Mandetta em novembro de 2019 por meio da Portaria nº 3.263<sup>2</sup>.

*[...] mas é um serviço assim, que se tivesse um plano de carreira, jamais queria sair, mas não tem, então tem que pensar adiante, tem que pensar na tua família e em ti mesmo, então tu pensa em sair. [...] não tenho futuro nesse serviço, tenho um vínculo de 10 anos com a população e que vai ser jogado fora, quando sair e entrar outra*

---

<sup>2</sup> A Portaria nº 3.263 de 11 de novembro de 2019 estabelece o incentivo financeiro para implementação e fortalecimento das ações de cadastramento dos usuários do SUS, no âmbito da Atenção Primária (BRASIL, 2019)

*que não sabe, vai começar do 0, mas eles não vem isso, eles vem que são só um serviço, só uma coleta de dados, eu acho que não, acho que tinha que ter um trabalho pra ti crescer dentro do teu trabalho, se especializar, poder ter um plano de carreira pra tu querer ficar pra sempre ali, mas não é o que acontece (Maria Rosa).*

*Eu espero que a gestão dê um pouco mais de qualidade de trabalho pra gente, não só adianta ter números, porque somos número, por exemplo, que nem passou ontem no jornal nacional, que as cidades vão ganhar um bônus por bater meta de vacina, de cadastro, as cidades vão ganhar, isso vai sobrar pra quem, pro ACS, bota na rua um ACS pra fazer dengue, pra cadastrar, mas será que o ACS está saudável? Não está sobrecarregado? Não está cobrindo área de quem está afastado? (Maria de Fátima)*

Mota e David (2010) apontam que a procura por profissionalização pode dar-se pelo fato de isto ter um “sentido emancipatório, de valorização pessoal e social, neste processo de luta pelo reconhecimento profissional, e no próprio trabalho como ACS” (p. 233). Porém, quando a profissão de ACS passa a ser considerada uma profissão de passagem, pode fragilizar a relação deste com o trabalho e as atribuições dele, como o vínculo com a família e a comunidade. Nas entrevistas falas como da Maria Rosa e Maria Paula que apresentamos a seguir, carregam este sentido na profissionalização, junto a frustração quanto as tensões presentes no cotidiano do processo de trabalho.

*[...] por isso que eu estou estudando pra sair, inclusive hoje estou estudando pedagogia para poder sair e ter alguma profissão, pra sair daqui (Maria Paula).*

A ACS Maria Paula traz também a escolarização como disparador das diferenças de relações de poder e produção de hierarquias entre a equipe, bem como sobre como são executadas as formações planejadas pela gestão do município direcionadas às ACS:

*[sobre as formações] é sempre a mesma tecla, a gente já sabe, como se a gente nunca tivesse saído do primário (Maria Paula).*

*Não sei se é que eles acham que a gente por ser uma categoria, meu concurso é de ensino fundamental, eu não sei se hoje é ensino médio pra entrar como ACS, não sei se eles acham que por ser uma categoria de ensino fundamental, uma categoria que tem menos entendimento, mas ao mesmo tempo eles falam que a gente está na ponta, que somos os olhos deles, não sei se eles acham que a gente é ignorante e que não vai entender dessa forma, eu não sei se é essa visão que eles tem, porque eu já presenciei uma situação de um enfermeiro de chegar e falar que primeiro são os médicos, o ensino superior, o ensino médio e depois os ACS (Maria Eduarda).*

Riquinho e colaboradores (2018) trazem como reflexão que a desvalorização por parte da equipe em relação ao trabalho exercido pelas ACS pode estar relacionada ao saber informal que elas possuem, levando em consideração a valorização do saber biomédico nas práticas de saúde hegemônicas nos serviços. O que se apresenta como contradição sobre o que diz respeito ao próprio papel da ACS e a importância deste, que é seu conhecimento característico, o saber popular e a aproximação da dinâmica do território (STOTZ E BORNSTEIN, 2008). Quanto a isto, Nunes (2002) considera que duas questões se colocam como importantes de serem levantadas para compreender o modo em que se dá o trabalho da ACS na equipe. A primeira é em identificar se as ACS são conscientes de que o conhecimento que possuem é “genuíno para a transformação das condições de saúde da população” (p. 1642) e a outra questão é compreender se as equipes de ESF cooperam para que estes conhecimentos possam ser incorporados no cotidiano das práticas de cuidado em saúde.

### 6.3 CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE TRABALHO DAS ACS

Aqui iremos dispor das características evidenciadas em relação ao trabalho exercido pelas ACS nas equipes de ESF. Ressaltamos que as trabalhadoras entrevistadas estão inseridas em dois bairros distintos do município de Itajaí, sendo eles: Cordeiros e Cidade Nova. As ESF inseridas nestes bairros têm processos de trabalho que se singularizam diante das características destes territórios, que suscitam demandas e necessidades de saúde distintas. Apesar disto, observa-se nas entrevistas que há consonância das atribuições exercidas pelas ACS, sendo evidenciada a visita domiciliar como principal dispositivo de cuidado em saúde, como apresentado nestes trechos:

*Eu sempre estou na área, sempre estou buscando, saio 9:30 para ir nas casas das pessoas, eu faço um checklist, naquelas pessoas que mais estão precisando, aquele que eu sei que é cardíaco, aquela que descobriu o câncer pra dar um abraço, pra conversar, pra mostrar até onde podemos estar ajudando e também nas gestantes que a gente dá uma atenção maior (Maria Fernanda).*

*Então, eu faço minhas visitas, eu tento ao máximo controlar a consulta dos hipertensos e diabéticos, eu mantenho os que eu consigo ter o contato, eu mesmo agendo a consulta, quando tenho acesso a receita, então eu controlo bem certinho, acompanho na visita, pergunto da alimentação, da medicação, procuro conferir sempre como eles tomam, pra ver se tomam de forma correta, procuro estar sempre*

*cuidando do preventivo, consulta de crianças, quanto tempo não consulta, eu acredito que seja assim, pra mim, eu costumo agir dessa forma (Maria Rita).*

*A gente visita casa em casa, muitas vezes, o paciente vem direto na unidade procurando a gente, direto no ACS, eu acho isso bem legal, por ser um tipo de referência ao paciente, fazer o acolhimento ali, pra mim é bem legal (Maria Amélia).*

*Hoje faço visitas domiciliares, acompanho pacientes que tem necessidades especiais, morbidades, acompanho gestantes, faço grupos de Terapia Comunitária Integrativa, a gente faz [...], eu atendo as necessidades que o paciente está buscando dentro daquilo que me cabe, dentro do que eu posso fazer (Maria Eduarda)*

As Visitas Domiciliares (VD) são atividades preponderantes no que diz respeito ao acompanhamento das condições de saúde dos sujeitos integrantes de sua microárea e também na busca ativa de situações acompanhadas como prioritárias na ESF. São a “principal expressão da presença do ACS no território” (MOROSONI E FONSECA, 2018, p. 264). É neste espaço, circulando pelas ruas de sua microárea que o ACS tem o encontro com os moradores e pode identificar situações que não se manifestam como demandas pois não chegam na ESF por meio da procura do usuário, mas podem se expressar pela ação da ACS. Morosoni e Fonseca (2018) evidenciam que estas identificações são objetos de crítica quanto a medicalização promovida pela ESF, prática esta manifesta nas falas das entrevistadas por meio de uma postura de “controle”, porém “reduzir ou reverter essa possível medicalização depende do investimento em processos formativos que possam problematizar essa questão, bem como da preservação dos espaços de discussão do processo de trabalho das equipes” (p. 264).

Apesar da evidenciada importância das VD no trabalho das ACS, foi ressaltado o crescente processo de burocratização e incremento de atribuições outras que acabam por sobrepor as suas principais atividades a serem exercidas. A complexidade e abrangência do trabalho das ACS por vezes abre precedentes para que elas assumam atividades que não sejam diretamente ligadas ao seu lócus de intervenção. As atividades não prioritárias que dizem respeito ao serviço de saúde como um todo e não especificamente atribuição exclusiva destas são “incorporadas e legitimadas no cotidiano, com uma tendência a tornar as atividades das ACS um meio, e não ações finais para a qualificação e aproximação entre os serviços de saúde e a população” (RIQUINHO *et. al.*, 2018, p. 167).

