

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde do Trabalhador

Jane Mary de Miranda Lima

**O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde e a vigilância em saúde do  
trabalhador na perspectiva da ecologia de saberes**

Rio de Janeiro

2019

Jane Mary de Miranda Lima

**O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde e a vigilância em saúde do  
trabalhador na perspectiva da ecologia de saberes**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde do Trabalhador, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Maria Cheble  
Bahia Braga

Segunda orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Fátima Sueli  
Neto Ribeiro

Rio de Janeiro

2019

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

L732p Lima, Jane Mary de Miranda.  
O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde e a vigilância em saúde do trabalhador na perspectiva da ecologia de saberes / Jane Mary de Miranda Lima. -- 2019.  
131 f. : il. color. ; graf. ; tab.

Orientadoras: Ana Maria Cheble Bahia Braga e Fátima Sueli Neto Ribeiro.

Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

1. Agentes Comunitários de Saúde. 2. Trabalho. 3. Vigilância em Saúde do Trabalhador. 4. Conhecimento. 5. Mortalidade Infantil. 6. Estratégia Saúde da Família. 7. Saúde do Trabalhador. 8. Ecologia Humana. I. Título.

CDD – 23.ed. – 363.11

Jane Mary de Miranda Lima

**O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde e a vigilância em saúde do  
trabalhador na perspectiva da ecologia de saberes**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública/Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde do Trabalhador, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em: 12 de abril de 2019

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Maria Cheble Bahia Braga (Orientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/CESTEH

Prof.<sup>a</sup> Dra. Fátima Sueli Neto Ribeiro (Coorientadora)  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof.<sup>a</sup> Dra. Inês Barbosa de Oliveira  
Universidade Estácio de Sá - UNESA

Prof. Dr. Renato Bonfatti  
Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/CESTEH

Rio de Janeiro

2019

*Dedico esta pesquisa aos agentes comunitários de saúde da Unidade Estratégia Saúde da Família Ana Clara Castro de Miranda (Caucaia/CE) e da Unidade Estratégia Saúde da Família Nilda Matos Brito de Miranda (Tucunduba/CE), pela gentil participação e valorosa contribuição para a realização desse estudo.*

## AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa é fruto da reconciliação entre a enfermeira e a curandeira que vivem em meu interior, e não teria sido possível sem o apoio de uma pequena tribo que me ajudou:

Minhas raízes: Josefa Miranda de Lima e Wilson Alves de Lima

Meus frutos: Bárbara de Lima Martins, Déborah de Lima Martins e Davi Martins Girão Porto.

Agradeço as minhas orientadoras que permitiram depurar meus pensamentos e esclarecer minhas intenções: Ana Maria Cheble Bahia Braga e Fátima Sueli Neto Ribeiro.

Agradeço também a todos aqueles que, de uma maneira ou de outra, num encontro entre as aulas, numa troca de mensagens ou pessoalmente muito contribuíram: professores; colegas mestrandos; em especial, a amiga Vânia Maria Araújo Loureiro – companheira querida de estudos e viagens.

Gratidão e carinho especial à família Guilherme Cordeiro, Fátima Sueli Neto Ribeiro, Sila e Nick (meu companheiro de estudo) pelo acolhimento.

À Fátima Sueli Neto Ribeiro, pelo privilégio da sua amizade e por me guiar tão competente e generosamente na compreensão dos pensamentos de Boaventura de Sousa Santos.

Que todos possam encontrar aqui o testemunho do meu obrigado e a expressão do meu profundo afeto e respeito.

*“As ruínas geram o impulso da reconstrução e permitem-nos imaginar reconstruções muito distintas, mesmo se os materiais para elas não são senão as ruínas e a imaginação” (SANTOS, 2010, p. 62).*

## RESUMO

No sistema único de saúde a assistência médica hegemônica se baseia no modelo biomédico, atrelado ao sistema capitalista e exclui outros saberes. Este modelo não propicia relações horizontais entre profissionais e usuários, especialmente os agentes comunitários de saúde, que são os profissionais que têm um vínculo mais próximo com a comunidade. Este trabalho se propõe a identificar e analisar os saberes que compõem o cotidiano do processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde, identificando aqueles construídos fora das regras tecnocientíficas e as estratégias adaptadas para o trabalho diário. Para construir a análise desse processo, buscou-se trilhar as sociologias de Boaventura Santos, especialmente os pressupostos da Ecologia de Saberes e a Sociologia das Ausências. A metodologia adotada foi a pesquisa qualitativa de cunho social, e a orientação prática se deu na construção de dois grupos focais compostos de agentes comunitários da estratégia saúde da família de territórios diferentes (urbano e rural), no município de Caucaia/CE. As temáticas trabalhadas com os grupos foram: processo de trabalho, vigilância em saúde do trabalhador e os saberes técnicos e tradicionais da saúde. Concluiu-se que a visita domiciliar (principal atividade referida), tem sofrido alterações, distanciando-se da proposta original da prevenção de doenças e promoção da saúde, e no afastamento do trabalho feito no território para a expansão dos aspectos do modelo biomédico de um trabalho fragmentado, a fim de alcançar metas padronizadas estipuladas pela política nacional da atenção básica, descontextualizadas das condições de vida e saberes da comunidade. Desta forma, identifica-se um processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde, fundamentado no saber biomédico e no seu rigor normativo. Recomenda-se repensar as questões de saúde e trabalho na perspectiva das epistemologias do sul de Boaventura Santos, contemplando a ecologia de saberes como uma possibilidade de confrontação da monocultura do saber da ciência moderna com outros saberes e outros modos de vida, mais solidários e participativos. Tem como proposta uma vigilância em saúde do trabalhador em que os profissionais de saúde ampliem suas visões restritas, para além do conhecimento regulador da biomedicina e incluam outros saberes, práticas e lutas dos trabalhadores subalternizados pela racionalidade hegemônica da ciência moderna. Pensar numa vigilância em saúde do trabalhador ampla e solidária, descolonizando a saúde e aceitando como válidos outros saberes e práticas potencialmente emancipatórias, que não se submetam exclusivamente ao saber/poder colonial/capitalista.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde. Processo de Trabalho. Vigilância em Saúde do Trabalhador. Epistemologias do Sul. Ecologia de Saberes.

## ABSTRACT

In the unified health system hegemonic medical assistance is based on the biomedical model, linked to the capitalist system and excludes other knowledge. This model does not provide horizontal relations between professionals and users, especially the community health agents, who are professionals who have a closer relationship with the community. This paper aims to identify and analyze the knowledge that compose the daily work process of the community health agents, identifying those built outside the technoscientific rules and strategies adapted for daily work. In order to construct the analysis of this process, we sought to trace the sociologies of Boaventura Santos, especially the assumptions of the ecology of knowledge and the sociology of absences. The methodology adopted was qualitative research of a social nature, and the practical orientation was given in the construction of two focal groups composed of community agents of the family health strategy of different territories (urban and rural), in the municipality of Caucaia/CE. The themes worked with the groups were: work process, health surveillance of the worker and the technical and traditional knowledge of health. It was concluded that the home visit (main activity referred), has undergone alterations, distancing itself from the original proposal of the prevention of diseases and health promotion, and the removal of the work done in the territory for the expansion of aspects of the biomedical model of a fragmented work, in order to reach standardized goals stipulated by the national policy of basic attention, decontextualized of the conditions of life and knowledge community. In this way, a working process of community health agents based on biomedical knowledge and its normative rigor is identified. It is recommended to rethink the issues of health and work in the perspective of the south epistemologies of Boaventura Santos, contemplating the ecology of knowledge as a possibility of confronting the monoculture of the knowledge of modern science with other knowledge and other ways of life, more supportive and participative. Its proposal is a health surveillance of workers in which health professionals expand their restricted views, beyond the regulatory knowledge of biomedicine and include other knowledges, practices and struggles of workers subalternized by the hegemonic rationality of modern science. To think about health surveillance of the broad and solidary worker, decolonizing health and accepting as valid other potentially emancipatory knowledge and practices that do not submit exclusively to colonial / capitalist knowledge / power.

Keywords: Community Health Agent. Work Process. Surveillance in Workers' Health. Epistemologies of the South. Ecology of Knowledge.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Macrorregiões do Estado do Ceará, 2018.....	32
Figura 2	Distribuição dos Centros em Saúde do Trabalhador do Ceará por área de abrangência, 2018.....	53
Foto 1	Praia do Cumbuco – Caucaia – CE.....	64
Foto 2	Serra da Rajada – Tucunduba – Caucaia – CE, 2018.....	64
Foto 3	Pesquisadora, orientadora e enfermeira. Tucunduba – CE, 2019....	65
Foto 4	UBS Nilda Matos Brito de Miranda. Tucunduba – CE, 2019.....	66
Foto 5	UBS Ana Clara Castro de Miranda. Caucaia – CE, 2019.....	67
Foto 6	Árvore Juazeiro. Tucunduba – CE, 2019.....	73
Foto 7	Materiais utilizados nas dinâmicas de acolhimento e encerramento. Tucunduba, 2019.....	73
Foto 8	Momento I. Grupo focal de Tucunduba – CE, 2019.....	76
Foto 9	Momento I. Produção do Painel - Grupo focal de Tucunduba – CE, 2019.....	80
Foto 10	Momento I. Produção do Painel Grupo focal de Caucaia – CE, 2019.....	81
Foto 11	Momento II. Discussão com o grupo B da UBS da zona rural. Tucunduba – CE, 2019.....	83
Foto 12	Momento I. Produção do painel referente às perguntas do grupo B. UBS da zona urbana. Caucaia, 2019.....	85
Foto 13	Momento II. Discussão coletiva dos painéis dos Grupos A e B. Tucunduba, 2019.....	86
Foto 14	Momento II. Discussão coletiva dos painéis. Caucaia, 2019.....	86
Foto 15	Momento III. Quadro de memórias. Tucunduba – CE, 2019.....	87
Foto 16	Momento III. Quadro de memórias. Caucaia – CE, 2019.....	87
Foto 17	Rua principal de Tucunduba – CE, 2019.....	88
Foto 18	Estrada de acesso à Tucunduba – CE, 2019.....	89
Foto 19	Rezadeira.....	92
Foto 20	ACS da UBS de Tucunduba – CE, 2019.....	99
Foto 21	ACS da UBS de Caucaia – CE, 2019.....	100

## LISTA DE GRÁFICO, TABELA E QUADROS

Gráfico 1	Taxa de mortalidade infantil (por 1000 nascidos vivos) no Brasil, Nordeste e Ceará – 2005 a 2015 (exceto 2010).....	27
Tabela 1	Caracterização da Estratégia Saúde da Família por número absoluto de municípios, Estratégia Saúde da Família (ESF) e famílias acompanhadas por macrorregiões do Estado do Ceará 2015.....	32
Quadro 1	Momentos do Grupo Focal.....	69
Quadro 2	Métodos alternativos de cura e tratamento populares e simbolismos ancestrais.....	71

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
ACE	Agente de Combate as Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACS-R	Agente Comunitário de Saúde Rural
ACS-U	Agente Comunitário de Saúde Urbano
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CESAU	Conselho Estadual de Saúde
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CERESTA	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e Ambiente
CESTEH	Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana
CGTES	Coordenadoria de Gestão e Trabalho e Educação em Saúde
CIST	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CONACS	Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde
COPAS	Coordenadoria de Políticas de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DATASUS	Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia da Saúde da Família
FASEC	Federação dos Agentes de Saúde do Estado do Ceará
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento de Educação Básica
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano do Município
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio de Assistência Social
NOB/SUS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
NUAST	Núcleo de Atenção em Saúde do Trabalhador
OMS	Organização Mundial da Saúde

PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programa dos Agentes Comunitários
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNACS	Programa Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PNPICS	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
QUALIFICAPSUS	Qualificação da Atenção Primária em Saúde
SESA	Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
SESP	Serviços de Saúde Pública
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINTSEF/CE	Sindicato dos Trabalhadores do Serviço Público Federal do Ceará
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica da Saúde da Família
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VD	Visita Domiciliar
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
2	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	20
2.1	<u>Marco conceitual teórico</u> .....	20
2.2	<u>O surgimento do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil e no Ceará</u> .....	21
2.3	<u>Distribuição das equipes de agentes comunitários de saúde no Brasil e no Ceará</u> .....	31
2.4	<u>O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde</u> .....	33
2.5	<u>As epistemologias do sul de Boaventura de Sousa Santos: da sociologia das ausências à ecologia de saberes</u> .....	40
2.6	<u>A vigilância em saúde do trabalhador na estratégia saúde da família</u> .....	50
3	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	60
3.1	<u>Tipo de estudo</u> .....	60
3.2	<u>Amostra estudada e seleção dos sujeitos da pesquisa</u> .....	61
3.3	<u>Local da pesquisa</u> .....	62
3.4	<u>Procedimentos que antecederam a realização dos grupos focais</u> .....	65
3.5	<u>Atividades de planejamento, coordenação e coleta de dados</u> .....	65
3.6	<u>Aspectos legais e éticos</u> .....	73
4	<b>RESULTADO E DISCUSSÃO</b> .....	75
4.1	<u>Aspectos relacionados ao processo de trabalho dos ACS</u> .....	75
4.2	<u>Os saberes tradicionais</u> .....	86
4.3	<u>Síntese analítica</u> .....	100
5	<b>CONCLUSÃO</b> .....	113
6	<b>RECOMENDAÇÕES</b> .....	116
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	118
	<b>ANEXO A TERMO DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAUCAIA</b> .....	128
	<b>ANEXO B TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	129

## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho se configura numa tentativa de identificar e analisar os saberes que compõem o cotidiano do processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS), identificando aqueles construídos fora das regras tecnocientíficas e as estratégias adaptadas para o trabalho diário.

O conhecimento, em suas múltiplas formas, não está equitativamente distribuído na sociedade e a ciência moderna não é a única explicação possível da realidade e não há sequer qualquer razão científica para considerá-la melhor que as explicações alternativas da metafísica, da astrologia, da religião, da arte ou da poesia. A razão por que privilegiamos hoje uma forma de conhecimento assente na previsão e no controle dos fenômenos, nada tem de científico. É um juízo de valor. (SANTOS, 2010, p. 138).

Para construir a análise do processo de trabalho dos ACS, buscamos trilhar as sociologias de Boaventura de Sousa Santos, que analisa e desconstrói criticamente a forma de produção de conhecimentos e o uso social dessa produção, argumentando que a epistemologia dominante produz um sistema hierárquico (no plano epistemológico, econômico e cultural) que prioriza o norte global (Europa e EUA) sobre o sul global (o resto do mundo). Com as *epistemologias do sul*, Santos (2010) propõe um panorama global que considere que existe uma linha abissal, que separa o que ‘*existe*’ do que ‘*não existe*’, vistos não apenas por sua dimensão geográfica. Norte e sul encontram-se dissipados por toda parte e em todos os níveis das relações sociais, incluindo o da saúde, e das pessoas como os profissionais de saúde e usuários.

O autor identifica a soberania do norte global como a hegemonia de cinco princípios organizativos das relações humanas, que se refletem sobre os saberes, as temporalidades, os reconhecimentos, as escalas e as formas de produtividade. Princípios estes considerados como monoculturas às quais o autor opõe, por correspondência, ecologias, que conceitua como “prática de agregação da diversidade pela promoção de interação sustentáveis entre entidades parciais e heterogêneas” (SANTOS, 2010, p. 87).

Esses princípios monoculturais têm raízes nas sociedades coloniais, que cometeram diversos epistemicídios, invisibilizando todas as formas de saber que não fossem da ciência moderna e das classes sociais dominantes. Santos (2010) alerta que

apesar do termo ‘*pós-colonial*’ fazer supor a superação das formas de manifestação do colonialismo, as práticas coloniais continuam vivas e ativas em nosso meio através das lógicas hegemônicas, que permeiam o mundo científico e os campos das relações sociais e políticas.

Em conformidade com o autor, as *epistemologias do sul* visam ‘*descolonizar*’ as práticas institucionais, permitindo a desinvisibilização de formas de estar no mundo, e de saberes, constituindo-se numa *ecologia de saberes*.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), existente desde o início dos anos 1990, foi instituído e regulamentado em 1997, quando ocorreu o processo de consolidação da descentralização de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2001).