*[...] “tudo as ACS fazem”, em 2016 colocaram a gente 3 meses na rua, pra fazer dengue, porque eles não queriam contratar, com concurso aberto pra endemias, mas quando a gente voltou, nosso trabalho de 3 meses estava acumulado, estava uma bagunça (Maria Paula).*

*a sensação que eu tenho, às vezes, é sério, eu falo e as pessoas se assustam, às vezes, eu me sinto “prostituta da secretaria de saúde”, porque assim, tudo a gente faz, tem alguma coisa aqui que ninguém pode fazer, pede para os ACS eles tem que fazer, é atribuição dos ACS, tudo eles inventam que são nossas atribuições, e aí por falta de tempo, por falta de estímulo a gente vai deixando e também não vamos atrás pra ver os nossos direitos (Maria Paula).*

Morosoni e Fonseca (2018) relatam que tem se observado progressiva dependência das ACS pelo processo de trabalho projetado para as ESF que refletem na sobrecarga dos profissionais, onde os objetivos do trabalho estão cada vez mais sendo submetidos ao monitoramento de indicadores e produtividade. Quanto a isso ACS Maria Cecília relata

*a gente lida muito com papel, chega final do mês temos uma meta, temos que mostrar pra nossa chefe, é muita coisa, são muitos dados, e às vezes também, a gente não tem um sistema que ajuda muito, que é lento, algumas vezes deixamos algumas coisas pra trás por conta disso (Maria Cecília).*

Estas atividades demandam tempo considerável de trabalho das ACS. Visto isto, Barreto e colaboradores (2018) identificam como importante a informatização do processo com o uso de *tablets* para realização de preenchimento dos dados durante as visitas. O município de Itajaí iniciou em 2019 a incorporação do uso de *tablets* no trabalho das ACS. As entrevistadas trouxeram percepções distintas sobre o uso dessa ferramenta. Algumas apontam como facilitadora, visto a otimização do tempo, outras relatam dificuldades na utilização do mesmo e adaptação frente ao uso desta nova tecnologia, como também ao aparecimento de problemas como a integração de dados pelo sistema de informação utilizado no município e a própria rede de internet disponível durante as VD. Como relata Maria Luiza:

*Eu acredito que futuramente ele vai ser bom, ele vai ajudar bastante. Só que a princípio, agora ele tá... tá meio complicado assim, por causa do sistema porque ele meio demorado, ele ainda tá tendo bastante falha (Maria Luiza).*

O acúmulo de funções, atarefamento gerado pelo cumprimento de metas e demandas de produtividade produzem o distanciamento das ACS da população e colocam como segundo

plano, eixo essencial deste trabalho, como as atividades coletivas, ações de educação em saúde e a atuação para a mobilização social nos territórios. Como apontam as autoras

As atividades realizadas nas unidades também se desdobram em atividades burocráticas no território, como a entrega de resultados de exames, Kit-odonto e agendamentos. Esse conjunto de ações, associado àquelas relacionadas com a produção e com o registro de informações, tem crescido e concorrido com a disponibilidade para o trabalho mais elaborado de educação em saúde no território. Compromete-se o tempo e a direção dada às atividades na comunidade. As VD, por exemplo, tendem a ser breves e simplificadas, com predomínio das ações que podem ser mais facilmente quantificáveis, em detrimento da interação subjetiva com os moradores. As ações de mobilização social e de atuação intersetorial, que exigem discussões, planejamento e diálogo com pessoas e instituições, são também relegadas a segundo plano. (MOROSONI E FONSECA, 2018, p. 264)

## 7. ANÁLISE E DISCUSSÃO

### 7.1 INTRODUÇÃO

Neste capítulo será realizada a análise e discussão dos resultados da pesquisa com base nas entrevistas realizadas junto as ACS, de acordo com o método estabelecido.

Para realizar este processo, acreditamos ser importante destacar o percurso realizado que fez emergir as categorias de análise aqui estabelecidas. Uma importante referência que apoiou a construção desta etapa e ancorou epistemologicamente o método aqui utilizado foi o artigo “Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade” (MINAYO, 2012). Neste escrito, a autora aborda alguns pontos quanto ao processo de análise qualitativa, perpassando pelos compreensão de sujeito, o arcabouço teórico necessário para substanciar a leitura do campo, o campo como espaço de dúvida e emergência das contradições, e então parte para o debate sobre a análise propriamente dita.

Minayo (2012) indica “impregnar-se das informações e observações do campo” (p. 624), de modo a realizar a compreensão do material do campo não apenas no aspecto técnico, mas “dando-lhe valor, ênfase, espaço e tempo” (p. 624). Esta impregnação é essencial no processo de análise e procuramos realizá-la durante os momentos que antecederam a escrita deste capítulo. Foram leituras, releituras, aproximações e reaproximações, do contexto em que a pesquisa foi realizada e também do que surgiu a partir dela. Muitas outras perguntas e a possibilidade de explorar o material de modo a extrair o que estivesse de encontro ao objeto e objetivos desta pesquisa, em um movimento de realizar um esforço compreensivo, distante de interpretações precipitadas ou neutralidades.

Um passo importante para a constituição das categorias de análise as quais foram identificadas, foi a elaboração de subconjuntos/gavetas de análise (MINAYO, 2012) e a partir deles promover um novo momento de impregnação para classificação do material. Foi feita então uma nova leitura e organização e reorganizamos os subconjuntos/gavetas em tópicos que foram destacados pelas entrevistadas, que procuramos evidenciar na descrição dos resultados.

A construção das categorias de análise Minayo (2012) chama também de “unidades de sentido”. Ao serem realizadas, devem perpassar por um processo de teorização e de enriquecimento com

conjunto de falas e observações provenientes do campo. A autora reflete que o sentido das realidades a serem dispostas sempre suscitarão novas direções e que quando realizado bem “deve ser fiel ao campo de maneira que caso os entrevistados estivessem presentes, compartilhariam os resultados da análise” (p. 625), pois

O percurso analítico e sistemático, portanto, tem o sentido de tornar possível a objetivação de um tipo de conhecimento que tem como matéria prima opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade (MINAYO, 2012, p. 626).

Cabe o desafio aqui de produzir uma análise desta intensa pesquisa que possa ser uma síntese correspondendo ao objeto de estudo de modo que “reveste, impregna e estranha todo o texto” (p. 626).

A partir desta reflexão, apresentamos as categorias de análise/unidades de sentido que emergiram neste processo:

- Os sentidos da formação pelo trabalho para as ACS;
- O trabalho das ACS como Cuidado em Saúde.

## 7.2 OS SENTIDOS DA FORMAÇÃO PELO TRABALHO PARA AS ACS

Os sentidos formados pelos sujeitos sobre a vida, bem como as condições objetivas de vida, organizam-se em uma dimensão emocional e simbólica que possibilita a produção de caminhos, compondo o cenário social. Esses sentidos subjetivos são construídos no cenário histórico cultural de cada sujeito (GONZÁLEZ REY, 2007). Molon (2011), aponta que os sentidos estão relacionados na riqueza das experiências sociais e históricas; precisam ser forjados, absorvidos e construídos nos contextos e práticas sociais. Portanto, o sentido é fluido, mutável, dinâmico, inesgotável e complexo, tecido a partir dos contextos dos quais emerge.

Pode-se negar, ignorar, mascarar o sentido, porém não existe o sem sentido, mas a negatividade ou a ausência deste. A relação dinâmica entre os processos cognitivos, psíquicos, sociais, afetivos e semióticos influenciam o sentido, e ou sua possível negação. Suscetível de se configurar em cada momento de uma determinada forma, pois está interligado a complexa rede dos eventos cotidianos (BAKHTIN, 1992).

Deste modo, reconhecendo o trabalho enquanto formador e constitutivo das relações humanas, aqui vamos analisar e discutir os diferentes sentidos atribuídos pelas ACS sobre a formação pelo trabalho. Nas entrevistas realizadas pôde-se observar que as trabalhadoras tinham percepções singulares sobre o que consideram ser ou como realizam sua formação. Em sua maioria, atrelam o conceito de formação pelo trabalho como externo, ou seja, que ocorre em espaços separados do cotidiano da ESF e que são aqueles promovidos especialmente pela gestão do município. Elas indicam a esta a responsabilidade de realizar “capacitações”, “cursos” ou “atualizações”, que é o modo como expressam a compreensão de espaços de formação para o trabalho.

Outro ponto importante é o relatado por meio de falas como a explicitada adiante, a angústia pelo desamparo da falta de formação para o seu trabalho no cotidiano da ESF. Diferentemente de outros profissionais da ESF, a ACS não possui, antes da sua inserção, instrumentos, tecnologias e saberes que deem suporte as múltiplas dimensões do seu complexo trabalho, isto faz com que seu processo laboral seja pautado nos saberes de senso comum e da religião (SILVA, 2001), e “na ausência de um “saber instituído”, o ACS agiria em função de sua experiência de vida e de seu perfil social” (FURLAN, 2010, P. 380). Este fato não deslegitima a importância desses saberes, dado o reconhecimento que além de agir em cartografia, pode o ACS, como um membro da comunidade, trazer a cultura e os saberes locais, ou seja, novos conceitos e práticas para a comunidade e a equipe de saúde:

*Eu sinto a necessidade de mais formação, eu sempre busco tudo o que é curso, palestra e tudo o que a prefeitura oferece eu estou fazendo, eu gosto de fazer isso, gosto de ir em cursos, gosto de aprender, e eu levo isso para a minha visita. Quando eu entrei, eu não tive formação nenhuma, eu cheguei assim “você vai lá e vai trabalhar, é isso”, eu aprendi na prática, uma ACS que me levou pra rua, me ensinou e disse o que era pra eu fazer, então a gente aprende todo dia, cada vez é uma coisa diferente, vai mudando, a gente procura estar melhorando, eu acho que é isso (Maria Eduarda).*

De qualquer modo, são apontadas diversas vezes pelas ACS entrevistadas a necessidade de “capacitação”. Quanto a isto, podemos refletir sobre a valorização da concepção de formação na exterioridade do trabalho. Correia (2003) contextualiza essa perspectiva ao afirmar que esta concepção se institui ao se considerar que o trabalho não é conceituado como um espaço suscetível a ser transformado, e que formação e trabalho estão em campos separados. O autor aponta dois pressupostos que cooperam para esta perspectiva

- 1) O pressuposto de que a formação só se pode dirigir aos indivíduos assegurando uma requalificação profissional e/ou pessoal que se admite ser imprescindível ao bom funcionamento dos espaços sociais e/ou profissionais onde eles se inserem
- 2) Pressuposto de que as situações de formação são “exteriores” ao exercício do trabalho, seja porque eles visam objetivos sociais “exteriores” ao trabalho (formação da cidadania que não se exercita no mundo do trabalho), seja porque o processo de distribuição e produção de competências profissionais, embora se subordine ao exercício do trabalho, só se pode desenvolver numa situação de exterioridade relativamente ao contextos de trabalho (p. 22).

Esta cisão produz lacunas na formação das trabalhadoras ACS, diante da incompatibilidade em que acontecem essas formações na exterioridade do campo do trabalho. As ACS relatam que muitas das experiências formativas ofertadas não correspondem às necessidades do dia a dia, se distanciam do objetivo do seu fazer e com metodologias que não cooperam para a construção do conhecimento dos temas ofertados nos cursos.

*Depois de doze anos [de trabalho], os cursos são repetidos, não melhora e são sempre as mesmas coisas (Maria Beatriz).*

*Nós aprendemos o que já sabíamos, que tínhamos aprendido na prática (Maria Cecília).*

*Alguns são muitos termos técnicos, pra nós que não temos uma formação em alguma coisa, então é mais difícil para entender. Fomos a um curso sobre intestino, confesso que eu não entendi muita coisa, ele falava muito termo técnico, tinham médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem que já tinham um conhecimento melhor da área, o ACS só faz volume (Maria Rita).*

*Eu acredito que o problema delas tão no foco que é colocado em mais em números do que em explicar um sintoma, explicar um cuidado que tu possa ter, explicar... orientar né, o que tu deve fazer, pra onde tu podes é... enviar... orientar essa pessoa a tá procurando que tipo de profissional, que lugar, sabe? Ao invés de só ir lá e falar que o número de sífilis aumentou, que o número de sei lá, de óbito de certo problema de saúde aumentou (Maria Luiza)*

Furlan (2010) considera que muitos dos temas das formações das ACS, apesar de relevantes, ainda estão vinculados à perspectiva industrial de ensino-aprendizagem, onde pouco espaço se promove para temas relacionados à subjetividade, ao campo das relações e discussões do modo de vida. Segundo a autora

“ainda centram-se no aspecto clínico das doenças, ao passo que o que os ACS encontram no território são família e pessoas vivendo precárias condições sociais, de violência, de saúde mental, de drogadição e perante isso, torna-se um desafio articular e lidar com essas questões no âmbito da saúde e com os agentes” (FURLAN, 2010, p. 383)

Quanto às metodologias de ensino para o trabalho, Canário (2003) reflete que “a expansão da formação do mundo profissional se ter realizado como uma extensão da forma escolar, pouco adequada à catalisação de processos de mudança” propiciou a reprodução de métodos que são pouco reflexivos e mantém-se na lógica de manutenção da força produtiva e execução de “procedimentos” (p. 128). Ainda segundo o autor a relativa ineficácia das formações clássicas escolarizadas, reconhecíveis na fórmula (caricatural) “um formador, doze mesas e doze cadeiras”, constitui o ponto de partida para uma crítica às ações pontuais de formação, exteriores às situações de trabalho” (CANÁRIO, 2003, p. 128).

Torna-se, assim, importante compreender a formação como um processo e o espaço de trabalho como propiciador de reflexões e formação por meio dele e em relação com o outro. Dominicié (1985 apud NOVOA, 1992) trabalha largamente o conceito de processo de formação, identificando-o a um desenrolar complexo, um conjunto em movimento, uma globalidade própria à vida de cada pessoa. Para esse autor só é possível ter acesso a essa globalidade e complexidade a partir da identificação de processos parciais de formação enquanto “linhas de força, de componentes, de traços dominantes de uma história de vida”. Segundo Nóvoa (1992, p. 105) o processo de formação pode assim considerar-se a dinâmica em que se vai “construindo a identidade de uma pessoa, processo em que cada pessoa, permanecendo ela própria e reconhecendo-se a mesma ao longo de sua história, se forma, se transforma, em interação”, pois

São os sujeitos (ao contrário do que acontece no quadro de processos de formação transmissivos e normativos) que estão em condições de mobilizar para as situações de formação os saberes adquiridos nas situações de trabalho e, por outro lado, reinvestir nas situações de trabalho que anteriormente se formalizou. Criam-se, assim, condições para uma interação fecunda entre uma via simbólica e uma via experiencial de aprendizagem, e emergem, de forma concomitante, os conceitos de trajetória profissional e de percurso de formação. (PERRENOUD, 1999, p.18).

Este aspecto relacional da formação é outro sentido atribuído pelas ACS, onde elas relatam a importância do outro no aprendizado do trabalho. Dado que estas profissionais entram

a partir de seleção pública nas ESF e não possuem formação anterior para execução deste trabalho, é junto à equipe, mas principalmente, junto as outras ACS que elas aprendem sobre as atribuições do seu fazer. Este modelo produz contradições pois demonstra a importância deste aprendizado entre pares, porém pode apresentar disparidades quanto à reprodução das práticas de cuidado na ESF.

A capacitação insuficiente de alguns agentes para estar na função leva a aprenderem *in loco*, com outros ACS, reproduzindo uma prática muitas vezes restrita, desgastada e não muito bem delineada. O que teria de lado positivo – o fortalecimento da rede dos ACS, do núcleo identitário a partir do aprendizado um com o outro – pode levar a fechá-los num grupo impotente de levar discussões para fora de si mesmo, ou de questionar uma prática já institucionalizada, não colocá-la em análise para avaliação de seu grau de resolutividade e nem intervir sobre, no que concerne à atenção e cuidado em saúde (FURLAN, 2010, p. 382)

Apesar das contradições que possam ser produzidas, relacionadas à reprodução e também à sensação de desamparo que as trabalhadoras sentem pelo lapso da formação, o aprendizado *in loco* se apresenta como potência pelo reconhecimento do trabalho como formador e de suas práticas como cuidado em saúde, como as próprias ACS relatam:

*Na verdade, a maior capacitação pra nós, assim, como profissionais é... acho que, é ali o dia a dia mesmo, em campo, o trabalho ali em campo. É muito interessante, é fundamental cada dia que passa a gente aprende mais e como agente comunitária de saúde. Mesmo às vezes eu fico um pouco, assim, surpresa com tanta coisa nova que a gente aprende no dia a dia, né? (Maria Odete)*

*Olha, na raça, me colocaram, não me ensinaram, vai se vira, eles largaram nós na rua e se vira, tudo o que eu venho carregando foi na raça, aprendendo o dia a dia, meter a cara e fazer, pegar o sistema e vamos aprender sozinha, se virar, escutando muito o que as enfermeiras falam, aprendendo com as enfermeiras, porque já passaram por várias, cada uma tem um trabalho diferente, aprendemos com elas, aprendendo com os médicos também, às vezes, eles nos passam algo diferente, então a formação é o dia a dia, nosso mesmo, com a cara na rua (Maria de Fátima).*

*Eu aprendi fazendo, entrei aqui eu não tinha experiência nenhuma, não sabia como era, a gente acha que é de um jeito, mas quando começa é outra realidade (Maria Cecília).*

*Eu aprendo muito com a própria comunidade, às vezes, a gente vai pra área assim, de repente surge uma dúvida do paciente que a gente não sabe, viemos pra unidade*

*pra tirar a dúvida, a gente aprende e leva o retorno pra eles, então é uma forma de aprender e ensinar ao mesmo tempo (Maria Vitória).*

A formação no “dia a dia”, na “prática” ou “aprender fazendo” é o que predomina na fala das ACS quando questionadas em como acontece sua formação no trabalho. O espaço de trabalho torna-se primordial para o desenvolvimento de aprendizagens e faz com que haja mobilização individual e coletiva para que se possa dar conta das necessidades que emergem dele. Apesar de constituídas em relação estes aprendizados que constituem o ser têm expressão na formação que ocorre ao longo da vida e também pelo trabalho. Assim, podemos trazer aqui a concepção da formação como um *continuum*, recorrendo ao conceito de “formação contínua”, presente no campo da pedagogia, para refletir os modos como o reconhecimento desta formação, que acontece ao longo de toda a vida, podem ser importantes para o trabalho das ACS, segundo Nóvoa (1992, p. 105)

Ninguém se forma no vazio. Formar-se supõe troca, experiência, interações sociais, aprendizagens, um sem fim de relações. Ter acesso ao modo como cada pessoa se forma é ter em conta a singularidade da sua história e sobretudo do modo singular como age, reage e interage com os seus contextos. Um percurso de vida é um *percurso* de formação, no sentido em que é um *processo* de formação.

A ACS “pode identificar problemas da comunidade e reconhecer os recursos necessários para sustentar sua ação e atuação em relação ao que é previsto, de forma criativa e autônoma” (MENDONÇA, 2004 apud FURLAN, 2010, p. 380). Para isto, as formações precisam ter seu modo voltado a promover educação crítica, pautada na realidade prática e assegurando domínio de conhecimentos e habilidades específicas para o desempenho de suas funções.

No campo da saúde coletiva a Educação Permanente em Saúde (EPS), como processo educativo em relação com o trabalho, oportuniza o aprendizado e insere-se como dispositivo para a transformação das práticas de cuidado na ESF. As ACS entrevistadas apontam o NASF como potencial formador de suas práticas no cotidiano, seja na formação por meio do acompanhamento compartilhado das famílias no território ou por meio dos espaços de EPS promovidos junto às ESF.