No intuito de atingir o objetivo que parecia mais urgente – o de garantir o acesso ao SUS pelas chamadas camadas de risco da população –, entre outros objetivos, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) como mais uma tentativa de racionalização dos gastos em saúde, de implementação das diretrizes que deveriam reger o sistema nacional de saúde, e de levar ações de promoção à saúde às populações de risco. Na esteira de programas bem-sucedidos como o Programa Médico da Família e o PACS, as raízes do PSF repousam, de fato, sobre este último. O PACS tinha como uma de suas principais metas utilizar-se de uma rede social preexistente para, através da eleição de um representante, realizar um perfil epidemiológico das comunidades, enfatizando a promoção de saúde a baixos custos, tendo no agente comunitário de saúde o principal elo entre a população e os serviços de saúde (ARAÚJO, 2000; BODSTEIN, 2002; ROCHA, 2000).

O modelo PACS evoluiu para a Estratégia Saúde da Família (ESF) com princípios que contemplaram propostas inovadoras para a época, ainda que os profissionais de saúde, com uma formação técnico-científica biomédica, tenham imprimido um caráter fortemente normativo ao cotidiano dos serviços, de forma naturalizada sem ser percebido no transcorrer das práticas por eles desenvolvidas (DAVID, 2011).

O processo de trabalho dos agentes comunitários, longe de uma padronização, sofreu mudanças conforme as dinâmicas das políticas públicas, que seguem os interesses políticos nacionais e internacionais, dando origem aos programas

e estratégias de atenção à saúde para os países periféricos (DAVID, 2011), ainda atrelado a uma formação biomédica.

As principais atividades desenvolvidas pelos ACS têm como foco a prevenção de doenças e a promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob a supervisão de uma enfermeira. O universo de atuação de cobertura desses profissionais é de 400 a 750 famílias (BRASIL, 2001).

O processo de trabalho dos ACS contempla as seguintes atividades: realizar visita domiciliar (VD) às famílias de sua área de cobertura; identificar situações de risco e fazer o encaminhamento necessário; pesar e medir as crianças menores de dois anos com registro no cartão da criança; incentivar o aleitamento materno; verificar a vacinação das crianças e gestantes; orientar sobre o uso do soro de reidratação oral; encaminhar gestantes às consultas de pré-natal; orientar sobre prevenção de AIDS, cuidar da população em situações de endemias e métodos de planejamento familiar; desempenhar ações educativas em prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama, climatério, educação nutricional, saúde bucal, entre outras atividades (BRASIL, 2001).

O modelo de atenção em saúde baseado nos ACS ampliou o acesso à assistência à saúde para as comunidades e estes seguem sendo os interlocutores privilegiados para a detecção de agravos e orientações de medidas de saúde. Com grande eficiência, estes têm levado rotinas de cuidados e prevenção definidos pelo modelo biomédico à intimidade dos domicílios. Todavia, não conseguem ser bem-sucedidos nas respostas de integralizar a assistência à saúde, uma vez que mesmo o modelo do SUS não está preparado para fazê-lo.

Ao refletirmos sobre o trabalho e a vida dos ACS entendemos que uma nova epistemologia se faz necessária, seja em virtude da dicotomia expressa em seus conflitos durante a tarefa de viabilizar uma política de assistência, seja no enfrentamento de situações para quais os ACS, no atual modelo biomédico, não acumularam saber e posicionamento frente à desigualdade social e busca da cidadania (SILVA; DALMASO, 2002).

O Ceará foi o primeiro estado do Brasil a instituir o PACS a partir da experiência realizada no município de Jucás e posteriormente disseminado para todo o

estado como parte do Programa de Emergência, em decorrência da seca ocorrida entre junho de 1987 e junho de 1988 (ÁVILA, 2011).

O pioneirismo do estado do Ceará na implantação do PACS em 1991 propicia identificar algumas situações críticas e diversos empecilhos ao longo desses anos de implantação. O estado conta atualmente com 7.249 agentes comunitários de saúde contratados em regime especial pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), distribuídos nos 184 municípios.

Ao longo do tempo, diversos descontentamentos na forma como as atividades dos ACS se desenvolveram têm sido registrados, evidenciando os desafios e as dificuldades do programa Estratégia Saúde da Família se consolidar, de fato, como uma estratégia capaz de reorientar as ações de saúde, tentando colaborar com a substituição do modelo assistencial hegemônico centrado no médico e na doença; para um modelo que gera a prevenção e promoção da saúde de forma humanizada e de acesso universal (SOUSA et al, 2011).

Vale salientar, que grande parte dos desafios e dificuldades que permeiam a ampliação e aperfeiçoamento da ESF são comuns aos enfrentados pelo próprio SUS. Dentre as dificuldades presentes no processo de consolidação da ESF podem ser destacadas: a ação dos gestores que não compreendem a Saúde da Família como estratégia para mudança do modelo assistencial; a falta de investimentos na integralidade da atenção; a ampliação do número de equipes, mas sem ampliar os serviços; as precárias condições de trabalho e a insuficiência de medicação e insumos nas Unidades Básicas da Saúde da Família (UBSF) (CARNEIRO, 2008).

Especificamente em relação aos ACS do Ceará têm sido relatadas insatisfações e dificuldades relacionadas às questões salariais; direitos trabalhistas; condições de trabalho; adoecimentos; falta de fornecimentos de equipamento de proteção individual; entre outras. As resoluções são dificultadas pelo exercício do trabalho orientado pela gestão municipal e enquanto o vínculo se dá com a instância estadual.

Para debater essas dificuldades foi realizada uma audiência pública em maio de 2017 na Secretaria da Saúde do Estado do Ceará intitulada: *O mundo do trabalho na rede SESA*, com a presença dos representantes do Conselho Estadual de Saúde (CESAU); da Coordenadoria de Gestão e Trabalho e Educação em Saúde (CGTES); da Federação dos Agentes de Saúde do Estado do Ceará (FASEC); do

Sindicato dos Trabalhadores do Serviço Público Federal do Ceará (SINTSEF/CE), das associações dos agentes comunitários e agentes de combate às endemias do Ceará. Nessa audiência foram propostos os seguintes encaminhamentos:

- Suspensão do ponto eletrônico para os trabalhadores que exercem função externa/campo;
- Pactuação das atribuições, direitos e vantagens para o trabalho e a contratualização dos agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de combate às endemias (ACE);
- Revisão do termo de cessão de 2008 que dispõe sobre a transposição dos ACS para o quadro suplementar da SESA.

Pelos debates e demandas apresentadas pode-se identificar a existência de riscos e de cargas presentes no processo de trabalho dos ACS. Cabe à Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) atuar de várias formas, tais como análise do processo e de organização do trabalho, confrontação com a legislação vigente, dentre outras. Nesta perspectiva, estimular a organização local por mudanças é uma estratégia legítima e consonante com o paradigma da área de Saúde do Trabalhador.

Ao identificar que mesmo a VISAT pode culminar na imposição do modelo de conhecimento biomédico dominante sobre os trabalhadores, Boaventura de Sousa Santos nos descortina um horizonte que muito bem se aplica a esse momento dos ACS no Ceará e a oportunidade que a SESA nos propiciou de acompanhar as demandas expressas na audiência pública.

A mediação das reivindicações desses trabalhadores demanda conhecimento e esclarecimento da dimensão do trabalho na vida desses agentes, das suas limitações no modelo de saúde e dos conflitos colocados para eles pelo modelo de organização do SUS. Para além das capacitações ofertadas pelo SUS faz-se necessário um amplo olhar sobre outros saberes silenciados e ou marginalizados nos próprios profissionais e na comunidade onde atuam. E, apenas a posteriori, torna-se adequada a construção de propostas e de negociações para as situações apresentadas; construção de modelo de vigilância em saúde do trabalhador que integre outros saberes para além do biomédico, tornando-se esta a principal justificativa para a realização dessa pesquisa.

É neste contexto que essa pesquisa se insere. Busca evidenciar a importância de diversos saberes na construção de processos de trabalho e nas relações

dos profissionais da saúde, especificamente os agentes comunitários de saúde, com as comunidades por eles atendidas, tendo como referencial o pensamento de Boaventura de Sousa Santos.

Epistemologias do sul enquanto procedimentos para reconhecer e validar o conhecimento produzido ou a produzir por aqueles que têm sofrido sistematicamente as injustiças, a opressão, a dominação, a exclusão causada pelo patriarcado, pelo colonialismo e pelo capitalismo. [...] é um conhecimento que assenta, como tal, na perspectiva da ecologia de saberes. (SANTOS, 2010, p. 19).

Com base nesses preceitos, o objetivo principal deste trabalho é identificar a existência de diversos saberes no processo de trabalho dos ACS. Os objetivos específicos são: 1) Registrar o histórico do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde no estado do Ceará; 2) Discutir e registrar os aspectos que facilitam e ou dificultam o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde; 3) Discutir e registrar os saberes técnicos dos agentes comunitários de saúde, advindos do Sistema Único de Saúde e sua aplicabilidade na comunidade; 4) Identificar os saberes tradicionais de saúde utilizados pela comunidade, buscando compreender a existência da dicotomia entre os saberes regulatórios e emancipatórios da saúde; 5) Propor estratégias de vigilância em saúde no território que considerem as dimensões das *epistemologias do sul* de Boaventura de Sousa Santos.

Este trabalho está estruturado em cinco seções, incluindo esta introdução. A seção seguinte corresponde à fundamentação teórica, que discute o surgimento do PACS no Brasil e no Ceará; a distribuição das equipes de ACS no Brasil e Ceará; as *epistemologias do sul* de Boaventura de Sousa Santos: a *sociologia das ausências* e a *ecologia de saberes*; a vigilância em saúde do trabalhador na estratégia saúde da família e os principais conceitos que embasam as reflexões propostas nesta pesquisa. A terceira seção descreve o percurso metodológico adotado a fim de alcançar os objetivos propostos, assim como a definição do campo empírico, os instrumentos e os aspectos éticos envolvidos. A quarta seção apresenta os resultados da pesquisa dando especial destaque aos saberes institucionais e tradicionais através da discussão do processo de trabalho dos ACS na ótica da *ecologia de saberes*. A última seção ressalta os principais pontos das discussões anteriores e apresenta as considerações finais referentes ao estudo.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 Marco conceitual teórico

A Constituição de 1988 trouxe inúmeras conquistas ao setor Saúde, tanto direta como indiretamente. Segundo Gondim (2011), o marco para uma renovação e estruturação do sistema único de saúde foi a 8ª conferência nacional de saúde, realizada em 1986. O evento teve a participação de entidades não governamentais; sociedade civil; líderes de movimentos sanitaristas e líderes do governo. O tema da conferência era bem sugestivo para uma época em que os parâmetros da saúde não eram bem definidos ou claros dentro de uma estrutura social e governamental. Trazia o lema: Saúde, direito de todos, dever do estado. A conferência emergia com os temas: Saúde como um direito de cidadania; reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor. Mudanças significativas surgiam para que o sistema nacional de saúde fosse implantado.

A conferência possibilitou um espaço maior na Constituição de 1988, tendo como resultado também a criação das leis orgânicas da saúde (leis nº. 8080 e nº. 8142) bem como o SUS em 1990; no qual princípios gerais e essenciais foram consagrados:

- Saúde como direito de todos e dever do estado, ainda que se conte com a cooperação dos indivíduos, das famílias, da sociedade e das empresas;
- Universalidade e equidade do acesso;
- Fim da dicotomia entre promoção, prevenção, assistência e reabilitação, com ênfase na prevenção;
- Integralidade na assistência ao indivíduo;
- Gratuidade;
- Descentralização, com gestor único em cada esfera de governo;
- Participação complementar do setor da saúde privada, com preferência para os filantrópicos e os sem fins lucrativos, ainda que a atividade privada seja livre sob o controle do estado;

- Ênfase em algumas áreas como saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica, sanitária, alimentação e nutrição e atendimento a pessoas com deficiência;
- Participação comunitária efetiva através dos conselhos de saúde e das conferências de saúde;
- Financiamento tripartite entre união, estados e municípios.

Estes são alguns dos princípios filosóficos e operacionais do SUS que vêm sendo aprimorados em normas e pactos nacionais. Uma importante estratégia para alcançar os princípios do SUS foi a implementação do programa de saúde com os agentes comunitários.

## 2.2 O surgimento do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil e no Ceará

A implantação do SUS teve como desdobramentos a criação e aprimoramentos de vários programas que visavam ao controle de doenças ou fases da vida (adolescente, criança, gestante, etc.). A inovação se deu com os Programas dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o da Saúde da Família (PSF).

O PACS iniciado a partir dos anos 1990 foi efetivamente instituído e regulamentado em 1997, através da portaria MS nº 1886, de 18 de dezembro de 1997, quando se iniciou o processo de consolidação da descentralização de recursos no âmbito do SUS, através da Norma Operacional Básica – NOB-SUS 1/96, publicada em 6 de novembro de 1996.

Importante estratégia no aprimoramento e na consolidação do SUS a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar, o PACS é hoje compreendido como estratégia transitória para o Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2001).

A expressiva resolutividade e o baixo custo deste modelo, aliados às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) fundamentaram a construção de postos de saúde dentro das comunidades e a contratação da equipe multiprofissional, composta por, no mínimo, um médico; um enfermeiro; um técnico de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde (PERREAULT et al, 2016).

Uma das principais metas do programa era contribuir para a reorganização dos serviços municipais de saúde e integração das ações entre os diversos

profissionais, com vistas à ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde. O desenvolvimento das ações comunitárias se faz por meio dos agentes comunitários de saúde (ACS), pessoas moradoras no território onde atuam. Os ACS deveriam atender entre 400 a 750 pessoas, dependendo das necessidades locais, e desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente (BRASIL, 2001).

Após quase três décadas de criação, esse modelo ainda necessita de avaliações e aprimoramentos. A ausência de outros profissionais de saúde integrando a equipe representa um dos problemas fundamentais, especialmente no que envolve a recuperação nas doenças crônicas e degenerativas. Além disso, a insuficiência de postos e equipes para atender toda a população (conforme o princípio da universalidade do SUS) contribui para a frustração dos assistidos e principalmente dos desassistidos (PERREAULT et al, 2016).

Estas frustrações se expressam nas famílias ‘assistidas’ como um sistema ineficiente; nos agentes comunitários, como se fossem ‘auxiliares de enfermagem mal pagos’; e por parte dos profissionais como aqueles que não possuem infraestrutura para prestar a ‘assistência adequada’. Nesse contexto, enfatiza-se que o exercício da cidadania requer melhores condições de trabalho e de salários, reconhecimento pelas suas contribuições à comunidade e redirecionamento em alguns planos de ações (PERREAULT et al, 2016).

Diversas dificuldades têm sido apontadas na literatura no tocante ao processo de trabalho dos ACS, como as condições socioeconômicas limitantes das famílias; dificuldades de vínculos com algumas famílias; baixa remuneração; falta de capacitação; falta de resolutividade dos casos; ausência de reconhecimento profissional por parte da população e de instrumentos e tecnologias (NASCIMENTO et al, 2017). Soratto et al. (2015) acrescentaram outras dificuldades, como as intempéries; a distância entre uma casa e outra; os animais soltos; a precarização das estradas; as casas fechadas; a vulnerabilidade social da microárea com casos de tráfico de drogas; a falta de infraestrutura na comunidade e a ocorrência de doenças infectocontagiosas.

Na perspectiva mais ampla da *ecologia de saberes* (Santos, 2010) percebe-se uma dicotomia entre a proposta de criar um trabalhador da saúde que interage com a

população, faz parte desta comunidade, e a impossibilidade se identificar como tal. Ou seja, o modelo estrutura um grupo de profissionais para implementar cuidados em saúde, seguindo o modelo biomédico de entender e tratar a saúde, conforme preconiza o MS e ignora a existência de outras formas de cuidados existentes na comunidade. Empodera um profissional, mas retira dele a autonomia de influenciar o modelo hegemônico. Desta forma, inevitavelmente, gera um conflito entre o profissional e a sua possibilidade de agir harmoniosamente na comunidade a que pertence.

No Brasil, limitações orçamentárias da máquina pública estão fortemente vinculadas a problemas de gestão, subfinanciamento da área da saúde, desvios de verbas destinadas à saúde e desvalorização dos profissionais expressos na alta carga e jornada de trabalho, associados a salários que não atraem técnicos competentes para o serviço público e geram alta rotatividade. Aliada a estas dificuldades, os ACS, embora tidos como estratégicos para agir na promoção da saúde, estão limitados a rotinas baseadas no modelo biomédico que impede o avanço em questões não legitimadas pela ciência dominante.

O conhecimento popular de saúde e a percepção da população deveria ser um conteúdo relevante para os trabalhadores da saúde, tendo em conta que uma comunidade é uma entidade estruturada, com vida e dinamismo próprios, onde as pessoas compartilham culturas e são, geralmente, conscientes desse pertencimento. Milton Santos (1996) concebe que cada lugar é, ao mesmo tempo, objeto de uma razão global e de uma razão local, convivendo dialeticamente; para o autor, a importância de estudar os lugares reside na possibilidade de captar seus elementos centrais, suas virtudes locais de modo a compreender suas possibilidades de interação com as ações solidárias hierárquicas.

A partir da década de 1940, surgiram nos países em desenvolvimento vários programas de agentes de saúde comunitária. O entendimento era de que prevenissem as doenças e promovessem a saúde das populações, com a participação de pessoas das próprias localidades, com treinamento básico, com métodos simples de ações preventivas ou mesmo curativas (BARBOSA, 2017).

Na China, após a revolução socialista, foi desenvolvido um grande programa de ACS, os chamados Médicos Pés Descalços. Usando conhecimentos tradicionais da cultura chinesa, médicos que se deslocavam até as comunidades,

conseguiram em curto período de tempo, melhorar consideravelmente os indicadores de saúde daquele país (BARBOSA, 2017).

Em 1978, a conferência de Alma Ata sobre os cuidados básicos de saúde inspirou o surgimento de programas de ACS em vários países, sob várias denominações: voluntários locais de saúde; educadores do bem-estar da família; promotores de saúde; agentes comunitários de saúde (caso do Brasil). Esses programas nem sempre atingiram seus objetivos, muitos foram desativados ou se tornaram experiências de pequena monta, localizados em regiões restritas. Dentre as causas destes fracassos estão: falta de apoio financeiro; funções precariamente definidas; seleção inadequada; falta de treinamento; falta de supervisão e cópia de modelos de outras regiões sem observação às peculiaridades locais (BARBOSA, 2017).

No ano de 1987, o Ceará passou por mais uma seca que se caracterizou pela fome, sofrimento e dor para as populações carentes, principalmente do meio rural. No entanto, para as elites, propiciavam enriquecimento e até fartura. Os alimentos que eram enviados pelo governo eram desviados e muitas vezes transformados em alimentos para os animais dos ricos fazendeiros e, quando chegavam às mãos dos famintos, eram entregues como favor do chefe político local, que era cobrado em forma de voto nas eleições futuras (BARBOSA, 2017).

Neste cenário foram criados os Programas de Emergência, frentes de serviço que teriam a função de remunerar trabalhadores rurais para executarem obras públicas e, ao mesmo tempo, fixarem os camponeses em suas regiões. A inscrição nestas frentes era entregue ao chefe político local, que, com este poder, tinha em suas mãos o destino de vida ou morte da maioria da população do município. Ser subserviente às suas vontades e projetos políticos não era uma questão de escolha e sim de sobrevivência (BARBOSA, 2017).

O desvio do dinheiro acontecia de muitas formas:

Inscreviam-se pessoas que não eram trabalhadoras rurais e sim, membros das famílias ricas locais, sem delas cobrarem qualquer trabalho para receberem o pagamento. Como a grande maioria dos trabalhadores era analfabeta, ficava fácil colocar assinaturas atestando recebimento do dinheiro, desviando assim os recursos. Atrasavam o pagamento, deixando o dinheiro alguns dias no banco em aplicações financeiras, embolsando-se assim, os juros e a correção monetária. Muitos outros artifícios eram usados para se locupletarem, contribuindo assim, para aumentar a miséria do povo sertanejo (BARBOSA, 2017, p 11).

Neste cenário surgiu o Programa dos Agentes de Saúde (PAS), com todas as dificuldades e distorções que os Programas de Emergência enfrentavam no Ceará. O estado, numa tentativa de minimizar esse problema dentre outros, foi pioneiro em desenvolver a figura de um agente que pudesse fazer uma ponte de ligação entre os problemas da comunidade e o setor saúde, implantando o PAS (PEIXOTO, 2015).

O PAS foi criado em 1987, durante um Programa de Emergência elaborado em decorrência da seca, ocorrida entre junho de 1987 e junho de 1988. Esta experiência destacou-se por ser pioneira na institucionalização do Programa de Agentes de Saúde (PAS) no Ceará contribuindo para o desenho da proposta do modelo que viria a ser criada pelo MS, com o nome de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (ÁVILA, 2011).

O PAS, portanto, foi o aproveitamento de muitas experiências anteriores em vários países. O peculiar do programa implantado no Ceará foi sua abrangência e seu êxito, fruto da vontade política para executá-lo, mesmo com tantas arbitrariedades.

Assim, numa primeira etapa, foram inscritos 6.113 agentes de saúde, distribuídos em 128 municípios. Devido ao curto período de tempo para a seleção e ao grande número de agentes, a escolha teve muitos vícios, próprios das estruturas políticas do estado. O treinamento foi realizado em apenas quinze dias e de forma precária. Apesar dessas dificuldades, o programa funcionou bem em muitos municípios, principalmente naqueles onde havia serviços da antiga Fundação dos Serviços de Saúde Pública (SESP) ou quando havia profissionais de saúde envolvidos, que acreditaram na atuação dos agentes (BARBOSA, 2017).

Os critérios para a seleção eram que os agentes de saúde fossem escolhidos entre as mulheres pobres, pois a proposta era garantir um salário mensal durante o período da seca para as mulheres capazes de fazer o trabalho, conhecidas e respeitadas pela comunidade, independentemente da escolaridade. As ações dessas mulheres constituíam-se na busca ativa das gestantes para realização do pré-natal e encaminhá-las a uma maternidade, pois, na época, cerca de 30% dos nascimentos ocorriam em casa; no incentivo ao aleitamento materno; na vacinação infantil e na orientação sobre a higiene da criança e do local de residência. Para desenvolver essas ações, as mulheres receberam um breve treinamento e em cada município beneficiado com o programa havia um profissional de saúde responsável pela supervisão (ÁVILA, 2011).

Portanto, era um programa com mão de obra de baixo custo e com trabalhadoras com mínima capacitação na educação formal. Os requisitos eram ter habilidades para o tipo de ação, conhecer a comunidade e ter disponibilidade de tempo, ou seja, na ocasião o saber informal, maciçamente feminino, e o nível de interação com a comunidade eram suficientes para assumir as atividades que previam a redução da morbimortalidade infantil por desnutrição. Assim, o nascimento do PAS se deu devido aos problemas graves no cenário cearense, pois nos anos 1980 e meados dos anos 1990, o estado do Ceará enfrentou uma grave situação relacionada à desnutrição infantil e outras doenças decorrentes da mesma.

Com a falta de orientações e cuidados, dificuldades no acesso aos serviços de saúde, principalmente nas comunidades do interior do estado, eram frequentes os enterros dos ‘anjos’ como eram conhecidas as crianças desnutridas e doentes que faleciam aos milhares no Ceará. A implantação do programa e com ele o surgimento dos agentes de saúde, possibilitou que as famílias recebessem orientações – principalmente quanto ao uso do soro de reidratação oral – e a notificação dos casos às unidades de saúde (ÁVILA, 2011).

Pode-se inferir, portanto, que aliado aos avanços dos cuidados de saúde implementados no país e no próprio estado ao longo do tempo, o PACS também contribuiu para a redução da morbimortalidade infantil. Não é possível identificar a parcela desta contribuição no conjunto dos dados, mas o reconhecimento das ações destes agentes pelo modelo de saúde como um todo permite caracterizar, nessa estratégia e nessa ocasião, um processo de caráter emancipatório.

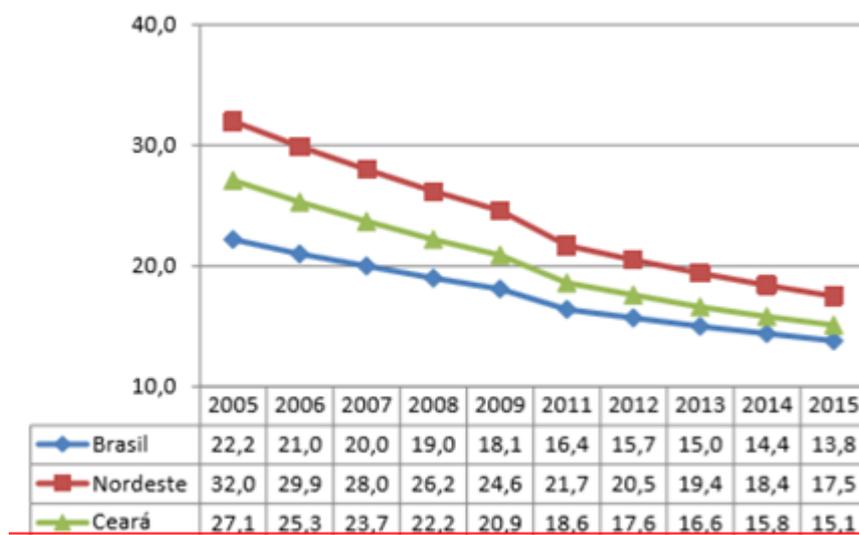
Muitas outras atividades foram desenvolvidas no Nordeste nesta época, e cabe destacar a ação da Pastoral da Criança, que no período de 1980 e 1990 se instalou no Ceará com auxílio de voluntários. Adotando metodologia própria, impactou no sentido de reduzir a mortalidade infantil, apoiada pela Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). Na ocasião, foi ofertado às crianças desnutridas um complemento alimentar conhecido como multimistura, à base de sementes naturais, farelo de trigo, fubá de milho, folha de macaxeira e casca de ovo, dentre outros produtos.

Neste tipo de assistência, as ‘líderes’, como eram chamadas as voluntárias da Pastoral da Criança, realizavam visitas domiciliares, onde conversavam e buscavam a valorização dos membros da família – a ‘*celebração da vida*’ –, onde as famílias

acompanhadas se reuniam para um momento de discussão, informação e celebração em conjunto. Nesses encontros, as crianças eram pesadas e convidadas a brincar, promovendo também o resgate de brincadeiras antigas e contação de histórias. Mensalmente, as líderes se reuniam para avaliar o trabalho, discutir as dificuldades e planejar as atividades. As crianças eram acompanhadas até o sexto ano de idade, através das visitas, onde eram repassadas orientações de nutrição, educação, higiene e a importância do aleitamento materno (BUHRER, 2003).

De acordo com França (2017) em 2015 o estado apresentou valores inferiores à taxa de mortalidade infantil média verificada para a região nordeste, porém ainda abaixo da taxa nacional que chegou a aproximadamente 13,8/1000 nascidos vivos em 2015 enquanto no Ceará a taxa era de 15,1/100 nv. O ritmo de queda foi mais acentuado no Ceará e no Nordeste (-44,3% e -45,3%) quando comparado com o país como um todo (-37,8%), conforme demonstrada numa série temporal de 2005 a 2015 (exceto o ano de 2010) (gráfico 1).

**Gráfico 1.** Taxa de mortalidade infantil (por 1000 nascidos vivos) no Brasil, Nordeste e Ceará – 2005 a 2015 (exceto 2010).



Fonte: França, 2015.

A partir de 1989, o governo do estado assumiu o PAS como prioridade na área da saúde, alocou recursos financeiros do orçamento para o pagamento das agentes de saúde e forneceu estrutura administrativa para gerenciá-lo. O objetivo maior era diminuir a mortalidade infantil em um curto período de tempo, servindo o PAS de

suporte fundamental para o programa Viva a Criança, criado em 1987 (BARBOSA, 2017).

No nível estadual, o PAS passou a contar com um coordenador chefe e um grupo de quatro enfermeiras e quatro assistentes sociais. Em cada uma das quatro regiões administrativas, estabeleceu-se uma supervisão regional, geralmente sob a responsabilidade de uma enfermeira.

Inicialmente, o programa era dirigido nos municípios por uma supervisora ligada diretamente à coordenação estadual. Paulatinamente, a responsabilidade foi sendo transferida à secretaria municipal de saúde. A primeira grande dificuldade nesta fase de reestruturação do PAS foi a seleção, principalmente diante da forte pressão clientelística das oligarquias locais. Apesar disso, um dos fatores fundamentais para o sucesso do programa foram os critérios empregados: ser morador da comunidade; dispor de tempo; ser maior de 18 anos e, preferencialmente, saber ler e escrever (SESA, 2006).

Posteriormente, o treinamento passou a ter a duração de três meses contínuos, dirigido por uma enfermeira e contando com a ajuda de médicos e outros profissionais da saúde do município.

A qualificação profissional dos ACS é historicamente caracterizada pela associação entre a falta de formação; a fraca regulação profissional; vínculo precarizado e baixo salário (MOROSINI et al, 2013).

O processo de trabalho dos ACS concentra-se em atividades educativas voltadas para a difusão de comportamentos saudáveis, de produção de informações relacionadas ao seu trabalho; de acompanhamento de famílias; de articulação intersetorial, tendo a VD como ação estratégica. No entanto, nas atualizações da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) essa articulação foi perdendo a potência de vinculação entre os ACS e o território.

A PNAB de 2006 trouxe uma mudança na orientação do trabalho do ACS – desenvolver atividades nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) –, flexibilizando a delimitação do trabalho dos ACS no território (BRASIL, 2006).

De acordo com Morosini e Fonseca (2018) a atuação dos ACS no interior da unidade de saúde é uma ação de dupla face, pois ao passo que promove o reconhecimento destes como parte da equipe de saúde das unidades de atenção básica, criando condições para a sua integração no trabalho multidisciplinar, na prática induz à

redução do tempo dedicado às atividades de educação em saúde no território e o configura como um auxiliar genérico dos serviços de saúde e das atividades dos profissionais de nível superior.

Na PNAB 2011 foi acrescentada às atribuições dos ACS a realização de atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, o que conduziu a duas possibilidades: o reforço do trabalho dos ACS de acordo com as necessidades dos programas de saúde e não das necessidades de saúde identificadas no território e a presença cada vez mais intensa dos ACS nas unidades de saúde, atuando no acolhimento das demandas espontâneas que pressionam o cotidiano dos serviços de saúde (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Com a PNAB em 2017 houve a incorporação de atividades tradicionalmente ligadas à enfermagem no rol de atribuições dos ACS, como a aferição de pressão arterial, medição de glicemia capilar, aferição de temperatura axilar e a realização de técnicas limpas de curativo, com o propósito de aumentar a resolutividade das UBS. Entretanto, tais alterações no processo de trabalho do ACS, em atos simplificados ou parcelas extraídas de atividades mais complexas, na linha da fragmentação e do parcelamento do trabalho em saúde, baseados na lógica biomédica de compreensão e organização do processo saúde/doença, aproxima sobremaneira o perfil do ACS ao de um trabalhador genérico (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Na pesquisa de Ramos et al. (2017), os ACS relataram atividades que não identificaram como suas atribuições, mas que têm sido realizadas por eles e que foram categorizadas como administrativas ou burocráticas; de enfermagem ou de farmácia; de informação ou comunicação; assistenciais e de limpeza.

As alterações no processo de trabalho caracterizam o ACS como um trabalhador polivalente e flexível, ao qual se transfere tarefas e atividades de menor complexidade pertinentes ao serviço, concorrendo também para o esvaziamento de um trabalho educativo no território, progressivamente substituído pela execução de tarefas simplificadas, na contramão da melhoria da qualidade do trabalho no SUS (MOROSINI; FONSECA, 2018).

O aumento crescente de atividades do ACS no interior da UBS reflete sobre a qualidade da VD e na dinâmica da interação com a comunidade, distanciando-se da proposta original cuja ênfase estava na prevenção de doenças, na promoção da saúde e no trabalho feito no território, distanciando também a possibilidade de trocas

de saberes entre profissionais e usuários. Essa fragmentação e empobrecimento do processo de trabalho do ACS correlacionam-se à fragmentação da organização do trabalho na atenção básica – processos reveladores da dificuldade em superar a lógica biomédica e o modelo curativista (LEITE et al, 2016).

Retomando o processo de implantação do PAS no Ceará, outro problema enfrentado foi a questão dos direitos trabalhistas, pois apesar de serem remunerados através do orçamento estadual, os agentes de saúde não tinham vínculo empregatício com o estado. O recurso era transferido para a conta da supervisora municipal, que efetuava o pagamento e prestava contas diretamente à coordenação estadual. Certamente, esta relação era totalmente anômala em termos trabalhistas, mas não foram registradas quaisquer questões trabalhistas na justiça (SESA, 2006). Em 1994, a solução encontrada foi a criação de associações dos próprios agentes de saúde em cada município, responsáveis por sua vinculação trabalhista.