*Eles realizaram [EPS]. Perguntaram se a gente gostaria de saber de alguma coisa, era naquela época que saiu aquelas polinomeclaturas LGBTX, então assim, eles nos ajudaram nessa questão [...]. Quando veio a PNAB nova eles vieram e explicaram pra gente (Maria Carolina).*

Assim, o NASF insere-se como importante dispositivo para o aprendizado pelo trabalho, seja por meio de sua dimensão clínico-assistencial ou técnico pedagógico. Apesar disto, as ACS apontam que a relação com o NASF nas equipes se dá de modo não homogêneo, seja pelas relações que se instituem entre a equipe NASF e ESF, seja pelas dinâmicas do território ou dos próprios profissionais que estão inseridos nas equipes. As mudanças que decorreram nos últimos anos na formatação do NASF no município de Itajaí (modo de inserção por meio de equipes mistas de residentes e profissionais servidores com rotatividade dos profissionais residentes na medida em que se formam) implicou nestas diferenças, sendo apontadas nas falas desta distinção entre os modos de trabalho realizado pelos residentes em comparação aos profissionais efetivos das equipes.

Considerando as especificidades do trabalho nas ESFs e que implica no trabalho em equipe, ressalta-se a importância da formação de todos os profissionais que compõe a APS para o reconhecimento do trabalho da ACS, não somente como trabalhadoras de suporte para a realização das atividades da equipe, mas que é indispensável, pelas suas atribuições e saberes próprios e legítimos, para a reorientação das práticas de cuidado da APS.

### 7.3 O TRABALHO DAS ACS COMO CUIDADO EM SAÚDE

Reconhecer o trabalho enquanto princípio educativo, é também compreender, especificamente no campo da saúde, este como disparador de modos de fazer que se dão para além do campo da produção material. Produzir saúde como resultado deste trabalho implica o uso de tecnologias diversas para corresponder às necessidades e demandas das populações. Está sobretudo no campo das relações, construção de experiências socioculturais, formação de sentidos, no reconhecimento e promoção de projetos de felicidade (AYRES, 2004). São estes modos de produzir saúde em sua diversidade, que conformam modelos de atenção à saúde nos

diversos territórios, ou seja, “o conjunto dos atos de saúde produzem um certo formato do cuidar” (MERHY, 2007, p. 118).

Segundo Feuerwerker (2014) as práticas de saúde são atos produtivos, visto que produzem e modificam algo. Alteram o estado das coisas sendo configuradas assim como trabalho. São orientadas por saberes científicos, mas também de sua finalidade social, historicamente construída.

As práticas de saúde representam o perfil polifônico e híbrido das trabalhadoras ACS (NUNES, 2002), que é amparado pelo saber popular, porém, igualmente pelo saber técnico-científico considerando suas atribuições, especificidades do trabalho na APS e aos modelos de atenção que permeiam as ESF ao reconhecer “sempre haverá uma dimensão técnica do trabalho envolvido” (ONOCKO-CAMPOS, 2005, p. 578). Por isso, diferentes formas de atos de cuidado em saúde são produzidas por estas trabalhadoras e apresentam distintos modos de reconhecer suas ações como tal.

*Cuidado... como que eu vou te explicar... atenção né, eu acho que ter atenção com o paciente, com o usuário, com os pacientes da área, ter essa atenção de ver que ele precisa de ti, ver que ele precisa de um outro profissional da equipe [...] (Maria Luiza).*

*Cuidado em saúde é aquilo, o todo da pessoa, tem que cuidar da felicidade do ser, para o corpo estar bem, a mente tem que estar bem, o lazer tem que estar bem. Então, o posto eu acho que deveria ser o último lugar a ser procurado, a família tinha que trabalhar, ter lazer, um bom parque pra brincar com os filhos, tempo também pra brincar, estamos vivendo um mundo de 24 horas que só temos 12, não sei como, mas é o que parece [...] (Maria de Fátima).*

*Eu acho que isso também faz parte do cuidado, às vezes a pessoa nem quer papo, eu respeito e vou embora, mas às vezes sim, aí tu vai descobrindo coisas, ali ela te pede um favor, tem coisa que não custa fazer, estamos aqui dentro mesmo, não custa, mas a gente tem que lançar mão de recursos próprios nossos pra facilitar nosso trabalho, por exemplo, whatsapp, material de qualidade, essas coisas assim, acabamos tirando do bolso (Maria Paula).*

As falas transcritas acima refletem percepções sobre o cuidado em saúde realizado. O caráter relacional do cuidado em saúde atravessa as falas e apresenta dimensão importante do trabalho ofertado por estas profissionais na APS. É a partir da relação, no encontro que se faz entre a trabalhadora e usuário que percepções como a da ACS Maria Paula podem surgir.

Feuerwerker (2004, p. 60) diz que “quando um trabalhador de saúde encontra-se com o usuário no interior de um processo de trabalho dirigido à produção de atos de cuidado, estabelece-se entre eles um espaço de interseção que sempre existirá, em ato, em seus encontros”, um “espaço onde pode acontecer alguma coisa” (ONOCKO-CAMPOS, 2005, p. 57). Este encontro é produtor, e representa a interação entre aquele que oferta e aquele que faz uso (usuário), não como passivo ao processo, mas que interfere e é ativo, além disso, “esse encontro é marcado pela ação territorial dos atores em cena, já que o usuário afeta o trabalhador e também é afetado por este”

Nessa situação, a ação intencional do trabalho realiza-se num processo em que o trabalhador, por meio do trabalho vivo em ato, captura interessadamente um objeto/natureza para produzir bens/produtos. O trabalho em si é o trabalho vivo; os instrumentos de trabalho e a organização do processo de trabalho são o trabalho morto (ou seja, estão ali para serem usados ou interferindo no modo como o processo ocorrerá, mas são produto de um trabalho vivo anterior). O trabalho em saúde, que se realiza sempre mediante o encontro entre trabalhador e usuário, é centrado no trabalho vivo em ato, que consome trabalho morto visando a produção do cuidado (FEUERWERKER, 2004, p 60).

Para operar de encontro a este modo de fazer, a trabalhadora de saúde dispõe de caixas de ferramentas que possibilitam a execução deste trabalho. Estas caixas podem ser construídas de diversas formas, mas é no cotidiano e na percepção das singularidades dos usuários que elas são aprendidas os modos de uso dessas ferramentas. Merhy (2007) considera que são três tipos de caixas de ferramentas que são formadas pelos trabalhadores de saúde. Uma delas está vinculada às terapêuticas e procedimentos, outra aos saberes constituídos para o exercício da profissão e outra ligada às relações entre trabalhador-usuário. Estas caixas operam como modo de corresponder ao espaço de interseção criado na relação, são formas de “fazer algo” junto ao usuário, e, assim, produzir o cuidado como produto do ato do trabalho vivo em saúde. Na fala abaixo vemos que as ACS Maria Odete e Maria Vitória utilizam um saber constituído, o qual consideram ser a prevenção de doenças para exercer o cuidado:

*[Cuidado em Saúde] envolve um todo né? E... mas eu acho que a prevenção é o mais importante. O que, infelizmente, a gente não consegue fazer muito bem né? Porque infelizmente os pacientes que nos procuram, geralmente, é porque já estão com alguma doença, né? (Maria Odete).*

*Justamente isso, pra mim cuidado em saúde é levar as formas de cuidado pra população, eu vou de casa em casa, eu acredito que eu levando a informação,*

*explicando a forma de uma doença, por exemplo, como que pega e como não pega, estou levando saúde pra eles e estou cuidando da saúde deles (Maria Vitória).*

O trabalho em saúde lida com a vida vivida em ato, reconhecendo os saberes prévios de cada sujeito, tanto usuários quanto trabalhadores dos serviços. É por meio destes saberes que há a possibilidade de transformação da realidade e produção de atos de cuidado em saúde como modo de produzir encontros potentes que venham ao encontro de possibilidades de resgate e criação da autonomia, como forma mobilizadora de gerir e fazer andar a própria vida. Essa perspectiva que estamos dialogando está no campo da micropolítica do trabalho e cuidado em saúde e se dá por meio da compreensão das tecnologias em saúde, que segundo Merhy (*et. al.*, 2015, p. 1976) podem ser:

duras (instrumentos, medicamentos, equipamentos, tudo que já vem pronto para o encontro cuidador), as leve-duras (conhecimentos técnicos estruturados, que ao serem aplicados sofrem a interferência desse mesmo encontro) e as leves, aquelas relacionais e que conferem “vida” propriamente dita ao trabalho em saúde, que acontece em ato e é produtor (ou não) do cuidado.