As ações simples, mas eficazes, tais como: fornecer informações epidemiológicas sobre os agravos de saúde da população; visitas e reuniões para propiciar uma maior organização da comunidade para prevenir as doenças e promover a saúde; implantar a vacinação; ensinar reidratação oral e a prevenção da diarreia; orientar a melhor conduta nos casos de infecções respiratórias agudas; orientar o aleitamento materno; monitorar o crescimento e o desenvolvimento da criança; estimular o pré-natal; etc. resultaram na queda da mortalidade infantil, pois em 1987, data da institucionalização do programa, 57 crianças entre mil nascidas vivas morriam antes de completarem um ano de vida e este índice caiu para 39 em 1990, enquanto a mortalidade por diarreia caiu de 48% do total para 32%, no mesmo período (SESA, 2006).

O PACS, que até 1996 chamava-se PAS, obteve seu reconhecimento no ano de 2008 em ato de oficialização pelo governo do estado do Ceará, o qual estadualizou os ACS através da lei estadual nº 14.101, de 10 de abril de 2008, sendo o primeiro estado do país a implantar essa ação, incorporando, na época, nove mil agentes comunitários de saúde, que antes recebiam seus salários, geralmente com atrasos, através de repasses de associações. Com esta lei, possibilitou-se sua incorporação no calendário do governo do estado, ocorrendo assim a transposição dos agentes comunitários de saúde para o quadro suplementar da SESA.

Em 1991, o MS criou o PNACS – Programa Nacional de Agente Comunitário de Saúde, para que, de forma mais organizada e centralizada, unissem forças para realizarem os serviços de saúde e teve como referência o Ceará, pioneiro nesta atividade (LIMA et al, 2008).

Em 1992, o PNACS passou a ser denominado Programa de Agente Comunitário de Saúde – PACS (BRASIL, 2001). Segundo Viana e Dal Poz (2005), o PACS foi o precursor de importantes programas de saúde, e dentre eles o Programa Saúde da Família. Conforme ressaltado por Oliveira e Yamamoto (2007) o PACS foi:

[...] mais uma tentativa de racionalização dos gastos em saúde, de implementação das diretrizes que deveriam reger o sistema nacional de saúde, e de levar ações de promoção à saúde às populações de risco. (OLIVEIRA; AMOMOTO, 2007, p. 8).

O Programa Saúde da Família (PSF) somou junto aos agentes comunitários, ações de orientações e cuidados com a saúde e pôde possibilitar avanços essenciais para a transformação tanto quantitativa como qualitativa das melhorias da saúde pública no Brasil, sendo parte integrante da rede SUS (LIMA et al, 2008).

### 2.3 Distribuição das equipes de agentes comunitários de saúde no Brasil e no Ceará

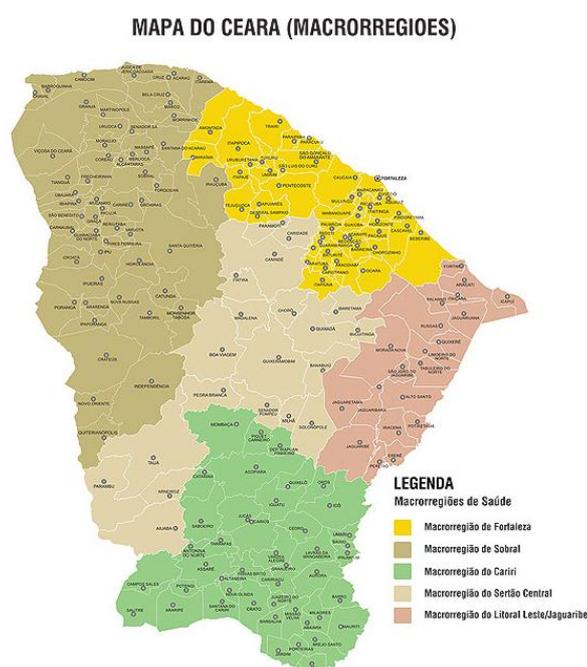
Segundo dados do IBGE (2017), o país conta com 5.570 municípios e ampla cobertura do Programa Estratégia da Saúde, com várias tipologias de equipes. Contudo, o trabalho em equipe é um desafio que demanda repensar a formação acadêmica e o preparo dos profissionais para atuarem na ESF, em especial como profissionais generalistas e que interajam com a comunidade. Perreault et al. (2016) evidenciaram que as modalidades socioeducativas empregadas pelos ACS no Brasil têm sido muito mais impositivas do que integrativas. Segundo os autores:

[...] o papel dos ACS tem se confundido com o de auxiliares de enfermagem. Existe um direcionamento maior das atividades desenvolvidas para o rastreamento de doenças, para a prevenção de riscos e agravos através de controle do calendário vacinal, das condições de higiene e saneamento das moradias, da orientação sobre pré-natal, sobre aleitamento materno, nutrição e vigilância do uso adequado de medicamentos; do que das questões propriamente relacionadas à promoção de saúde. [...] Pouca valorização da cultura local, pouco estímulo às atividades de lazer e solidariedade, poucas modalidades onde o autor e ator das ações sejam os próprios

membros da comunidade e pouca “escuta” se revelam nos resultados dos programas adotados. [...] O papel dos ACS deveria ressaltar o Valor de cada indivíduo na comunidade e aproveitar o que emerge do contexto social. (PERREAULT et al, 2016, p. 169).

O Ceará possui vinte e duas regiões de saúde e cinco macrorregiões de saúde (DATASUS, 2015), distribuídos conforme a figura 1 e a tabela 1.

**Figura 1:** Macrorregiões do Estado do Ceará, 2018.



Fonte: SESA, 2018.

**Tabela 1.** Caracterização da Estratégia Saúde da Família por número absoluto de municípios, Estratégia Saúde da Família (ESF) e famílias acompanhadas por macrorregiões do Estado do Ceará 2015.

Macrorregião	Estado do Ceará				
	Fortaleza	Sertão Central	Litoral Leste/Jaguaribe	Sobral	Cariri
<b>Composição de municípios</b>	47	22	15	54	45
<b>Total populacional</b>	4.756.213	631.037	336.243	1.606.608	1.456.475
<b>Número de ESF</b>	1.254	247	225	713	629
<b>Número de famílias acompanhadas</b>	606.435	141.194	95.327	324.735	376.355

Fonte: DATASUS/2015. Acesso em 03/03/2018.

Atuam no estado 22 equipes de saúde com suas modalidades e tipologias definidas na portaria MS nº 305 de 10 de abril de 2014 e na portaria MS nº 703, de 21 de outubro de 2011, totalizando 3.068 equipes para todo o estado do Ceará (DATASUS, 2015).

#### 2.4 O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde

O trabalho dos ACS instituído na década de 1990 abriu oportunidade – e ainda hoje o faz – de ocupação remunerada principalmente para uma fração da classe trabalhadora cuja trajetória profissional alterna períodos de emprego, desemprego e trabalho informal (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Em três décadas de atuação no SUS, o perfil e as condições de trabalho dos ACS têm se modificado. A escolaridade da categoria foi um dos indicadores que mais sofreu alterações. Em 2003, somente 18,2% dos ACS tinham ensino médio completo e 0,6% o superior completo. Em 2015, esses percentuais subiram para 70,97% e 12,71%, respectivamente (PINTO et al, 2015). Ramos et al. (2017) afirmam que muitos ACS completaram sua escolaridade após o ingresso na profissão, sinalizando que o trabalho é um meio que possibilita e desperta a motivação para o seguimento dos estudos.

No tocante às atribuições dos ACS no contexto da prática, a pesquisa de Pinto et al. (2015) reitera a centralidade da visita domiciliar que, além de ser a atividade que os ACS realizam diariamente, é também a mais valorizada, identificada como o principal meio pelo qual desenvolvem vínculos e conhecem as condições de saúde dos moradores. A vinculação com a comunidade advém do enfrentamento das mesmas dificuldades da população que acompanha (PINTO et al, 2017).

Estudos indicam que está ocorrendo uma substituição progressiva, que afeta não somente a frequência e a regularidade, mas também a qualidade das relações que se estabelecem na VD (RAMOS et al, 2017; RIQUINHO et al, 2017). O predomínio das atividades, tais como controle dos hipertensos, diabéticos e gestantes estabelecidas pelos programas de saúde para a realização da VD pelos ACS, tem se acoplado à intensificação do trabalho no regime de gestão orientado por metas.

De acordo com o relatório do 5º fórum nacional da Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (CONACS, 2015), entre as principais mudanças ocorridas no trabalho identificadas pelos ACS, destacam-se:

- O aumento do tempo destinado às atividades de preenchimento de fichas e coleta de informações, mudança que os ACS criticam, chamando a si próprios de ‘*agentes coletores de dados*’;
- A redução do tempo dedicado à VD e às atividades educativas no território, com a priorização de ações realizadas no interior das unidades de saúde; e
- A carga crescente de atividades relacionadas aos programas de saúde centrados nas doenças.

Os ACS compreendem que essas mudanças têm afetado principalmente o processo de trabalho e a relação com as comunidades. Anteriormente, os ACS identificavam os problemas e as necessidades da população e atuavam buscando alcançar soluções. Atualmente, os ACS dirigem-se às comunidades incumbidos de demandas crescentes dos serviços (MOROSINI; FONSECA, 2018).

A contínua variação e o aumento crescente das atividades ecoam sobre a qualidade da VD, na dinâmica de movimentação e interação na comunidade. Repercutem principalmente no sentido institucional e coletivamente atribuído ao seu trabalho que, nos últimos anos, tem se distanciado da proposta original cuja ênfase estava na prevenção de doenças, na promoção da saúde e no trabalho realizado no território. Essa modificação do trabalho dos ACS é caracterizada por eles como a sua conversão de um ‘*agente transformador*’ em um ‘*agente burocrático*’ (CONACS, 2015).

Percebe-se um empobrecimento do trabalho dos ACS correlacionado a uma fragmentação da organização do trabalho na atenção básica de um modo geral. Tais processos são reveladores da dificuldade em superar a lógica biomédica e o modelo curativista (LEITE et al, 2016).

Um dos principais vetores de mudanças que incide sobre o trabalho dos ACS decorre das práticas de gestão fundamentadas na nova gestão pública, cujo componente de novidade expresso em sua denominação consiste na incorporação da lógica e das técnicas de gerenciamento do setor privado pelo setor público. A nova gestão pública estabelece como alicerces o direcionamento para o alcance de resultados mensuráveis e o desenho de metas; a contratação de entes públicos estatais e não estatais para a oferta de serviços, assim como a criação e operacionalização de instrumentos de controle (SANO; ABRUCIO, 2008).

Fonseca (2013) identifica três dinâmicas das unidades de saúde que influenciam o processo de trabalho: a supervisão, as reuniões de equipe e as ações de educação permanente, que são frequentemente pautadas pela perspectiva de alcance de resultados valorizados pela nova gestão pública. Com isso, materializa-se a supressão dos debates e aprendizados sobre as questões que emergem do cotidiano e que apontam para outros temas sem clara e direta relação com aqueles já priorizados pelos indicadores. Particularmente, as dimensões sociais e subjetivas que estão implicadas em diversos problemas de saúde e que deveriam ser reconhecidas e valorizadas nas relações de cuidado, acabam invisibilizadas pela racionalidade dos indicadores. Além de reduzir a autonomia dos ACS, projetando o desenho de uma atuação utilitarista, cada vez mais pautada por um horizonte de objetivos de curto prazo.

Desse modo, renuncia-se à complexidade que atravessa o trabalho dos ACS para fortalecer sua vertente medicalizadora. Tal vertente conecta-se ao exercício de uma versão simplificada da clínica, que embora possa possibilitar o afastamento do modelo hospitalocêntrico, contribui para reiterar e expandir aspectos negativos do modelo biomédico, tais como a redução do processo de acompanhamento e monitoramento de condições de saúde à verificação e ao registro de riscos, sinais e sintomas, descontextualizados das condições de vida e relações sociais (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Numa pretensa otimização do trabalho dos ACS e dos agentes de endemias, a Política Nacional da Atenção Básica de 2017, intervém sobre o perfil de atuação de ambos, buscando aproximar o trabalho das duas categorias de tal modo que possam atuar praticamente como um único profissional, justificada pela necessidade de integração entre a atenção e a vigilância. Essa proposta evita revelar o que parece ser seu propósito principal, qual seja, a redução de custos operada por meio de corte de postos de trabalho e da intensificação do trabalho dos agentes que restarem em atividade (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Outro problema identificado nas alterações das atribuições dos agentes na PNAB 2017 é o esvaziamento da singularidade do trabalho dos ACS – o que acontece quando se estabelece um rol de atribuições comuns aos ACS e ACE e deslocam-se para esse conjunto comum atividades histórica e tipicamente identificadas como responsabilidades dos ACS. Ao mesmo tempo, estabelece para o ACS, e somente para ele, a responsabilidade pela produção e o registro de uma série de dados e

informações, contribuindo para a sua descaracterização como um trabalhador prioritariamente voltado para a educação em saúde (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Especificamente quanto ao tema da resolutividade, o movimento impresso pela PNAB 2017 foi o de incorporação de atividades tradicionalmente ligadas à enfermagem no rol de atribuições dos ACS.

De todo o exposto, a vertente que tem se fortalecido e produzido efeitos mais deletérios sobre o trabalho dos ACS articula a instrumentalização das práticas e a quantificação de atividades e mensuração do desempenho. Sua difusão é proporcional à sua capacidade de atender às necessidades produzidas pelos novos modelos de gestão do trabalho e dos serviços de saúde, que estabelecem parâmetros de eficiência e eficácia subordinadas à lógica dos indicadores e metas de produtividade, requisito para a implementação das parcerias público-privadas (MOROSINI; FONSECA, 2018) e assim vão se fragmentando ações, expressas em atividades pouco reflexivas e distantes do território.

Essa situação, associada à frágil vinculação trabalhista, explica a vulnerabilidade dos ACS reforçada pelos processos de reestruturação da gestão e do trabalho no SUS que incidem sobre a atenção básica, comum nas sociedades capitalistas, vivendo sob o viés do colonialismo.

Um breve incursão pelas diferentes formas de assistência dispensadas no Brasil revela interesse no projeto de construção de uma sociedade erguida sob um processo colonialista e mantido no capitalismo, sob a égide de uma modernização conservadora. Essa relação colonialismo-capitalismo vem relegando aos supostos ‘*não civilizados*’, aos ‘*degenerados*’, aos ‘*viciosos*’, aos ‘*ociosos*’ e às ‘*classes perigosas*’ um lugar de subalternidade – assistida e vigiada – na dinâmica social (GEISLER, 2014).

O discurso e as políticas de atendimento na atenção básica vêm sendo direcionados, em sua grande maioria, mais para as carências da população do que para o seu potencial, sendo considerados sujeitos e objetos do controle de uma assistência demagógica, que segundo Carvalho (1977) vem negando cidadania efetiva a um amplo contingente de trabalhadores.

Esse cenário se configura como um campo de disputa de diferentes projetos relativos às concepções de trabalho, educação e saúde. Esses embates se traduzem principalmente pela tentativa dos diversos sujeitos envolvidos –

trabalhadores, gestores do SUS, centros formadores, representantes dos poderes legislativo e judiciário – de inflexionar as políticas relativas à gestão do trabalho e da educação dos ACS, conforme os interesses que representam (MOROSINI, M.V.G.C; CORBO, A.D.; GUIMARÃES, C, 2007).

Apesar dos impedimentos, vale ressaltar que ao longo do tempo, os ACS se transformaram em uma força de trabalho numerosa e essencial no contexto da realização da principal estratégia de cobertura e reformulação à saúde no Brasil, atualmente, a Saúde da Família (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

Segundo Silva e Dalmaso (2002), o ACS é o elemento nuclear da realização de determinadas políticas de saúde, em especial de programas que expressam modelos para reorientação da assistência à saúde no país. Essa reorientação visa, principalmente, ao deslocamento da atenção à saúde – que se resume à assistência médico/curativa de ação individual – para a atenção integrada à saúde – que compreende a prevenção, a promoção e a assistência como atos contínuos de intervenção sobre a saúde e passa, necessariamente, pelo entendimento da saúde como um processo social resultante das condições de vida da população.

De acordo com David (2001) e Bornstein (2007), o trabalho dos ACS tem um caráter ambíguo devido a sua vivência singular como membro de comunidade, pois vê seus conhecimentos de caráter popular postos em diálogo ou mesmo em contraposição com o conhecimento científico, fruto das experiências de formação/profissionalização.