As tecnologias leves do cuidado aparecem no trabalho realizado pelas ACS. Estas trabalhadoras demandam recursos “internos” junto aos seus saberes da experiência, construídos pelas aprendizagens ao longo da vida e operam na materialização do trabalho. Quanto a isso, Diniz e Sá (2019, p. 3) cooperam ao afirmar que “processo de aprendizagem não compreende apenas uma dimensão cognitiva e consciente, mas também uma elaboração psíquica, apoiada nas vivências subjetivas associadas ao trabalho realizado pelos profissionais de saúde”. E é por meio dessa elaboração que os trabalhadores produzem sentidos para o vivido no trabalho e o que os afeta como sujeitos. A ACS Maria Paula reflete sobre o cuidado em saúde no sentido do encontro com o usuário e como ela produz por meio da criatividade um espaço de reconhecimento pelo comum do cotidiano, reconhecendo a vida que se coloca vívida nos territórios:

*Eles [os usuários] precisam gerenciar o cuidado deles, mas eles precisam de ajuda também, tem algumas pessoas que são mais dependentes da gente, eu acho que o cuidado em saúde é isso, ou até falar, às vezes a pessoa não está legal, tu ir lá conversar um pouquinho e dar uma risada, ou falar “nossa, que jardim bonito”, às vezes ninguém reparou que tinha feito jardim [...] (Maria Paula).*

O trabalho das ACS tem o desafio da produção do cuidado em meio a insuficiência de investimentos para a sua qualificação. Em seus relatos elas atribuem dificuldades de realizar seu trabalho pela falta da valorização e de formações que possam ser condizentes às suas atribuições e auxiliem para o cuidado em saúde ofertado. Por falta disso, reconhecem que há um distanciamento entre o trabalho que realizam e o que poderiam realizar na ESF:

*A minha frustração no momento é que não estamos conseguindo fazer a estratégia mesmo, como é que a gente diz, estamos de bombeiro, estamos apagando fogo, porque o território é muito grande, a equipe pequena, posto pequeno, funcionários insuficientes, então não fazemos estratégia, mas vamos chegar lá (Maria de Fátima).*

*O que eu consideraria, seria um trabalho em que a gente ajudaria as pessoas e também teria o controle, estaríamos também sendo atendidas também (Maria Beatriz).*

A produção de angústias e frustrações são presentes nas falas, bem como relatos de desamparo por parte da equipe e gestão no não reconhecimento do seu trabalho. Em uma das entrevistas a ACS Maria Cecília chorou ao falar sobre as tensões encontradas no cotidiano da APS, diante das condições de vida que encontra no território. Para realizar o cuidado diante das condições complexas de vulnerabilidades em que se deparam no cotidiano, muitas das ACS relatam a “empatia” como uma ferramenta para poder garantir o cuidado em saúde e, assim, o direito a este cuidado por meio do compartilhamento junto aos demais profissionais da ESF:

*É a empatia, eu vejo, eu gosto de me colocar no lugar do outro [...] e orientar de uma maneira, tem que ver a condição daquela pessoa. Eu vou em casa, as vezes é um palácio ou as vezes em lugares que nem tem onde sentar, então temos que ver a condição daquela pessoa pra poder estar atendendo aquela necessidade (Maria Eduarda).*

Para enfrentar essas questões e para o reconhecimento de como elas se colocam no território e incidem sobre a saúde da população é importante resgatar o conceito de Determinantes Sociais da Saúde, imprescindível para o trabalho em saúde na APS. Buss e Pellegrini (2007, p. 78) indicam que para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), “os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”. Este conceito aponta não somente para a identificação, mas expressa o caráter político das condições de saúde que se dão no território, visto que as

desigualdades e iniquidades são fatores que propiciam o adoecimento e influem negativamente sobre os determinantes sociais, provocando os diversos modos de adoecimento.

Em seu trabalho no território as ACS lidam cotidianamente com condições de saúde como as descritas pela ACS Maria Eduarda. Poder identificar que estas condições, estes modos de vida, não estão isolados das situações de saúde dos sujeito, pode ser um caminho para em seu trabalho poder dispor de ações que possam agir sobre estes determinantes de maneira abrangente, ampliando seu escopo e também demandando recursos tanto junto a equipe de ESF, para outros setores e políticas, bem como na articulação junto a sociedade civil para a mudança destas condições. Destacamos então, que o reconhecimento e ações sobre os Determinantes Sociais da Saúde, a fim de serem recurso para as práticas de cuidado em saúde no território, podem ser fator importante para aplacar as angústias e sofrimentos que emergem no fazer destas trabalhadoras.

Onocko-Campos (2005) aponta que os trabalhadores com menor qualificação técnica estão mais vulneráveis a sofrimento psíquico no SUS. Porém, podemos refletir sobre a angústia ser produto do próprio processo de trabalho em saúde, na medida em que, como afirmam as ACS, não se atinge o que está posto enquanto o que deveria ser seu trabalho. Para trazer essa discussão um aporte conceitual importante é a noção de “trabalho prescrito” e “trabalho real”. Fonseca e Sá (2015), apontam que há distanciamento, diferença, entre o que a organização solicita e o que pode as trabalhadoras realizarem no trabalho diante de todo o contexto que impera para dar conta deste fazer. As autoras utilizam a metáfora utilizada por Dejours (2012 apud FONSECA E SÁ, 2015) que define o trabalho um iceberg, onde o que está acima da água é apenas uma parte do trabalho, ou seja, o trabalho prescrito é uma pequena parte que está visível ao se comparar com toda a parte que está abaixo da água que é muito maior, que seria o trabalho real “com suas variabilidades, imprevistos e com tudo aquilo que o trabalhador acrescenta de si para transformar a prescrição em algo concreto, em trabalho real” (p. 300).

Entre o trabalho real e o trabalho prescrito há um hiato gerado e que exige da trabalhadora um movimento para corresponder o que a organização solicita e daquilo que pode e é realizado no dia a dia. É neste hiato que “se encontram boa parte das produções subjetivas daquela que trabalha: sua inteligência criadora, seu prazer e seu sofrimento”, ou seja,

O hiato gerado entre a organização prescrita do trabalho e a organização real solicita – a todo momento – da parte daquele que opera o trabalho uma atividade de concepção e mesmo de interpretação do mundo a sua. Sendo assim, o trabalho em saúde é também, como todo trabalho, um trabalho de criação, de concepção, de produção de saber e de uso de capacidades e saberes tácitos. (...) No caso dos trabalhos em saúde, devido à sua natureza eminentemente relacional e ao próprio objeto do trabalho, a vida, que é sempre dinâmica e preñe de variabilidades – o trabalhador está sempre acrescentando de si às prescrições, sempre ajustando as regras gerais, aos casos particulares e sempre lidando com situações singulares (FONSECA E SÁ, 2015, p. 300)

Esta discussão vai de encontro às outras angústias também apresentadas em relação à demanda por produção e metas que são exigidas pela equipe e gestão, bem como tarefas que reconhecem não ser da atribuição destas trabalhadoras, mas são demandadas pela equipe em relação a burocracias e outras.

A fragilização destas trabalhadoras, seja por meio do não reconhecimento do seu trabalho, por insuficiência de qualificação ou de falta de espaços para compartilhamento das angústias que suscitam no cotidiano, as torna suscetíveis ao saber médico-hegemônico preponderante na ESF.

Sá e Fonseca (2020) resgatam um outro conceito importante para a discussão aqui proposta, o do reconhecimento. É o reconhecimento que gera uma retribuição simbólica ao trabalhador ao conferir sentido ao seu fazer na organização do trabalho. As autoras apontam que segundo Dejours (2008 apud SÁ E FONSECA 2020, p. 302)

essa mobilização está sempre presente em todos os trabalhadores, desde que não seja desmobilizada por uma organização do trabalho que frustre o ‘direito de contribuição’. A falta de reconhecimento da contribuição singular dos trabalhadores para a organização do trabalho se configuraria como obstáculo à emergência da mobilização subjetiva e, portanto, ao vínculo com o trabalho.

As ACS ora apontam a necessidade de serem reconhecidas, ora referem sobre a importância do reconhecimento nas suas ações de cuidado. O ver o movimento da vida no nascimento de um novo bebê na microárea, garantir o acesso à saúde por meio de informações prestadas quanto aos fluxos ou o agendamento de uma cirurgia esperada por um usuário há alguns anos, as fazem mobilizar e resgatar os sentidos do seu fazer como trabalhadoras ACS. Como Maria Fernanda relata

*Eu já tenho isso comigo, que eu gosto de ajudar meu próximo, sempre gostei muito de me doar um pouco [...]. A parte mais feliz é que eu já ouvi duas pessoas falar pra mim nas casas [...] “Vem aqui conhecer a Maria Fernanda, ela é um anjo na nossa rua” [...] Ai eu penso, “eu só vou para fazer o cadastro”, mas a gente para pra ouvir. Mas porque me chamou de anjo? Eu não ajudo em nada, eu sou ACS porque levo as reclamatórias para o médico, mas não me considero assim, porque não tenho formação de enfermagem e muito mais (Maria Fernanda).*

“O cuidado é a alma dos serviços de saúde e a estratégia radical para defesa da vida (FEUERWERKER, 2014, p. 46)”. Neste sentido, ao refletir sobre as práticas de cuidado em saúde na ESF e as realizadas pelas ACS, visualizamos que o trabalho das ACS é potente para a realização de atos que possam romper com o hegemônico das práticas de saúde. Que promovam modos de fazer que valorizando o sentido relacional e intersubjetivo das ações de saúde enquanto transversal àquelas realizadas na APS por todos os trabalhadores, visando “outros tipos de objetos e formas de cuidar, bem como são operadoras de outras perspectivas de normatividades sociais, históricas e imaginárias” (FEUERWERKER, 2014, p. 46).

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história das trabalhadoras ACS no Brasil se conecta com a própria história do SUS. A consolidação desta categoria profissional é base para a constituição da APS alinhada com a perspectiva do SUS enquanto projeto político. Apesar disto, sabe-se que a categoria enfrenta as mazelas institucionais, junto a outros profissionais da saúde, quanto ao avanço das políticas neoliberais. Enfrentam no cotidiano da organização dos serviços as tentativas incansáveis de ampliação de terceirização nos municípios em várias regiões brasileiras, bem como a privatização do bem público, diminuição de recursos para as políticas públicas em geral atingindo diretamente a APS e impactando nos modos de vida e condições de saúde da população brasileira.

Além do cenário macropolítico e econômico que sinalizamos, as ACS enfrentam a falta de reconhecimento do seu trabalho, sejam pelas políticas públicas, gestão dos municípios, mas também, dentro das próprias equipes de ESF influenciando diretamente na produção de angústias e sofrimentos no contexto do seu trabalho. Estas angústias são traduzidas em desmobilização coletiva, desmotivação para o trabalho e pelo adoecimento destas trabalhadoras. Nas entrevistas realizadas as ACS relataram estes fatores e citaram a frequente tensão em que se colocam para a manutenção do seu trabalho e realização deste como serviço mas também como um bem coletivo, porém, isto não tem sido suficiente para minimizar os adoecimentos e frequentes afastamentos do trabalho que muitas tem vivenciado devido ao sofrimento psíquico.

Outra questão, que está diretamente ligada ao objeto deste estudo, é quanto a profissionalização da categoria por meio de sua formação. Apesar dos incentivos anteriores para a formalização do modelo de formação técnica, poucos foram os investimentos a nível local para que isto se efetivasse, desta forma, não sendo assumida como política nos municípios. O cenário que temos atualmente é diverso, sem um delineamento nos níveis de gestão, como representado nesta pesquisa pelo município de Itajaí, onde adota a medida de entrada no serviço por meio de seleção pública e após a entrada destas (que pode levar anos) promove formação para as trabalhadoras, cabendo a estas incertezas sobre o seu trabalho e adaptações deste pelo aprendizado dentro da própria equipe, geralmente com outra ACS.

Este modelo de aprendizado para o trabalho apresenta fragilidades pois demonstra a perspectiva por parte da gestão municipal quanto ao trabalho da ACS como simples e simplesmente instrumental. Esta perspectiva se instaura nos serviços e permite que haja a reprodução de práticas do trabalho, por meio da passividade das trabalhadoras que ficam aquém de outros instrumentos de reflexão crítica para a realização dele, promovendo assim a possível continuidade de práticas biomédicas e medicalizantes da ESF no contexto da APS, se distanciando do sentido político, coletivo e comunitário do fazer da ACS.

Compreendendo a fragilidade quanto a formação para o trabalho, reafirmamos a importância da compreensão do sentido ontológico e histórico do trabalho, ou seja, o trabalho como princípio educativo. Este reconhecimento possibilita a construção de novas práticas que possam romper com as reproduções dadas e oferecer minimização das angústias geradas (apontadas pelas ACS) pela insuficiência da formação técnica. Para isto, é também necessária reflexão quanto a concepção de sujeito que permeiam os espaços de trabalho, pois ao se considerar o sujeito enquanto histórico-social, abre-se a possibilidade de compreender suas práticas enquanto saberes constituídos em relação. Isto é oportuno para reafirmar o trabalho das ACS como um ponto potente no SUS para reorganização dos serviços, que possa com o saber popular, confrontar o saber científico para a produção de novos saberes e práticas na APS.

Apontamos a EPS como uma estratégia fundamental como proposta de formação em situação de trabalho, mas que carrega em seus princípios e diretrizes concepções democráticas amparadas na educação emancipatória no reconhecimento dos saberes para produzir mudanças. Porém, urge a necessidade de horizontalizar a construção destes espaços nas ESF junto as equipes NASF. Ainda é hegemônica a construção de espaços educativos por profissionais das equipes que passaram pelo processo formal de formação (ensino técnico ou superior) e transportam para os espaços de EPS o modo de aprendizado da sua formação, como também a priorização de temas que acreditam ser concernentes ao trabalho com base em suas perspectivas. Deste modo, trazemos como estratégia o reconhecimento da ACS como profissional que possa estar presente como protagonista dos processos de formação nos serviços e participante ativa dos processos de gestão e organização do trabalho em saúde, por meio de uma inclusão popular democrática no SUS.

Importante destacar aqui a significância desta pesquisa e sua potencialidade para disparar processos de reflexão sobre a formação pelo trabalho das ACS, bem como outros

pontos não contemplados nesta dissertação. Um dos pontos que merece posterior debate, diz sobre o papel da equipe NASF como dispositivo formador para as práticas de cuidado em saúde junto às ESF. Também, uma ampliação da discussão sobre o sofrimento no trabalho na APS, relatado pelas ACS nesta pesquisa.

A realização desta pesquisa teve importante sentido. Foram imensamente potentes os encontros realizados nas UBS. Além da receptividade oferecida pelas trabalhadoras nestes espaços, também fui acolhida pela gestão que demonstrou grande apoio para que fosse possível a realização desta pesquisa, diante da organização que foi necessária para que acontecesse no município escolhido. Andar pelos territórios, observar o cotidiano, fazer as trocas que aconteceram antes, durante e depois das entrevistas, tanto com as participantes, quanto com outras profissionais, mobilizaram afetos e sentidos diversos em mim como sujeito/pesquisadora. De encontro aos territórios que vivenciei trocas tão potentes em anos de formação na APS, como estagiária de Psicologia até residente em Saúde da Família/Atenção Básica, pude reconhecer que o percurso realizado há anos, e que me trouxeram até as últimas palavras dessa dissertação, só podem ser possíveis pela escolha política (que foi mediada, ressignificada e aprendida no trabalho) pela implicada defesa do SUS e reafirmação deste como instrumento de fortalecimento democrático no Brasil.

Desafios imensos temos enfrentado nos últimos meses, e sendo grande parte deste escrito produzido neste contexto, vale aqui traçar algumas palavras sobre a conjuntura atual. A pandemia de COVID-19 modificou o cotidiano da população no mundo e implicou na reorganização deste cotidiano para o enfrentamento desta e preservação da vida. Implicou diretamente no SUS, nos diversos níveis de atenção e tem permeado o debate da comunidade científica mundial quanto à necessidade de organização dos serviços de saúde para responder às demandas produzidas pelo vírus tanto no sentido individual quanto comunitário. A APS tem sido reconhecida como essencial, desde o diagnóstico, sendo uma das portas de entrada em alguns municípios para a realização deste, mas principalmente na orientação junto à população das medidas de prevenção e organização para comunicação e mobilização comunitária. Neste sentido, pelo caráter de seu trabalho, as ACS são profissionais de saúde que tem em seu trabalho imensa importância e são essenciais para a execução das ações da APS na pandemia, porém tem sofrido inúmeras questões quanto a possibilidade de execução deste trabalho.

Foi emitida uma Nota Técnica sobre “trabalho seguro, proteção à saúde e direitos dos agentes comunitários de saúde no contexto da pandemia de Covid-19” (MOROSONI *et. al.*, 2020), em 20 de julho de 2020, elaborada por professoras e pesquisadoras da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz. Na nota, as autoras relatam sobre ações discriminatórias que as ACS têm sofrido nos serviços de saúde que dizem respeito aos direitos associados ao trabalho, acesso aos equipamentos de proteção individual (EPIs) e as condições de proteção as trabalhadoras que estão em grupo de risco. São apontadas medidas para promover a garantia do trabalho em condições de segurança bem como os direitos destas trabalhadoras, essenciais para sua proteção, tanto dentro das UBS quanto na reorganização das atividades a serem realizadas nos territórios (como visitas domiciliares e cadastramento de usuários), sugerindo a utilização de atividades remotas por meio de teletrabalho. Também apontam a necessidade da promoção de EPS para atualização das trabalhadoras quanto às questões da COVID-19, considerando ser instrumento importante para a promoção do cuidado em saúde a ser ofertado para a população mas também para com as trabalhadoras, de modo a reduzir o estresse causado pela desinformação e as constantes incertezas que cercam a pandemia.

Assim, diante do desamparo que a população tem sofrido quanto a não governabilidade sobre a pandemia por parte da esfera pública, os desafios têm se agravado neste contexto e tem gerado consequências maiores entre as populações vulnerabilizadas e os trabalhadores e trabalhadoras da saúde com dimensões que se refletem no número de vítimas no Brasil, sem previsão de minimização ou melhoria destas condições. As disputas políticas e ideológicas têm ganho palco e tem cooperado para o desastre vivido, ressoando vozes negacionistas atreladas a uma política de morte. Mais do que nunca se torna essencial a reafirmação dos valores democráticos e a construção do fazer científico implicado com o coletivo para preservação da vida e bem comum, e ainda mais, a garantia do acesso público, universal e igualitário para toda a população por meio do fortalecimento do patrimônio brasileiro, o Sistema Único de Saúde.

## REFERÊNCIAS

ARKERMAN, M. FEUEWERKER, L. C. M. Estou me formando (ou eu me formei) e quero trabalhar. Que oportunidades o Sistema de Saúde me oferece na Saúde Coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? In: CAMPOS, G. W. S. et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 1 ed. São Paulo -Rio, de Janeiro: Hucitec -Fiocruz, 2006, v. 1, p. 171-188.