Saber comunitário e prática profissional podem produzir vários resultados, gerando também ações culpabilizantes e ou higienistas, sendo necessária atenção constante às direções éticas pelas quais se constrói o trabalho (SAFFER; BARONE, 2017). No entanto, ao situar-se entre saberes técnicos e populares e sendo bem direcionado e pautado na solidariedade ao outro, o trabalho do ACS poderá constituir-se como um potencializador das ações de educação popular em saúde e de valorização e respeito aos saberes do território.

Maciazeki-Gomes et al. (2016) recomendam a instauração das práticas associadas ao conceito ampliado de saúde, sustentadas em um trabalho integrado em equipe, que valorize o saber/fazer do ACS e da comunidade, inspiradas nos princípios orientadores da Política Nacional de Educação Popular do SUS (PNEPS-SUS).

Outra questão importante em relação ao processo de trabalho do ACS que decorre do seu papel híbrido de profissional da saúde e morador de sua comunidade é a experiência de diferentes afetos e potências. De acordo com Moura e Silva (2015), tornam-se mais diluídas as fronteiras de convivência dos vizinhos com o profissional, e este se torna alvo de diferentes expectativas, ao mesmo tempo em que pode ajudá-los com seu trabalho. O ACS, então, pode se sentir tão potente quanto sobrecarregado, e é através desses afetos que busca compreender suas vivências. Segundo esses autores, os resultados apontam a afetividade como caminho para a construção de vínculos potencializadores dos envolvidos. Nos encontros entre ACS, munícipes e equipe de trabalho, congregam-se bons afetos que viabilizam relações potentes. Nestas, o serviço de saúde se aproxima dos sujeitos que dele necessitam, e estes, por sua vez, tornam-se partícipes do processo de cuidado. A amizade que se forma nessa relação e entre os próprios trabalhadores fortalece sua liberdade, motivada pelo interesse legítimo entre os sujeitos que moram e trabalham próximos um do outro.

Outra perspectiva sobre o processo de trabalho do ACS é a desvalorização trazida por Bornstein (2007) que, em seu estudo sobre o processo de trabalho do ACS, identifica práticas de desvio de função deste trabalhador, sobretudo no sentido de responsabilizá-lo pela execução de tarefas burocráticas. Para a autora, a recorrência deste fenômeno deve nos fazer refletir sobre a desvalorização do trabalho do ACS como mediador no trabalho educativo. Esse desvio de função denota a compreensão do trabalho do ACS como inespecífico e de baixa complexidade, podendo ser redirecionado, segundo as necessidades dos serviços, para atividades que supostamente exigem pouca capacitação.

Compreendemos que a formação técnica dos ACS por si só não é garantia de que não se incorra em uma formação instrumentalizadora, agora, com o status tecnificado (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007). Para evitar isso, é necessário que essa formação técnica parta do entendimento da educação como um conjunto de práticas e saberes sociais que se articulam, ou seja, uma formação que, além da técnica, precisa ser popular, solidária, ética e política, no sentido de se aproximar da formação humana, indo ao encontro de uma *ecologia de saberes* referida por Boaventura Santos (2010).

Sobre as características, evidenciou-se que o trabalho dos ACS é permeado pelas dimensões política e social do trabalho em saúde com uso predominante de

tecnologias leves, tendo como principal insumo o conhecimento que esse profissional repassa às famílias, sendo a VD o palco para o desenvolvimento desse contato. Sobre os problemas no trabalho dos agentes comunitários de saúde, foram identificados: falta de limites em suas atribuições; condições precárias; obstáculos na relação com a comunidade e equipes; fragilidade na formação profissional e burocratização. Os aspectos positivos identificados foram: reconhecimento do trabalho pelas famílias; formação de vínculo; trabalho junto aos pares e perto da residência (ALONSO; BÉGUIN; DUARTE, 2018).

Ao se levar em conta a interface entre o trabalho real e o prescrito torna-se inegável a necessidade de diálogo entre o controle social, profissionais e gestores para o enfrentamento das situações geradoras de sofrimento aos usuários e profissionais. As situações geradoras de conflitos podem partir do não reconhecimento profissional; ritmos excessivos; sobrecarga de trabalho; conflitos com a comunidade; não resolutividade das ações; indisponibilidade de materiais e insumos somados à localização geográfica da unidade de saúde e das residências dos usuários e tipo de estratégia e gestão da saúde. Concluiu-se, portanto, que o contexto de trabalho do agente de saúde pode resultar em sofrimento/adoecimento desses trabalhadores (KRUG et al, 2017).

A revisão de literatura de Galavote et al. (2013) nos revela um ACS múltiplo, exposto às afecções das relações que mantém, variando entre o reconhecimento e a submissão às lógicas instituídas, resultando em alegria e tristeza, aumento e redução da sua potência de agir, respectivamente, e, apesar da institucionalização do trabalho do ACS, ele ainda mantém na sua prática referências forjadas na sua atuação popular e comunitária.

Ressaltamos, portanto, a importância do ACS como agente social facilitador do trabalho na saúde, considerando ser positiva a semelhança de experiências de vida e culturas herdadas com os usuários. Sua vivência entrelaçada com o cotidiano da comunidade referencia outras formas de cuidado, para além do saber biomédico, necessariamente, pelo entendimento da saúde como um processo social resultante das condições de vida da população.

## 2.5 As epistemologias do sul de Boaventura de Sousa Santos: da sociologia das ausências à ecologia de saberes

O conceito de *epistemologias do sul* desenvolvido por Boaventura de Sousa Santos (2010) diz respeito a uma forma de orientação política e epistêmica que se configura em um conjunto de procedimentos que visam reconhecer e validar o conhecimento produzido, ou a produzir, por aqueles e aquelas que têm sofrido sistematicamente injustiças; opressões; dominações; exclusões, etc. causadas pelo capitalismo, pelo colonialismo e pelo patriarcado, que segundo o autor, são os três principais modos de dominação moderna.

O referencial de sul destacado por Santos (2018) evidentemente não é um sul geográfico e sim, geopolítico. É o conjunto de países, de grupos sociais, de nações que têm estado sujeitos aos sistemas de opressão e de exclusão. Porém, o autor adverte que o sul, ele próprio, é um produto do império e, por isso, a aprendizagem com o sul exige igualmente a desfamiliarização em relação ao sul imperial, ou seja, em relação a tudo que no sul é resultado da relação colonial capitalista. Assim, só se aprende com o sul na medida em que se concebe este como resistência à dominação do norte e se busca nele o que não foi totalmente desfigurado ou destruído por essa dominação. Só se aprende com o sul na medida em que se contribui para a sua eliminação enquanto produto do império. As ruínas geram o impulso da reconstrução e permitem-nos imaginar reconstruções muito distintas, mesmo se os materiais para elas não são senão as ruínas e a imaginação (SANTOS, 2010, p. 62).

O colonialismo, para além de todas as dominações por que é conhecido, foi também uma dominação epistemológica, uma relação extremamente desigual entre saberes que conduziu à supressão de muitas formas de saber próprias dos povos e nações colonizados relegando muitos outros saberes a um espaço de subalternidade (SANTOS; MENESES, 2010).

É muito importante termos em mente que a ciência moderna não é o único conhecimento válido, e que existem alternativas e outros conhecimentos que se somem a ela. É preciso desconstruir esse conceito de validade única imposto pela política do conhecimento eurocêntrico.

O conhecimento é, acima de tudo, um meio de nos apropriarmos do mundo. Se nos apropriamos de uma forma que nos permite transformá-lo de acordo com as nossas aspirações, o conhecimento é

potencialmente emancipador. Se o conhecimento não permite que nos apropriemos do mundo, porque, no fundo, é uma interpretação que nos é imposta, não é nossa, é um saber alienígena, não será com ele que poderemos transformar o mundo segundo as nossas necessidades e aspirações. Neste último caso, o conhecimento pode ser um fator de opressão, pode ser um fator de dominação. É esta a dialética da ciência moderna aliada ao capitalismo e ao colonialismo. (SANTOS, 2018, p. 84).

De acordo com Santos e Meneses (2010) toda experiência social produz e reproduz conhecimento e, ao fazê-lo, pressupõe uma ou várias epistemologias. Epistemologia é toda a noção ou ideia, refletida ou não, sobre as condições do que conta como conhecimento válido, e é por via de conhecimento que uma dada experiência social se torna intencional e inteligível. Não há, pois, conhecimento sem práticas e atores sociais. Isto é que torna possíveis as relações sociais e diferentes tipos de epistemologias. Porém, o colonialismo, agregado ao capitalismo, favoreceram ao conhecimento-regulação e não ao conhecimento-emancipação.

Santos (2018) acrescenta o conceito de abissalidade para designar o pensamento moderno eurocêntrico, fruto do colonialismo. O pensamento abissal consiste num sistema de distinções visíveis e invisíveis que dividem a realidade social em dois universos: o universo do que existe e é válido e o universo das existências invisibilizadas.

Sob o pretexto da '*missão colonizadora*', o projeto de colonização procurou homogeneizar o mundo, ofuscando as diferenças culturais. Com isso, desperdiçou-se muita experiência social e reduziu-se a diversidade epistemológica, cultural e política existente no mundo. Ao conseguirem sobreviver, essas experiências e essa diversidade foram submetidas à norma epistemológica dominante: foram definidas como saberes locais e contextuais apenas úteis como matéria-prima para o avanço do conhecimento científico (SANTOS, 2010).

A perda de uma autorreferência autêntica não foi apenas uma perda gnoseológica [conhecimento humano], foi também, e, sobretudo, uma perda ontológica [reflexão a respeito do sentido abrangente do ser]: saberes inferiores próprios de seres inferiores. (SANTOS; MENESES, 2010, p. 96).

Portanto, é fundamental reconhecer que existem diferentes formas de conhecimentos para diferentes práticas sociais e que é extremamente negativo que a modernidade ocidental tenha conferido à ciência o privilégio exclusivo do rigor e feito

dela, uma força de dominação e opressão, conduzindo à destruição de outros conhecimentos – os epistemicídios (SANTOS, 2018).

As alternativas à epistemologia dominante partem do princípio que o mundo é epistemologicamente diverso e que a diversidade, longe de ser algo negativo, representa uma enorme riqueza das capacidades humanas para conferir inteligibilidade e intencionalidade às experiências sociais. A pluralidade epistemológica do mundo e, com ela, o reconhecimento de conhecimentos rivais dotados de diferentes critérios de validade tornam credíveis visões de saúde mais ampliadas dos agentes sociais. Tal pluralidade não implica o relativismo epistemológico ou cultural, mas análises e avaliações mais profundas dos diferentes tipos de interpretação e de intervenção no mundo produzidos por diversos tipos de conhecimentos (SANTOS, 2010). Essa diversidade epistemológica do mundo é identificada nas *epistemologias do sul*. Sul metafórico, ou seja, do lado dos oprimidos pelas diferentes formas de dominação colonial e capitalista (SANTOS, 2010).

O colonialismo produziu uma relação intensamente desigual de saber-poder que conduziu à eliminação de muitas formas de saber próprias dos povos e ou nações colonizadas. Santos (2010) propõe um resgate epistemológico através das *epistemologias do sul*: conjunto de intervenções epistemológicas que denunciam essa supressão, valorizam os saberes que resistiram com êxito e investigam as condições de um diálogo horizontal entre conhecimentos.

Com base no pensamento abissal como formulado por Boaventura Santos (2010) o paradigma ocidental comporta duas formas principais de conhecimento: conhecimento-regulação e conhecimento-emancipação. O conhecimento-regulação consiste numa trajetória entre um ponto de ignorância, designado por caos, e um ponto de conhecimento, designado por ordem. O conhecimento-emancipação consiste numa trajetória entre um ponto de ignorância, chamado colonialismo, e um ponto de conhecimento, chamado solidariedade. Apesar de estas duas formas de conhecimento estar igualmente inscritas no paradigma da modernidade, no último século o conhecimento-regulação ganhou total primazia sobre o conhecimento-emancipação. Com isto, a ordem passou a ser a forma hegemônica do conhecimento e o caos, a forma hegemônica da ignorância.

Para Santos (2010), esta hegemonia do conhecimento-regulação permitiu a este recodificar nos seus próprios termos o conhecimento-emancipação. Assim, o que

era saber nesta última forma de conhecimento transformou-se em ignorância e o que era ignorância transformou-se em saber (o colonialismo foi recodificado como ordem). Como a sequência lógica da ignorância para o saber é também a sequência temporal do passado para o futuro, a hegemonia do conhecimento-regulação fez com que o futuro e, portanto, a transformação social, passasse a ser concebido como ordem e o colonialismo como um tipo de ordem. Paralelamente, o passado passou a ser concebido como caos e a solidariedade como um tipo de caos. O sofrimento humano pode assim ser justificado em nome da luta da ordem e do colonialismo contra o caos e a solidariedade.

Esse sofrimento humano teve e continua a ter destinatários sociais específicos – trabalhadores; mulheres; minorias étnicas; raciais e sexuais –, considerados perigosos, precisamente porque representa o caos e a solidariedade contra os quais é preciso lutar em nome da ordem e do colonialismo.

Santos (2010) defende que a epistemologia ocidental dominante foi construída na base das necessidades de dominação colonial e assenta na ideia do pensamento abissal já comentado. Este pensamento opera pela definição unilateral de linhas que dividem as experiências, os saberes e os atores sociais entre os que são úteis, inteligíveis e visíveis (os que ficam do lado de cá da linha) e os que são inúteis ou perigosos, ininteligíveis, objetos de supressão ou esquecimento (os que ficam do lado de lá da linha). Segundo o autor, o pensamento abissal continua a vigorar até hoje, muito além do fim do colonialismo político. Para combatê-lo, o autor propõe uma iniciativa epistemológica fundamentada na *ecologia de saberes*.

A *ecologia de saberes* não implica apenas novos conhecimentos, mais do que isso, implica em novos processos de produção de conhecimentos, e estes não podem prosperar nas instituições modernas que ao longo de dois séculos produziram as monoculturas e o bloqueio das emancipações sociais, instalando um período em que as sociedades são politicamente democráticas e socialmente fascistas, tendo o sul como uma metáfora do sofrimento humano causado pelo capitalismo (SANTOS, 2010).

Foi através do colonialismo que as relações desiguais entre o norte e o sul foram constituídas historicamente e o fim do colonialismo enquanto relação política não acarretou o fim do colonialismo enquanto relação social: ela permanece

socialmente autoritária e discriminatória. “A ignorância colonialista consiste na recusa do reconhecimento do outro como igual” (SANTOS, 2010, p. 74).

Em face disto, a orientação epistemológica para tornar possível a comunicação e a cumplicidade tem de passar pela revalorização da solidariedade como forma de conhecimento e pela revalorização do caos como dimensão da solidariedade. Por outras palavras, tem de passar pela revalorização do conhecimento-emancipação em detrimento do conhecimento-regulação (SANTOS, 2010).

A sociedade de consumo e a sociedade de informação se baseiam na ideia de globalização. A comunicação e a cumplicidade permitidas pela globalização hegemônica estruturam-se numa troca desigual que canibaliza as diferenças em vez de permitir o diálogo entre elas. Estão armadilhadas por silêncios, manipulações e exclusões. Santos e Meneses (2010) colocam que vivemos um tempo de excesso de separatismo e de segregacionismo.

A experiência social em todo o mundo é muito mais ampla e variada do que o que a tradição científica ou filosófica ocidental reconhece e legitima (SANTOS, 2018). Essa riqueza social está a ser desperdiçada e é desse desperdício que se nutrem as ideias que proclamam que não há alternativa. A comunicação e a cumplicidade epistemológica concebem a ideia de que não há só uma forma de conhecimento, mas várias, e que muitas formas estão ocultas ou silenciadas, o que o autor nos revela com a *sociologia das ausências* (SANTOS, 2018).

A *sociologia das ausências* tenta demonstrar que o que não existe é, na verdade, ativamente produzido como não existente, isto é, como uma alternativa não credível ao que existe. O objetivo da *sociologia das ausências* é transformar objetos impossíveis em possíveis e com base neles transformar as ausências em presenças. O que é que existe na medicina tradicional que escapa à dicotomia medicina moderna e a medicina tradicional? “Há produção de não-existência sempre que uma dada entidade é desqualificada e tornada invisível, ininteligível ou descartável de um modo irreversível” (SANTOS, 2010, p. 129).

Santos (2018) cita cinco lógicas ou modos de não-existência: monocultura do saber e do rigor do saber; monocultura do tempo linear; classificação social; escala dominante e a lógica produtivista. Essas lógicas serão descritas a seguir.

A monocultura do saber e do rigor do saber é o modo de produção de não-existência mais poderoso. Consiste na transformação moderna e da alta cultura em

critérios únicos de verdade e de qualidade. Consideram-se cânones exclusivos de produção de conhecimento ou de criação artística. Tudo que esses cânones não legitimam ou reconhecem é declarado inexistente. A não-existência assume aqui a forma de ignorância ou de incultura (SANTOS, 2010).

A segunda lógica refere-se à monocultura do tempo linear, à ideia de que a história tem sentido e direção únicos e conhecidos. Esse sentido e essa direção são formulados de diversas formas: progresso; revolução; modernização; desenvolvimento; crescimento; globalização. Comum a todas essas formulações é a ideia de que o tempo é linear e que na frente do tempo seguem os países centrais do sistema mundial e, com eles, os conhecimentos, as instituições e as formas de sociabilidade que neles dominam. Essa lógica produz a não-existência, declarando atrasado tudo o que, segundo a norma temporal, é assimétrico em relação ao que é declarado avançado. Neste caso, a não-existência assume a forma de primitivo ou selvagem; tradicional; pré-moderno; simples; obsoleto ou subdesenvolvido (SANTOS, 2010).

A terceira lógica é a lógica da classificação social, que assenta na monocultura da naturalização da diferença. A não-existência é produzida sob a forma de inferioridade insuperável porque natural. Esta lógica opera através da distribuição das populações por categorias que naturalizam e hierarquizam as diferenças. Como exemplos atuais dessa manifestação temos: a classificação étnica e sexual. Quem é inferior, porque é insuperavelmente inferior, não pode ser uma alternativa credível a quem é superior (SANTOS, 2010). É o que está posto, e pronto.

A quarta lógica da produção da inexistência é a lógica da escala dominante. Nos termos dessa lógica, a escala adotada como primordial determina a irrelevância de todas as outras possíveis escalas. A globalização é a escala que nos últimos vinte anos adquiriu uma importância sem precedentes nos mais diversos campos sociais. Trata-se da escala que privilegia as entidades ou realidades que alargam o seu âmbito a todo o globo e que, ao fazê-lo, adquirem a prerrogativa de designar entidades ou realidades rivais como locais. No âmbito desta lógica, a não-existência é produzida sob a forma do particular ou do local, e estão aprisionadas em escalas que as incapacitam de serem alternativas potentes ao que existe de modo global (SANTOS, 2010).

E, finalmente, a quinta lógica, que é a de não-existência de outros modos de produção. Trata-se da lógica produtivista que se alimenta na monocultura dos critérios de produtividade capitalista. Nos termos desta lógica, o crescimento econômico é um objetivo racional irrefutável e, como tal, é inquestionável o critério de produtividade que mais bem serve esse objetivo. Esse critério aplica-se tanto à natureza como ao trabalho humano. A natureza produtiva é a natureza maximamente fértil num dado ciclo de produção, enquanto o trabalho humano é o trabalho que maximiza a geração de lucros igualmente num dado ciclo de produção. Segundo esta lógica, a não-existência é produzida sob a forma do improdutivo que, aplicada à natureza, é esterilidade e, aplicada ao trabalho, preguiça ou desqualificação profissional (SANTOS, 2010). Ela rege o mundo do trabalho contemporâneo através de produção por metas e o estímulo à competitividade.

São estas as cinco formas sociais de não-existência geradas: ignorância; atraso; inferior; o local e o improdutivo. Trata-se de formas sociais de inexistência porque as realidades que elas conformam estão apenas presentes como obstáculos em relação às realidades que contam como importantes, sejam elas realidades científicas; avançadas; superiores; globais ou produtivas. As não-existências são consideradas formas desqualificadas de existir, portanto, é desperdício de experiências para Santos (2010). A *sociologia das ausências* visa identificar o âmbito dessa subtração, de modo que as experiências produzidas como ausentes sejam libertadas e se tornem presentes. Tornarem-se presentes significa ampliar o campo das experiências reconhecidas, aumentando as possibilidades de experimentação social (SANTOS; MENESES, 2010).

Santos (2010) reitera que a *sociologia das ausências* opera substituindo monoculturas por ecologias: *ecologia de saberes*; *ecologia de temporalidades*; *ecologia do reconhecimento*; *ecologia das transescalas* e a *ecologia das produtividades*. Em cada um desses cinco domínios, o objetivo da *sociologia das ausências* é revelar a diversidade e multiplicidade das práticas sociais e credibilizar esse conjunto por contraposição à exclusividade das práticas hegemônicas. A ideia de multiplicidade é dada pelo conceito de ecologia que propõe uma versão ampla de realismo, que inclui as realidades ausentes por via do silenciamento, da supressão e da marginalização, isto é, as realidades que são ativamente produzidas como não existentes.

Cabe destaque à *ecologia de saberes* por nortear esse trabalho. A lógica da monocultura do saber e do rigor de biomedicina precisa ser confrontada com a identificação de outros saberes e de outros parâmetros de rigor que operam credivelmente nas práticas de saúde.

Como o conhecimento científico não se encontra distribuído de uma forma socialmente equitativa, as suas intervenções no mundo real servem apenas aos grupos sociais que têm acesso a esse conhecimento. Em última instância, a injustiça social está atrelada à injustiça cognitiva. O princípio da incompletude de todos os saberes é condição da possibilidade de diálogo e debate epistemológico entre diferentes formas de conhecimento (SANTOS, 2018).

A *ecologia de saberes* visa criar uma nova forma de relacionamento entre o conhecimento científico e outras formas de conhecimento. Consiste em conceber igualdade de oportunidades às diferentes formas de saber envolvidas em disputas epistemológicas cada vez mais amplas, visando à maximização dos seus respectivos contributos para a construção de outro mundo possível, ou seja, de uma sociedade mais justa, participativa e mais democrática, bem como de uma sociedade mais harmônica com a natureza (SANTOS, 2018).

A questão não está em atribuir igual validade a todos os tipos de saber, mas antes em permitir uma discussão sensata e justa entre critérios de validade alternativos, uma discussão que não desqualifique tudo o que não seja fruto apenas da ciência moderna. Evidenciamos no campo da saúde, o predomínio do rigor do saber na biomedicina contrapondo-se ao saber popular de tratamentos e cura alternativos. No entanto, a diversidade epistêmica do mundo é potencialmente infinita, pois todos os conhecimentos são parciais. Não há nem conhecimentos puros, nem conhecimentos completos; há constelações de conhecimentos (SANTOS, 2010).

A *ecologia de saberes* é um conjunto de epistemologias que partem da possibilidade da diversidade e da globalização contra hegemônica e se firma em dois pressupostos: 1) Não há epistemologias neutras e as que clamam sê-lo são as menos neutras; 2) A reflexão epistemológica deve incidir não nos conhecimentos em abstrato, mas nas práticas de conhecimento e seus impactos em outras práticas sociais. *Ecologia de saberes* é ecologia de práticas de saberes (SANTOS, 2010). Assim, a *ecologia de saberes* é uma epistemologia que busca os diálogos possíveis entre os diversos grupos

sociais, de maneira que os grupos sociais representem o mundo como seu, isto é, como um lugar que lhes pertence.

Promover a diversidade e pluralidade, para além do capitalismo, e da globalização neoliberal, não pressupõe que a ciência moderna seja recusada, mas que seja reconfigurada numa constelação mais ampla de saberes onde coexista com práticas de saberes não científicos, que sobreviveram ao epistemicídio ou que, apesar da invisibilidade epistemológica, têm emergido e florescido nas lutas contra a desigualdade e discriminação, tenham ou não por referência um horizonte não capitalista (SANTOS, 2010).

A *ecologia de saberes* procura dar consistência epistemológica ao saber propositivo. Trata-se de uma ecologia porque se baseia no reconhecimento da pluralidade e interdependência de saberes heterogêneos, de autonomia de cada um deles e da articulação sistêmica, dinâmica e horizontal entre eles. Baseia-se na independência completa entre os diferentes saberes que constituem o sistema aberto do conhecimento em processo constante de criação e renovação. “O conhecimento é interconhecimento, é reconhecimento, é autoconhecimento” (SANTOS, 2010, p. 56).

Na *ecologia de saberes* a legitimação de saberes não-científicos não envolve a desvalorização do saber científico. Consiste, por um lado, em explorar práticas alternativas e, por outro, em valorizar a interdependência entre saberes (SANTOS, 2010) – científicos e não-científicos – resultado da combinação e articulação de diferentes conhecimentos: científicos; tradicionais; populares, etc., com vistas a fortalecer as ações coletivas, criando outras possibilidades de atuação e existência no mundo.

Para Santos (2010), há práticas de saber dominantes, fundamentada na ciência moderna ocidental e práticas de saber subalternas, assentadas em saberes não científicos, ocidentais e não ocidentais. As práticas de saber dominante são assentadas na ciência moderna e esta hierarquia produz e reproduz a desigualdade social no mundo. Como esta não está distribuída equitativamente no mundo, nem como sistema de produção nem como sistema de consumo, as desigualdades no acesso, controle e uso da ciência são o resultado de desigualdades sociais e reforçam-nas.

É preciso fazer uma reavaliação das relações concretas que os diferentes conhecimentos proporcionam. A *ecologia de saberes* não só admite muitas formas de saberes, como parte da dignidade e validade epistemológica de todos eles e deve ser

pautada no princípio da precaução, ou seja, deve preferir-se a forma de conhecimento que garanta a maior participação de grupos sociais envolvidos na concepção, execução, controle e intervenção no mundo (SANTOS, 2018). Essa discussão deverá ser extensiva a todos os campos, mas, especialmente, no campo da saúde, deve-se também pautar por valores éticos, políticos, solidários e coletivos.

A *ecologia de saberes* é impulsionada pela busca da diversidade de conhecimentos, seja dentro do conhecimento científico ou do não científico; seja do conhecimento ocidental quanto do não ocidental. Santos (2018) recomenda que as práticas de saber não tenham de ser exclusivamente linguísticas e devem incluir outros tipos de expressão e de comunicação, convocando a uma epistemologia polifônica e prismática. Polifônica porque os diferentes saberes são simultaneamente partes e totalidades e, tal como uma peça musical, tem desenvolvimentos autônomos, ainda que convergentes. Prismática, porque nela se cruzam múltiplas epistemologias cuja configuração muda consoante a disposição dos diferentes saberes numa dada prática de saberes. Deve ser exercida pela busca de convergências entre conhecimentos múltiplos.

É próprio da *ecologia de saberes* formatar-se através de perguntas constantes e respostas incompletas, característica do conhecimento prudente, tornando possível o horizonte das possibilidades de cada saber e do diálogo entre eles. Averiguar em que medida a ausência de outros saberes – *sociologia das ausências* – é o resultado de uma ocultação produzida pela epistemologia que consagra o conhecimento científico hegemônico como único. “[...] na ecologia de saberes a vontade é guiada por várias bússolas com múltiplas orientações; não há critérios absolutos nem monopólios de vontade; cada saber é portador da sua epistemologia pessoal” (SANTOS, 2018, p. 67).

Portanto, não é possível seguir uma só bússola. Deve-se avaliar a possível contribuição de cada saber em diferentes áreas, ou momentos ou para diferentes objetivos.

Nessa linha de pensamento podemos pressupor que o trabalhador da saúde, principalmente o agente comunitário de saúde, que tem uma troca cotidiana com a comunidade, sendo esta conhecedora de uma gama imensurável de saberes (principalmente relacionadas a tratamentos e curas à margem da biomedicina) podem tecer juntos várias possibilidades de construção de outras epistemologias, mais

emancipatórias, através de uma sistematização complexa, singular e plural dos saberes sobre a saúde das populações.

## 2.6 A vigilância em saúde do trabalhador na estratégia saúde da família

A saúde do trabalhador é um campo interdisciplinar e multiprofissional, que se propõe a interpretar o processo trabalho-saúde em suas múltiplas e intrincadas dimensões. A estratégia saúde da família pode colaborar na produção do cuidado integral à saúde dos trabalhadores, atuando de forma integrada com os outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), e desempenhar um papel estratégico devido a sua proximidade com a população, possibilitando identificar as atividades produtivas e dos riscos à saúde nos ambientes e processos de trabalho presentes no territórios de abrangência. Este acesso deveria favorecer o diagnóstico precoce, a prevenção dos danos, lesões ou doenças provocados pelo trabalho no indivíduo ou no coletivo de trabalhadores.

É proposta da VISAT identificar o usuário como trabalhador inicialmente através da ESF, para contemplar a perspectiva de prevenção de doenças e da promoção da saúde.

Reforçando a importância da Atenção Primária em Saúde (APS) na saúde do trabalhador destacamos o anexo XV da portaria MS de consolidação nº 2 (BRASIL, 2017), que trata das normas sobre políticas nacionais de saúde no SUS:

III. 9º Garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador, que pressupõe a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede, considerando os seguintes componentes: a) atenção primária em saúde [...]. (BRASIL, 2017, p. 2).

IV. 10º Item VI Promover a incorporação de ações e procedimentos de vigilância e de assistência à saúde do trabalhador, considerando os diferentes níveis de complexidade, tendo como centro ordenador a Atenção Primária em Saúde. (BRASIL, 2017, p. 7).

No mesmo sentido, a portaria MS nº 3120, que define a Norma Operacional Básica de Saúde do Trabalhador (NOST), publicada em 1998 e ainda

vigente, prescreve a operacionalização das seguintes ações, na gestão plena da atenção básica:

- Garantia do atendimento ao acidentado do trabalho e ao suspeito ou portador de doença profissional ou do trabalho, por meio da rede própria ou contratada, dentro de seu nível de responsabilidade da atenção, assegurando todas as condições necessárias para o acesso aos serviços de referência, sempre que a situação exigir;
- Realização de ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho, compreendendo a identificação das situações de risco e a tomada de medidas pertinentes para a resolução da situação e a investigação epidemiológica;
- Notificação dos agravos à saúde e os riscos relacionados com o trabalho, alimentando regularmente o sistema de informações dos órgãos e serviços de vigilância, assim como a base de dados de interesse nacional;
- Estabelecimento de rotina de sistematização e análise dos dados gerados no atendimento aos agravos à saúde relacionados ao trabalho, de modo a orientar as intervenções de vigilância, a organização dos serviços e das demais ações em Saúde do Trabalhador;
- Utilização dos dados gerados nas atividades de atenção à saúde do trabalhador, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de saúde neste campo, e alimentar os bancos de dados de interesse nacional (BRASIL, 1998).

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) do SUS aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2011 reitera a indissociabilidade das práticas preventivas e curativas; a necessidade, no âmbito do SUS, de uma ação transversal de caráter transdisciplinar e interinstitucional; a necessidade de sintonia e de uma relação dinâmica com as mudanças nos processos produtivos e a participação dos trabalhadores enquanto sujeitos das ações de saúde (DIAS;SILVA, 2013).

Na PNSTT as estratégias definidas para a atenção integral à saúde do trabalhador compreendem: a) A integração da vigilância em saúde do trabalhador com os demais componentes da vigilância em saúde e com a APS; b) A análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores; c) A estruturação da rede de atenção integral à saúde do trabalhador; d) O fortalecimento e a ampliação da articulação intersetorial; e) O estímulo à participação da comunidade, dos

trabalhadores e do controle social; f) O desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos; g) O apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2012).

Estes princípios, quando aplicado ao agente comunitário de saúde enquanto trabalhador adentra em uma área pouco trabalhada pelo campo da saúde do trabalhador, que é a área de saúde do profissional da saúde. Na prática, os recursos de avaliação de riscos e cargas, análises de sobrecarga psíquica, etc. tendem a apontar para as limitações do próprio SUS, onde o ACS não possui nenhuma gerência e pouca possibilidade de intervir, mesmo em grupos organizados.