AYRES, J. R. de C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000100005&script=sci\\_abstract&lng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000100005&script=sci_abstract&lng=pt). Acessado em 28 de julho de 2020.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, dez. 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=en&nrm=iso). Acessado em 25 de março 2019.

BAKHTIN, M. **Estética da criação verbal**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

BARRETO, I. C. H. C. et al. Complexidade e potencialidade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil contemporâneo. **Saúde e debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 114-129, set. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000500114&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500114&lng=en&nrm=iso). Acessado em 16 de janeiro de 2019

BRASIL. VIII Conferência Nacional de Saúde. 1986. Relatório Final.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p. 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Educação Permanente entra na Roda. Pólos de Educação Permanente em Saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)

BRASIL Ministério da Saúde. *Nasf: ferramentas para a gestão e o trabalho cotidiano*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Caderno de Atenção Básica – volume 39.

BRASIL. Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2436, de 21 de set. 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, 2017.

BRASIL. Lei 13.595 de 5 jan. 2018. Altera a Lei n. 11.350, de 5 out. 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 83 de 10 de jan. 2018. Institui o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde – Profags. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2018.

BORNSTEIN, Vera Joana; STOTZ, Eduardo Navarro. O Trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 457-480, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462008000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300004&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 25 de julho de 2019.

CAMPOS, R. O. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 573-583, set. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300015&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300015&lng=pt&tlng=pt). Acessado em: agosto de 2020.

CANÁRIO, R. Formação e Mudança no Campo da Saúde. In: CANÁRIO, R (Org.). **Formação em Situações de Trabalho**. Porto: Porto Editora, 2003, p. 13-42.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 285-93, 1996.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p.679-684, 2006.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, dez. 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 8 de agosto de 2019.

CECCIM, R B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, fev. 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832005000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100013&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 8 de agosto de 2019.

CELLARD, A. A análise documental. In: POURPART, J. *et. al.* **A pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Editora Vozes. 2012, p. 295 a 316.

CODO, W.; SAMPAIO, J. J. C; HITOMI, A. H. **Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

CORREIA, J. A. Formação e Trabalho: contributos para uma transformação dos modos de os pensar na sua articulação. In: CANÁRIO, R (Org.). **Formação em Situações de Trabalho**. Porto: Porto Editora, 2003, p. 13-42.

DA ROS, M.A.; VERDI, M. I.M.; CUTOLO, L. R. A. **Saúde e sociedade** [Recurso eletrônico]. Universidade Aberta do SUS. Florianópolis: UFSC, 2010.

DESLAURIERS, J. P.; KÉRISIT, M. O delineamento da pesquisa qualitativa. In: POUPART, J. et al. (Orgs.) **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 127-154.

DINIZ, D. S.; SÁ, M. D. C. O uso das narrativas e do dispositivo grupal na formação/educação permanente dos profissionais de saúde: uma revisão de literatura. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 23, p. e180217, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832019000100304&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100304&tlng=pt). Acessado em: agosto de 2020.

DIOGO, M. F. De balde e vassoura na mão: os sentidos do trabalho para as mulheres que exercem suas funções no setor de limpeza e conservação em uma empresa prestadora de serviços em Santa Catarina. Diss. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2005

FAUSTO.M. C. R. et al. Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e os Desafios para a Integração em Redes de Atenção. In: MENDONÇA, M. H. M. *et. al.* (org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: Conceitos, Práticas e Pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 51-72.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014

FEUERWERKER, L. C. M.; CAPOZZOLO, A. AP. Atenção Básica e Formação em Saúde. In: MENDONÇA, M. H. M. *et. al.* (org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: Conceitos, Práticas e Pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 291-310.

FRANCO, T.B.; As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, in Pinheiro R. e Mattos R.A. (Orgs.), **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

FRIGOTTO, G. Educação e trabalho: bases para debater a educação profissional emancipadora. **Perspectiva**, [S. l.], v. 19, n. 1, p. 71–87, 1 jan. 2001.

FONSECA, M. L. G.; SÁ, M. de C. A insustentável leveza do trabalho em saúde: excessos e invisibilidade no trabalho da enfermagem em oncologia. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 39, n. spe, p. 298–306, 1 dez. 2015. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000500298&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500298&lng=en&nrm=iso). Acessado em agosto de 2020.

FONSECA, M. L. G.; SÁ, M. de C. O intangível na produção do cuidado: o exercício da inteligência prática em uma enfermagem oncológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 25, n. 1, p. 159–168, jan. 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000100159&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000100159&tlng=pt). Acessado em: 10 de agosto de 2020.

FURLAN, P. G. O Agente Comunitário de Saúde e a Prática na Atenção Básica: Alguns Apontamentos. In: CAMPOS, G. W. S. C; GUERRERO, A. V. P. (org.). **Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 368-387.

GOLD, R. Roles in Sociological fields observations. *Social Forces*, v. 36, n. 3, p. 217-223, mar. 1958.

GOMES, R. et. al. Organização processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G., SOUZA, E. R. (org). **Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010, p. 19-51.

GONZÁLEZ REY, F. **La investigación cualitativa en psicología: rumbos y desafíos**. São Paulo: EDUC, 1999.

GONZÁLEZ REY, F. L. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo, SP: Thomson Learning, 2005.

GONZÁLEZ REY, F. L. As categorias de sentido, sentido pessoal e sentido subjetivo: sua evolução e diferenciação na teoria histórico-cultural. **Psic. da Ed.**, São Paulo, 24, 1º sem. de 2007, pp. 155-179.

ITAJAÍ, Lei Complementar nº 352 de 21 de novembro de 2019. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/sc/i/itajai/lei-complementar/2019/35/352/lei-complementar-n-352-2019-altera-dispositivo-na-lei-complementar-n-90-de-22-de-dezembro-de-2006-que-dispoe-sobre-o-programa-saude-da-familia-psf-cria-empregos-publicos-fixa-salarios-estabelece-gratificacoes-ajustadas-e-da-outras-providencias-e-na-lei-complementar-n-91-de-22-de-dezembro-de-2006-a-qual-dispoe-sobre-a-admissao-de-agentes-comunitarios-de-saude-e-de-agentes-de-combate-as-endemias-e-da-outras-providencias> . Acessado em: 06 de agosto de 2020.

LEMONS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913-922, Mar. 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000300913&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300913&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 8 de agosto de 2019.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A.. **Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas**. São Paulo: E.P.U, 1986,

MARCONDES, N. A. V.; BRISOLA, E. M. A. Análise por triangulação de métodos: um referencial para pesquisas qualitativas. **Revista Univap**, São Paulo, v. 20. n. 35, p. 201-208., jul. 2004.

MARTINS, G. A. Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. **Revista de Contabilidade e Organizações**, v. 2, n. 2, Jan./Abr., 2008, p. 9-18

MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política. 2ª edição. São Paulo: Nova Cultura, 1985.

MARX, K. **Trabalho Assalariado e o Capital**. São Paulo: Ed. Acadêmica, 1987.

MATTOS, R.; MELO, E. Gestão do Cuidado e Atenção Básica: controle ou defesa da vida? In: MENDONÇA, M. H. M. *et. al.* (org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil**: Conceitos, Práticas e Pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 95-116.

MELO, E.; MIRANDA, L. Apoio Matricial na Atenção Básica e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família: das concepções e políticas e desafios no cotidiano. In: MENDONÇA, M. H. M. *et. al.* (org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil**: Conceitos, Práticas e Pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 425-449.

MENDONÇA, M. H. M. et al. Os desafios urgentes e atuais da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: MENDONÇA, M. H. M. *et. al.* (org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil**: Conceitos, Práticas e Pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 29-47.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Reestruturação produtiva em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008 p. 348-352.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Editora Hucitec, 3ª ed., 2007.

MERHY, E. E. et al. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva* (on line), v. 2., maio/agosto, 2006. Disponível em :<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73120204>> Acessado em: 20 outubro de 2018.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 239-262, jul/set, 1993.

MINAYO, M. C. Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva** 2012, v.17, n.3, pp. 621-626. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-1232012000300007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1232012000300007). Acesso em 5 de agosto de 2019.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: Consensos e Controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**: São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.

MOLON S. I. Notas sobre constituição do sujeito, subjetividade e linguagem. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 4, p. 613-622, out./dez. 2011.

MOROSONI, M. V.; FONSECA, A. F. Configuração do Trabalho dos Agentes Comunitários na Atenção Primária à Saúde: entre normas e práticas. In: MENDONÇA, M. H. M. *et. al.* (org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: Conceitos, Práticas e Pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 369-405.

MOROSINI, Márcia Valéria; FONSECA, Angélica Ferreira. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 261-274, set. 2018.. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000500261&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500261&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 16 jan. 2019.

MOROSINI, M. V. et al. Nota Técnica sobre trabalho seguro, proteção à saúde e direitos dos agentes comunitários de saúde no contexto da pandemia de Covid-19. Aborda trabalho seguro, proteção à saúde e direitos dos agentes comunitários de saúde no contexto da pandemia de Covid-19. Rio de Janeiro: Fiocruz/Espjv, 2020. 11 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42355>. Acessado em: 13 de agosto de 2020.

MOTA, R. R. de A.; DAVID, H. M. S. L. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? **Trabalho, Educação e Saúde**, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 229–248, out. 2010. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/es/int-2250?lang=pt>. Acessado em agosto de 2020.