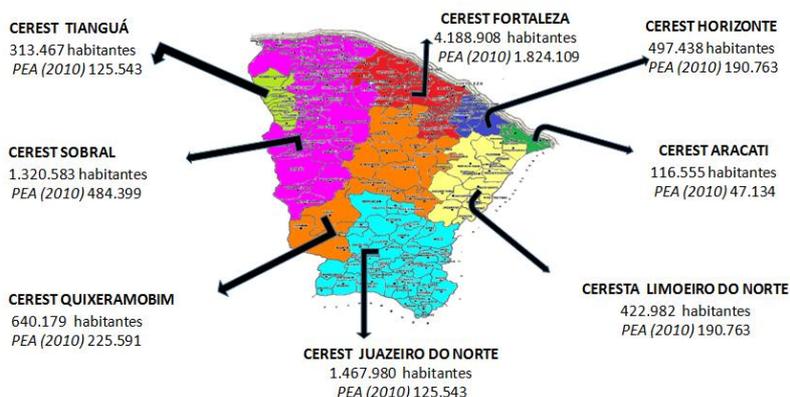
A área de saúde do trabalhador é organizada no SUS em Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador – NUAST. No Ceará, o NUAST situa-se no organograma da Secretaria da Saúde do Estado integrado à Coordenadoria das Políticas de Saúde (COPAS) e tem a missão de divulgar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado. O NUAST contempla, entre outros, os seguintes objetivos:

- Elaboração do plano de trabalho estadual de saúde do trabalhador, em consonância com a PNSTT, visando inserir ações e indicadores no plano estadual de saúde e na programação anual de saúde;
- Desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) do Conselho Estadual de Saúde (CESAU);
- Definir, em conjunto com as macrorregiões de saúde, os mecanismos e os fluxos de referência, contra referência e de apoio matricial, para assegurar o desenvolvimento de ações de promoção, vigilância e assistência em saúde do trabalhador;
- Monitorar, em conjunto com as macrorregiões de saúde, os indicadores de avaliação das ações e serviços em saúde do trabalhador pactuados;
- Garantir a implementação, na rede de atenção do SUS-Ceará e na rede privada, da notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, assim como do registro dos dados pertinentes à saúde do trabalhador no conjunto de sistemas de informação em saúde;

- Elaborar, em seu âmbito de competência, perfil produtivo e epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador;
- Participar da elaboração de projetos de leis estaduais e elaborar normas técnicas pertinentes à área, com outros atores sociais, como entidades representativas dos trabalhadores, universidades, organizações não governamentais e órgãos legislativos;
- Prover formação e capacitação em saúde do trabalhador para os profissionais de saúde do SUS-Ceará, para a comunidade, os trabalhadores e o controle social, na forma de educação continuada;
- Definir e executar projetos especiais em questões de interesse locorregional, em conjunto com as equipes municipais;
- Promover, no âmbito estadual, a articulação intersetorial e transectorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e do trabalho digno e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde do trabalhador.

A Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador no Ceará é composta pelo NUASt, um CEREST Estadual; sete CERESTs Regionais, localizados nos municípios de Horizonte, Sobral, Juazeiro do Norte, Aracati, Fortaleza, Quixeramobim e Tianguá e um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e Ambiente (CERESTA), localizado no município de Limoeiro do Norte.

**Figura 2:** Distribuição dos Centros em Saúde do Trabalhador do Ceará por área de abrangência, 2018.



Fonte: SESA, 2018.

Apesar da estrutura organizacional promover ações de vigilância em saúde do trabalhador, observamos que há uma incapacidade estruturante entre as ações da saúde do trabalhador e a assistência na APS. Vários são os nós críticos: falta de investigação entre a relação de adoecimento do usuário e o seu processo de trabalho; o modelo atual de cobertura demonstra não promover a equidade; ausência de referência e contrarreferência entre a UBS e CEREST e na rede de serviço em geral; desconhecimento de parte importante dos profissionais da ESF sobre os agravos da saúde do trabalhador e da notificação no SINAN; ausência do levantamento das atividades econômicas formais e informais; baixa inclusão do tema “saúde do trabalhador” na APS e ausência de ações em vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas na APS que possam subsidiar o desenvolvimento de linhas de cuidado e protocolos na área.

Embora a integração das ações de vigilância em saúde na atenção básica seja expressa como uma condição estabelecida para a construção da integralidade do cuidado, no cotidiano das equipes da ESF no Ceará, grande parte das atividades se concentram em ações assistenciais e em orientações repassadas sobre modos saudáveis de viver, e não vislumbram a perspectiva do campo da saúde do trabalhador.

Com frequência as práticas de vigilância se dão por meio de intervenções articuladas sob o controle de situações de risco e danos à saúde, são pontuais e atreladas às emergências sanitárias, como nos casos da tríplice endemia (dengue, zika e chikungunya).

A construção de agenda de trabalho comum entre as áreas da atenção básica e saúde do trabalhador, em todas as esferas de gestão, deveria garantir a efetiva rede de cuidados; redefinir o papel do CEREST no apoio matricial das ações de saúde do trabalhador na atenção básica; ampliar a notificação dos agravos à saúde relacionados ao trabalho; reforçar a capacitação, a educação permanente e a pesquisa com trabalhadores da saúde; apoiar o controle social, considerar as novas formas de organização e as novas realidades do trabalho (DIAS; SILVA, 2013).

Numa tentativa de aproximação com a atenção básica, o NUAAT contemplou em seu plano de ação quadrienal as seguintes ações prioritárias:

- Identificar o usuário como trabalhador;

- Mapear as atividades produtivas existentes na área de abrangência de cada ESF (perfil epidemiológico e produtivo), tanto de estabelecimentos quanto de atividades produtivas realizadas dentro ou fora do domicílio;
- Identificar a ocupação dos membros das famílias de cada ESF. Se existir atividade produtiva realizada no domicílio registrar no campo observações da ficha de cadastro das famílias (ficha A);
- Quantificar a população trabalhadora;
- Estabelecer o nexo causal e a notificação dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho (SESA, 2018).

A execução do plano de ação prevê a articulação com as macrorregiões de saúde através do Projeto de Qualificação da Atenção Primária à Saúde no Ceará – QualificAPSUS. O objetivo do projeto é capacitar os profissionais das unidades básicas de saúde para realizar o primeiro atendimento ao usuário do SUS com qualidade, fazer um diagnóstico e encaminhamento preciso dos casos para as áreas específicas de acordo com o quadro nosológico, incluindo na rede os CERESTs para os agravos em saúde do trabalhador. O projeto contempla o módulo: *Saúde do Trabalhador na Atenção Básica* para os profissionais das cinco macrorregiões de saúde do estado. Esta qualificação iniciou-se em novembro de 2018 e está ocorrendo através de oficinas com temáticas específicas. Os trabalhadores da saúde das duas UBS pesquisadas ainda não participaram desta qualificação, estando o município de Caucaia programado para o ano em curso.

A organização do cuidado de saúde a partir do território tem implicações diretas e importantes para as ações de saúde ambiental e saúde do trabalhador na APS. A reestruturação produtiva, em curso no país, está mudando o regime de acumulação anterior – taylorista/fordista - fixado no interior da fábrica, cercada por muros, e sob vigilância direta do proprietário do empreendimento. O antigo modelo tem sido substituído pela flexibilização dos processos de trabalho, nos mercados, nos produtos e padrões de consumo, rompendo os limites geográficos, os processos de trabalho saem de seus muros para invadir a sociedade inteira (HARVEY, 1992).

Esta flexibilidade desencadeia um conjunto de fenômenos marcados pela desterritorialização da produção e da circulação de mercadorias e dos serviços. É nesse território mutante, fluído e flexível da acumulação do capital que se configura o ‘novo’ mundo do trabalho onde se desenha o perfil dos trabalhadores urbanos – e

crescentemente dos rurais nos agronegócios – com reflexos sobre sua vida, sua saúde e o ambiente (QUADROS; DIAS, 2010).

O trabalho precário e intermitente redesenha o mundo social, as relações de força e os campos de práticas. Uma das tendências observadas é a transferência do local do trabalho para o domicílio e região peridomiciliar do trabalhador. Na nova ordem econômica, o trabalho em domicílio adquire papel importante nas estratégias das empresas para vencer a pressão por produtividade. As tecnologias informacionais possibilitam que trabalhos exigentes de alto teor de conhecimento, sejam prestados dentro da residência do trabalhador. No Brasil, observa-se a coexistência dessa estratégia com as formas mais tradicionais do trabalho domiciliar, caracterizadas pela ausência de proteção social, condições de trabalho adaptadas e perigosas, baixa remuneração e a feminização do emprego. Nesse trabalho domiciliar, em geral, o treinamento está ausente, os instrumentos e maquinários são obsoletos, a manutenção é inadequada, e as tarefas são desempenhadas sem a necessária segurança e dispositivos de proteção, expondo trabalhadores e familiares a fatores de risco para a saúde e o ambiente (VIEIRA, 2009).

Neste cenário, as consequências para a saúde da população, dos trabalhadores em especial e os impactos sobre o meio ambiente são ainda pouco conhecidos. Porém, na atualidade, são as equipes da APS que têm mais acesso e possibilidades de oferecer cuidado à saúde desses trabalhadores.

Em suas práticas cotidianas de trabalho os ACS reconhecem, por vezes de modo intuitivo, a contribuição do trabalho no processo saúde-doença das pessoas. Porém não identificam a possibilidade de continuidade do cuidado aos trabalhadores que residem no território. Referem falta de preparo técnico para entender e orientar sobre essas questões e as dificuldades de interlocução com as equipes, que muitas vezes não valorizam suas observações (DIAS; SILVA, 2013; SILVA; DIAS; PESSOA, FERNANDES, GOMES, 2014).

Diante das mudanças estruturais no mundo do trabalho e no modelo SUS, das dificuldades para o atendimento de seus princípios básicos, de financiamento e efetivo controle social, entre outros, tem destaque o desafio de integrar a rede de cuidado do trabalhador à APS, para garantir a atenção integral aos trabalhadores. Para isto faz-se necessário que as ações da APS inaugurem uma nova relação entre seus usuários/trabalhadores; através da informação e capacitação dos profissionais do SUS

e monitoramento dos agravos da ST, garantindo um avanço legítimo na implementação da PNSTT (DIAS; SILVA, 2013).

Uma rede de atenção demanda efetiva inserção da vigilância em saúde (incluído a do trabalhador) em suas ações. No tocante à vigilância da saúde dos ACS, além das cargas fisiológicas, físicas e mecânicas do trabalho do ACS, Wai e Carvalho (2009) destacaram as cargas psíquicas, evidenciando a necessidade desse profissional receber preparo para lidar com situações como: vínculo com pessoas em condições precárias de vida e com desemprego; falta de recursos para alimentação; uso e abuso de drogas ilícitas; violência doméstica; negligência dos pais em relação aos filhos; envolvimento excessivo com a comunidade e incompreensão dos usuários; problemas graves de saúde ou de relacionamento familiar; morte de usuários, baixo reconhecimento do trabalho; supervalorização da burocracia e a violência como fator de insegurança.

Santos, Vargas e Reis (2014) em estudo realizado em Aracajú (Sergipe/Brasil) com 236 ACS verificou que 61,4% apresentavam alguma manifestação de estresse.

O estudo realizado por Almeida, Baptista e Silva (2016) em 11 UBS que abrigam 20 equipes de ESF e duas equipes EACS (Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde) da cidade de Caraguatatuba (São Paulo/Brasil) evidenciou que o trabalho do ACS tem acarretado consequências para a sua saúde, destacando as cargas mecânica, biológica, fisiológica e psíquica. Os processos de desgaste mais presentes foram devidos a doenças do sistema osteomuscular e conjuntivo, decorrentes de acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho

Como em outros processos de trabalho em geral, no campo da saúde visa-se à produção de um efeito útil, mas com o diferencial de se buscar levar em conta a história do usuário e suas necessidades particulares. Isso põe em destaque a concepção de serviço no sentido de uma prática que se modela permanentemente para atender às singularidades, numa adequação constante ao particular, às características do indivíduo e ao seu contexto de problemas e demandas (NOGUEIRA, 2000).

Os primeiros estudos no campo da saúde coletiva que abordam o processo de trabalho e os serviços de Saúde – principalmente as referências clássicas de Donnangelo (1976) e Gonçalves (1994) – acenam para a concepção de serviço sempre associada à característica de concomitância entre o produto e o consumo, fato que se

dá pelo ato do cuidado. Neste sentido, o trabalho em saúde como prestação de serviços traz a característica especial da presença humana em todos os componentes do processo, isto é, o ser humano e suas necessidades encarnando-se como ‘objetos’ de intervenção, com a finalidade de produzir ações de saúde ou, mais precisamente, de ‘produzir saúde’. Esse processo traz ainda outra característica especial: a de se instituir como interferência mútua através da interação ente o ator que demanda e o que presta os serviços (utilizando-se de diversos saberes/recursos), cada ator com história e conhecimentos singulares, vivos, que devem ser ‘acolhidos’ e interagirem constituindo-se ambos os atores como sujeitos da ação. Todos, portanto, interferindo no processo e no resultado final. Portanto, o cuidado e a vigilância são trocas de saberes entre pessoas, com subjetividades que devem ser consideradas.

No entanto, no SUS observamos uma unilateralidade e uma fragmentação do cuidado, seguindo o padrão hegemônico do setor saúde. Essa característica de fragmentação tem sido ressaltada em estudos, que revelam a sua permanência (ou acentuação), apesar das diretrizes propostas para os novos modelos assistenciais em saúde, sobretudo embasadas no que deveria ser o trabalho planejado e desenvolvido de modo integrado em equipes multiprofissionais (SANTOS FILHO; BARROS, 2007; SANTOS FILHO, 2011).

Quando pensamos a vida humana como resultado de um efeito da relação ativa entre os homens e o meio, devemos somar ao entendimento do meio, como fato físico e biológico, a dimensão do meio como meio geográfico, entendendo-o como produto das atividades humanas, da história das práticas e cultura. “O homem é um fator geográfico e a geografia está profundamente impregnada de história, sob a forma de técnicas coletivas” (CANGUILHEM, 2000, p. 125).

Para ampliar as análises no campo da saúde do trabalhador, com foco em processos de trabalho que afirmem a autonomia e o protagonismo dos trabalhadores da saúde é necessário tematizar as práticas em saúde a partir de um ‘paradigma rizomático’, isto é, que rompe com a hierarquização (DELEUZE; GUATTARI, 1995). No rizoma não hierárquico, são múltiplas as possibilidades de conexões, aproximações, cortes, percepções, etc. – concepção que se abre para a discussão da transversalidade.

Tal perspectiva refere-se a um processo que não busca a estabilidade e sim interferência entre diferentes planos no campo da saúde, abertura à alteridade, intervenção que considera os outros saberes.

Trata-se assim, de uma tendência que, ao recusar as hierarquias e as totalidades, define-se por uma abertura, por um processo de comunicação rizomática, que Deleuze e Guattari (1995) chamam de coeficiente de transversalidade ampliado e que tem o sentido de uma dinâmica de comunicação multivetorializada ou transversal.

O trabalho nos produz e transforma; portanto, procurar compreender o trabalho é também poder transformá-lo e afirmar a possibilidade de outra estética da existência.

Na institucionalidade do SUS e nas diretrizes de atualização de seus modelos organizativos reafirmam-se fortes princípios democráticos de funcionamento dos serviços, com garantia de mecanismos participativos, integração das práticas e das equipes. No entanto, observam-se as limitações da própria instituição na indução da participação ativa e protagonista dos sujeitos e da integração rizomática, sendo que a crescente padronização de condutas traz ambiguidades, influenciando na própria fragmentação do trabalho (SANTOS FILHO, 2011).

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1 Tipo de estudo

Esse estudo foi construído na linha da pesquisa qualitativa de cunho social, buscando evidenciar o processo de trabalho dos ACS, os saberes tradicionais do território, e a existência de conexão entre eles. Neste contexto, a conceituação de pesquisa qualitativa de Minayo fortaleceu a escolha.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2002, p. 132).

A escolha desta metodologia de pesquisa exploratória qualitativa, de cunho social, também foi amparada no entendimento de que o mundo do trabalho é um universo multifacetado constituído por uma variedade de fenômenos correlatos socialmente determinados, que necessitam de um olhar específico, uma escuta atenta e uma escrita detalhada.

Nessa perspectiva, faz-se imprescindível direcionar o olhar para os sistemas simbólicos reveladores de sentidos e significados construídos culturalmente pelos ACS e a comunidade. Corroborando Alves e Santos (2014), a pesquisa qualitativa tem como premissa a interpretação dos discursos sociais produzidos pelos sujeitos.

Na observação, devem ser colhidos outros elementos não contidos na fala e na escrita, aspectos importantes segundo Minayo (1992):

[...] é preciso observar o aspecto legal e o aspecto íntimo das relações sociais; ao lado das tradições e costumes, o tom e a importância que lhes são atribuídos; as ideias, os motivos e os sentimentos do grupo na compreensão da totalidade de sua vida, verbalizados por eles próprios, através de suas categorias de pensamento. (MINAYO, 1992, p. 76).

Assim, a metodologia aplicada buscou identificar o significado do processo de trabalho para os ACS, tendo em conta a noção da palavra '*compreender*' opondo-se à palavra '*explicar*'. Explicar remete à análise causal feita de fora, enquanto

compreender implica uma empatia, uma capacidade de ver as ‘*coisas*’ desde dentro (LAPASSADE, 2005).