NÓVOA, A. Concepções e Práticas da Formação Contínua de Professores: In: Nóvoa, A. (Org). **A Formação Contínua de Professores: Realidades e Perspectivas**. Aveiro: Universidade De Aveiro, 1991.

NÓVOA, A. Enquadramento teórico e Metodológico. In: NÓVOA, A (Org.). **Vidas de Professores**. Porto: Porto Editora, 1992.

NUNES, M. de O. *et al.* O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 18, n. 6, p. 1639–1646, dez. 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-311X2002000600018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2002000600018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acessado em: 06 de agosto de 2020.

OLIVEIRA, F. D. O. et al. A Influência dos Movimentos de Educação Permanente em Saúde na Prática do Agente Comunitário de Saúde. **Revista Ciência Plural.**, Rio Grande do Norte, v. 4, n. 2., p. 6-20, 2018. Disponível em: <

<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/download/16826/11253>> Acessado em: 20 de julho de 2018.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>.

PIVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. **Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública** Revista de Saúde Pública, v. 29, n. 4., p. 318-325, 1995.

RAMOS, M. Educação pelo trabalho: possibilidades, limites e perspectivas da formação profissional. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 55-59, jun. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902009000600008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600008&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 5 de agosto de 2019.

RAMOS, M. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, UFRJ, 2010. Acesso em: 27 jul. 2020.

REIS, M. A. S. et al.. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface (Botucatu)**. 2007, vol.11, n.23, pp. 655-666.

RIBEIRO, R. O trabalho como princípio educativo: algumas reflexões. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 18, p. 48–54, jun. 2009.

RIQUINHO, D. L. *et al.* O cotidiano de trabalho do Agente Comunitário de Saúde: entre a dificuldade e a potência. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 163–182, abr. 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462017005005101&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462017005005101&script=sci_abstract&tlng=pt). Acessado em fevereiro de 2019.

SAMUDIO, J. L. P. et al. Agentes Comunitários De Saúde Na Atenção Primária No Brasil: Multiplicidade De Atividades E Fragilização Da Formação. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 745-769, dez. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-) Acessado em 16 de janeiro de 2019.

SANT'ANNA, S. R., HENNINGTON, E. A. Micropolítica do trabalho vivo em ato, ergologia e educação popular: proposição de um dispositivo de formação de trabalhadores da saúde. **Trab. educ. saúde**. 2011, vol.9, suppl.1, pp. 223-244.

SAVIANI, D. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. **Revista Brasileira de Educação**, [S. l.], v. 12, n. 34, p. 152–165, abr. 2007.

SILVA, L. T. **O agente comunitário de saúde do projeto qualis: agente institucional ou agente de comunidade?** Doutorado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2001.

SLOMP JUNIOR, H.; FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Histórias de vida, homeopatia e educação permanente: construindo o cuidado compartilhado. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 20, n. 6, p. 1795–1803, jun. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000601795&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601795&lng=pt&tlng=pt). Acessado em: janeiro de 2019.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciência sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VIDAL, S. V.; MOTTA, L. C. S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Agentes comunitários de saúde: aspectos bioéticos e legais do trabalho vivo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 129-140, Mar. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902015000100129&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100129&lng=en&nrm=iso). Acessado em 20 de março de 2019.

## **ANEXO A - Roteiro de Entrevista Semiestruturada**

### **1) IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO**

Entrevista n°:

Idade:

Sexo:

Raça:

Formação:

ESF:

Tempo de atuação:

Tempo de atuação nesta equipe:

Vínculo empregatício:

### **2) ROTEIRO DE ENTREVISTA:**

a) O que é saúde para você?

b) O que é trabalho em saúde para você?

c) Como você realiza o trabalho em saúde na ESF?

d) Como acontece seu processo formativo no trabalho?

e) Quais processos formativos que você participou que considera significativas para o trabalho em saúde?

f) De que forma você entende que o processo formativo poderia acontecer?

g) Como você entende o papel do NASF para a sua formação pelo trabalho?

h) O que você espera da gestão na realização de processos formativos para o trabalho em saúde?

**ANEXO B - Pré-roteiro/esboço de diário de campo para observação participante**

Entrevista n°:

Data:

Horário Inicial:

Local:

Observador? ( ) sim ( ) não

Nome:

Quais as impressões observadas durante a entrevista?

Houveram fatores facilitadores ou dificultadores para realização da entrevista? Quais?

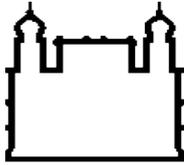
Quais foram as ações/falas durante a entrevista que me mobilizaram?

Que gestos, palavras e atitudes foram apresentados com frequência durante a entrevista?

Observações/Comentários:

Horário Final:

**ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ENSP/FIOCRUZ –  
ENTREVISTAS**



**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
FIOCRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA**



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

A FORMAÇÃO PELO TRABALHO PARA O CUIDADO EM SAÚDE DOS AGENTES

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Prezado participante, você está sendo convidado(a) a participar da **pesquisa A Formação pelo Trabalho para o Cuidado em Saúde dos Agentes Comunitários de Saúde no Município de Itajaí – SC** desenvolvida por Jaqueline Rocha, discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública ministrado na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, sob orientação da Professora Dra Maria de Fátima Lobato Tavares.

A pesquisa é direcionada a partir do seu objetivo que é analisar a relação do processo formativo dos Agentes Comunitários em Saúde e o cuidado em saúde das equipes de ESF que possuem cobertura de apoio matricial realizada pelas equipes NASF em Itajaí. O convite a sua participação se deve ao interesse da pesquisadora em analisar a forma como acontece a formação dos trabalhadores Agentes Comunitários de Saúde no seu contexto de trabalho.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. Serão tomadas as seguintes medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para

outras finalidades e qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material coletado será armazenado em local seguro.

Você não terá despesas, nem remuneração, já que é o pesquisador que irá se deslocar ao seu encontro para a aplicação do questionário.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções 466/12 e 510/16 do CNS e orientações do CEP/ENSP e com o fim deste prazo, será descartado.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto. A entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado(a). O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente 40 minutos.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de contribuir para a problematização da forma como ocorre formação pelo trabalho para o cuidado em saúde realizado pelas Agentes Comunitárias de Saúde no município de Itajaí-SC.

Quanto aos riscos relacionados a este estudo, existe a possibilidade de identificação do local de trabalho do participante, visto que serão nomeados os bairros em que foram coletadas as entrevistas, podendo haver quebra de sigilo, embora involuntária e não intencional. Também é possível o risco de constrangimento durante uma entrevista ou observação.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados em eventos científicos, artigos científicos, e na dissertação. Se for do interesse da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí, será de grande valia para o pesquisador que possa também expor suas conclusões em forma de devolutiva para as Equipes de Estratégia de Saúde da Família do Bairro Cordeiros e Cidade Nova e os Agentes Comunitários de Saúde das mesmas, envolvidos na pesquisa, de modo que este retorno possa trazer contribuições diretas para o município de Itajaí que acolheu a pesquisa sem que seja mencionada qualquer informação que leve a descobrir a identidade dos participantes.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é redigido em duas vias. Você receberá uma via onde consta o contato da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa, podendo esclarecer suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento. A outra via ficará sob os cuidados da pesquisadora responsável. Todas as páginas

devem ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Tel e Fax - 21 25982863

E-Mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Contato do pesquisador responsável:

Jaqueline Rocha Assis - Mestranda em Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ

Telefone: [\(21\) 2598-2525](tel:(21)2598-2525)

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Autorizo a gravação da entrevista ( )

Não autorizo a gravação da entrevista ( )

Itajaí, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

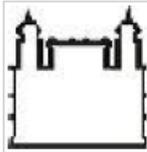
---

Jaqueline Rocha  
Pesquisadora Responsável

---

(Assinatura do participante da pesquisa)

## ANEXO D - Parecer Consubstanciado do CEP



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A FORMAÇÃO PELO TRABALHO PARA O CUIDADO EM SAÚDE DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE ITAJAÍ-

**Pesquisador:** JAQUELINE ROCHA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 22806619.9.0000.5240

**Instituição Proponente:** FUNDACAO OSWALDO CRUZ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.670.548

#### Apresentação do Projeto:

Este parecer refere-se a análise de resposta às pendências, emitidas pelo CEP/ENSP no parecer número 3.646.925, em 17/10/2019.

#### Situação do Parecer:

Aprovado

#### Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 30 de Outubro de 2019

---

**Assinado por:**  
**Jennifer Braathen Salgueiro**  
**(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

## ANEXO E - Autorização de realização e assunção de corresponsabilidade



### Autorização de realização e assunção da co-responsabilidade

**Instituição Coparticipante:** Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí – Santa Catarina

Declaro ter lido e concordar com o parecer ético 3.670.548, emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CEP/ENSP), conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do projeto de pesquisa “A Formação pelo Trabalho para o Cuidado em Saúde dos Agentes Comunitários de Saúde na Atenção Primária do Município de Itajaí-SC” sob responsabilidade de Jaqueline Rocha e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Assinatura e carimbo do responsável institucional\*

Emerson Roberto Duarte  
Secretário Mun. de Saúde de Itajaí

08.259.606/0001-58

FUNDO MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE ITAJAÍ

Av. Gov. Adolfo Konder, 250 Setor Administrativo  
Bairro São Vicente - CEP 88308-000  
ITAJAÍ - SC

\*Esta autorização deve ser assinada pelo dirigente da instituição ou representante legal.