Para que a pesquisa transcorresse nos moldes propostos, foram consideradas como premissa, algumas exigências referenciadas:

Romper com as concepções positivistas da racionalidade, da objetividade e da verdade; empregar as categorias interpretativas dos docentes e de outros participantes do processo educativo; procurar os meios de distinguir as ideias e as interpretações que são sistematicamente deformadas pela ideologia das que não o são; mostrar como a distorção de suas próprias ideias pode ser superada; esforçar-se por identificar o que, na ordem social existente, bloqueia a mudança racional e seja capaz de propor interpretações teóricas das situações que permita os participantes do processo superarem tais bloqueios; fundamentar-se no reconhecimento explícito de que ela é prática, e a questão de sua verdade será resolvida pela prática. (LAPASSADE, 2005, p. 107).

A orientação prática da pesquisa se deu na construção de dois grupos focais, considerando os saberes, as ações e reações dos agentes comunitários de saúde no contexto de sua vida pessoal e profissional (territórios urbano e rural), assim como para o desenvolvimento da coleta de dados, tendo a perspectiva de compreendê-las nas dimensões das *epistemologias do sul* propostas por Boaventura de Sousa Santos.

De acordo com Pimenta (2014):

[...] grupo focal é uma técnica de pesquisa qualitativa e tem por objetivo abordar a realidade social considerando o ponto de vista dos sujeitos da investigação, podendo ser feito por meio das experiências pessoais relatadas em entrevistas, da observação de práticas de interação social ou da análise de documentos como textos, filmagens, filmes ou música. (PIMENTA, 2014, p. 127).

### 3.2 Amostra estudada e seleção dos sujeitos da pesquisa

O grupo focal dessa pesquisa concentrou-se na categoria de profissionais agentes comunitários de saúde, que, nos descritores em ciências da saúde foram definidos como pessoas treinadas para auxiliar os profissionais de saúde no contato com a comunidade para a avaliação das necessidades de serviços de saúde, o que não traduz a relevância dos serviços prestados à comunidade por esses profissionais.

O agente comunitário de saúde desempenha importante papel por transitar por ambos os espaços – governo e comunidade – e intermediar essa interlocução.

Constitui a equipe da Estratégia Saúde da Família e permite a criação de vínculos mais facilmente, propiciando o contato direto com a equipe e a comunidade.

Considerando a importância do papel do ACS e todos os desafios impostos para o exercício profissional com ética e dignidade na saúde pública, justifica-se eleger essa categoria de trabalhadores para a realização do presente estudo. Espera-se, portanto, contribuir coletivamente com a compreensão das relações entre saúde e trabalho nas atividades de serviço e possibilitar a autorreflexão das questões inerentes ao processo de trabalho do ACS, entre eles, seus saberes, possibilitando, assim, construir uma vigilância em saúde do trabalhador ampliada, que considere outros saberes, além do normativo, em conjunto com a comunidade em que está inserido.

Os resultados da pesquisa ocorrem mesmo durante as discussões do grupo focal, quando o pesquisador ao estabelecer o diálogo e a reflexão já aponta alguns cenários e questões para o processo de trabalho dos mesmos. Todas as informações serão analisadas enquanto resultados da pesquisa e serão devolvidas aos participantes em reunião pré-agendada. O material também poderá ser utilizado na elaboração de artigos científicos como forma de divulgação.

### 3.3 Local da pesquisa

O local escolhido para o estudo foi o município de Caucaia (CE), por duas questões: proximidade com a capital, o que facilita o deslocamento e a organização, e pela área de abrangência, rural e urbana, territórios geográficos e culturalmente diferentes, possibilitando o enriquecimento da análise dos pontos investigados, com base nas formulações de Boaventura Santos: *sociologia das ausências* e *ecologia de saberes*.

Caucaia é um município brasileiro do estado do Ceará que integra a região metropolitana de Fortaleza com 1.227,9 km<sup>2</sup>, equivalente a 0,83% da superfície estadual, com um contingente populacional de 325.441 habitantes e densidade demográfica de 264,91 hab./km<sup>2</sup> segundo o último censo demográfico (IBGE, 2010).

Caucaia, como grande parte das cidades brasileiras, apresenta carências nas áreas de saneamento básico, educação, saúde, transporte e moradia. A desigualdade social caracteriza este município, marcado pela má distribuição de renda. Enquanto, no litoral se concentram condomínios e casas de veraneio de alto padrão,

em bairros carentes dominam os aglomerados subnormais, frutos de ocupações irregulares, onde se aglutina uma população vulnerável (COSTA; DANTAS, 2009).

Em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 5 no IDEB. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4. Na comparação com cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava esta cidade na posição 160 de 184. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 160 de 184. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 96,3 em 2010. Isso posicionava o município na posição 155 de 184 dentre as cidades do estado e na posição 4.359 de 5.570 dentre as cidades do Brasil.

No tocante ao setor saúde, a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 10,25 para 1.000 nascidos vivos. Internação devido à diarreia é de 1,6 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, Caucaia fica nas posições 125 de 184 e 59 de 184, respectivamente (IBGE, 2010).

A Esperança de Vida ao Nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 2,7 anos na última década, passando de 70,8 anos, em 2000, para 73,5 anos, em 2010. Em 1991, era de 62,9 anos, de acordo com dados do IBGE (2010).

De acordo com a coordenação da Regional de Saúde II, composição da rede de saúde do município de Caucaia dispõe 534 ACS, 80 equipes da ESF e 50 equipes de saúde bucal. Os indicadores de profissionais por habitantes identificam 251 médicos (taxa de 0,7 por 1.000), 72 dentistas (taxa de 0,2 por 1.000) e 164 enfermeiros (taxa 0,5 por 1.000). Dispõe de 2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 2 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), 8 policlínicas, 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e 3 hospitais.

Caucaia possui 56,2% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 51,6% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 5% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 9 de 184, 180 de 184 e 75 de 184, respectivamente (IBGE, 2010).

O município se configura como um dos principais polos turísticos do Ceará, tendo o segundo maior fluxo turístico do estado com cerca de 300 mil turistas

por ano, principalmente devido à influência polarizadora da metrópole Fortaleza e a praia do Cumbuco.

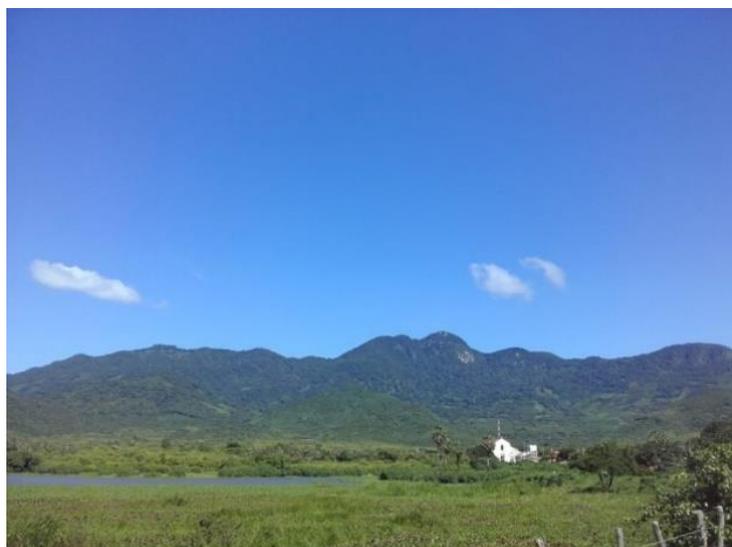
**Foto 1:** Praia do Cumbuco – Caucaia – CE.



Fonte: Internet.

Tucunduba foi o distrito escolhido para a pesquisa rural, por ser o distrito mais antigo de Caucaia, fundado em 1863, e possuir baixa urbanização, predominantemente rural, voltado para atividade agropecuária com pequenas criações de gados e agricultura de subsistência. A pequena população de 3.013 habitantes busca a maioria dos serviços na sede Caucaia, como lazer; saúde; transporte; vestuário; trabalho e gêneros alimentícios.

**Foto 2:** Serra da Rajada – Tucunduba – Caucaia – CE, 2018.



Fonte: Internet.

### 3.4 Procedimentos que antecederam a realização dos grupos focais

Para a realização dos grupos focais com os ACS, foram necessárias algumas pactuações entre a pesquisadora, a Secretaria de Saúde do Município de Caucaia e as coordenadoras das unidades de Estratégia Saúde da Família onde ocorreram os encontros. A carta de anuência para a realização da pesquisa foi obtida após apresentação do projeto ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Secretaria de Saúde de Caucaia (Anexo A).

### 3.5 Atividades de planejamento, coordenação e coleta de dados

Visando desenvolver um encontro participativo e dinâmico e considerando a metodologia utilizada que demandava organização dos espaços, articulação das discussões em grupo, registros das falas e de imagens, além da reflexão sobre a atividade desenvolvida, a equipe que participou do grupo focal era formada pela pesquisadora Jane Mary de Miranda Lima, uma das orientadoras desta pesquisa a Dr<sup>a</sup> Fátima Sueli Neto Ribeiro, e a enfermeira Vânia Maria Araújo Loureiro.

**Foto 3:** Pesquisadora, orientadora e enfermeira. Tucunduba - CE, 2019



Fonte: Foto de nossa autoria. Pesquisadora Jane Mary de Miranda Lima (à direita), sua orientadora Dr.<sup>a</sup> Fátima Sueli Neto Ribeiro (no meio) e enfermeira Vânia Maria Araújo Loureiro (à esquerda). Em Tucunduba (CE), por ocasião da pesquisa de campo, 2019.

Foram realizadas reuniões de planejamento com as facilitadoras, a fim de consensuar as perguntas disparadoras das discussões, a cronologia das atividades, as dinâmicas de acolhimento e encerramento e a metodologia para os trabalhos em grupo.

A organização e a sistematização da pesquisa para a realização dos grupos focais foram feitas de forma cuidadosa em todos os aspectos operacionais. Seguiam as orientações que consideram esses passos como alicerce para o desenvolvimento das atividades de campo, conforme a literatura sobre o assunto. Assim, a pesquisadora escolheu os ACS como sujeitos da pesquisa, por serem o elo da atenção primária à saúde com a comunidade; uma das orientadoras do estudo como moderadora; uma enfermeira, mestranda da mesma turma, como apoio para registros fotográficos e organização do espaço; o município de Caucaia como local de estudo, por estar próximo à capital e ter em sua abrangência as zonas rural e urbana bem definidas; além da construção dos temas para discussão, que foram feitos em consonância com as orientadoras.

Participaram do estudo sete ACS da zona rural e dois da zona urbana, não ultrapassando o recomendado pela literatura (ASCHIDAMINI; SAUPE, 2004). Foi realizado um único encontro com cada grupo, tempo suficiente para alcançar os objetivos do estudo.

O encontro com o grupo focal da zona urbana ocorreu na UBS Nilda Matos Brito de Miranda, localizada na rodovia CE-020, distrito de Tucunduba; o segundo grupo se deu na UBS Ana Clara Castro de Miranda, localizado na rua Porcina Leite, nº 61, ambos no município de Caucaia.

**Foto 4:** UBS Nilda Matos Brito de Miranda. Tucunduba – CE, 2019.



Fonte: Foto de nossa autoria.

**Foto 5:** UBS Ana Clara Castro de Miranda. Caucaia – CE, 2019.



Fonte: Foto de nossa autoria. Pesquisadora Jane Mary de Miranda Lima (à esquerda) e enfermeira Vânia Maria Araújo Loureiro (à direita) por ocasião da pesquisa. Recepção da UBS.

Os dois encontros foram realizados nas próprias unidades de saúde, visto que não houve outro local disponível para sua realização. Contudo, foi possível proporcionar um ambiente agradável, carinhoso e descontraído em ambas as unidades. A disposição dos assentos foi em círculo e foram feitos registros fotográficos, áudios e vídeos, com a devida autorização dos participantes através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B).

O tempo do encontro no grupo da zona rural foi de oito horas, respeitando o intervalo para o almoço, que foi oferecido pela pesquisadora e por sua segunda orientadora e o tempo na zona urbana foi de cinco horas. O encontro da zona rural foi realizado no dia 16 de janeiro de 2019 e o da zona urbana no dia 24 de janeiro de 2019.

Esse período foi marcado de forma atípica por uma onda de violência que ocorria no estado do Ceará, e muito acirradamente no município de Caucaia. As

unidades de saúde urbanas desse município, por determinação do prefeito, só estavam funcionando no período da manhã e no dia agendado para o encontro (24 de janeiro de 2019), ocorreu forte chuva e ocorreram atos de violência na noite anterior, com incêndio em uma escola creche, no mesmo bairro da unidade de saúde pesquisada. Esses fatos contribuíram para um ajuste do tempo e número de participantes da pesquisa, o que não invalidou a riqueza do encontro.

O grupo focal foi dividido em dois, com metade dos participantes em cada um e o processo foi conduzido em quatro momentos distintos, visando aprofundar a identificação das abordagens propostas por Boaventura Santos, nos depoimentos e demais formas de comunicação dos participantes. O objetivo central era identificar a possibilidade de inclusão dos diversos saberes no processo de trabalho dos ACS.

No primeiro momento, os participantes foram convidados a sentar em círculo, e foi realizada a dinâmica de apresentação: 'Fale até queimar'. Nesta dinâmica, um participante recebe uma caixa de fósforos e é convidado a riscar um palito, enquanto o palito permanece aceso deve falar de si apresentando-se (não pode ficar sem falar enquanto o palito estiver aceso e não pode falar mais quando o palito apagar). Quando o palito apagar passa a caixa de fósforos ao próximo participante, recomeçando, até que todos, inclusive os facilitadores, tenham se apresentado. Essa dinâmica teve como objetivo integrar, desinibir, divertir, apresentar e promover o conhecimento entre as pessoas.

Os debates que se seguiram visavam a ampliar o olhar de vigilância em saúde no território, considerando a *ecologia de saberes*, a partir da discussão e registros dos aspectos que facilitam e ou dificultam o processo de trabalho dos ACS; da discussão e registro dos saberes técnicos dos ACS advindos do SUS e sua aplicabilidade na comunidade; da identificação dos saberes tradicionais de saúde utilizados pela comunidade e ou dos próprios agentes comunitários de saúde, bem como da compreensão da existência da dicotomia entre os saberes regulatórios e emancipatórios da saúde.

Para facilitar o entendimento, foram sintetizados no quadro a seguir, os momentos realizados nos dois grupos focais.

**Quadro 1:** Momentos do Grupo Focal.

<b>MOMENTO I</b> – (Discussão em dois grupos)	
<b>Grupo A</b> – Discutir e registrar os aspectos que facilitam e ou dificultam o Processo de Trabalho do ACS.	<b>Grupo B</b> – Discutir e registrar os saberes técnicos dos ACS, advindos do SUS e sua aplicabilidade na comunidade.
<b>MOMENTO II</b> (Discussão coletiva) Apresentação dos produtos do Grupo A e Grupo B, com acréscimo de novas contribuições.	
<b>MOMENTO III</b> (Construção do quadro de memórias) Identificação dos saberes tradicionais de saúde utilizados pela comunidade, através de gravuras, construindo o quadro de memórias do território.	
<b>MOMENTO IV</b> (Discussão coletiva e validação do quadro de memórias) Discussão, com base no quadro de memórias do território, sobre os processos regulatórios e emancipatórios da saúde, a fim de entender a necessidade de inclusão dos diversos saberes e práticas nas ações de vigilância em saúde.	

Fonte: Elaborado por nós.

A formatação da discussão foi guiada por sete perguntas que favoreceram a discussão, servindo de roteiro para o moderador, facilitando a condução do trabalho grupal ao encontro dos objetivos da pesquisa. Todavia, a inclusão de novos temas se configurou como relevante para a pesquisa e foi considerada.

As perguntas foram divididas por grupos e repassadas ao grupo com um vocabulário melhor compreensível para os sujeitos da pesquisa.

- **Grupo A:**
  - Quais aspectos influenciam seu trabalho?
  - Com quais atores sociais do território vocês se articulam e com qual finalidade?
  - Você identifica no seu trabalho algum fator que possa lhe causar adoecimento?

- **Grupo B:**

- O que você aprendeu com o SUS que considera ação de promoção da saúde e prevenção de doenças?
- O que você aprendeu com o SUS que considera ação de vigilância em saúde?
- Você fez algum curso ou treinamento que abordou a temática de saúde do trabalhador?
- Com base nos seus aprendizados, o que você transfere para a comunidade?

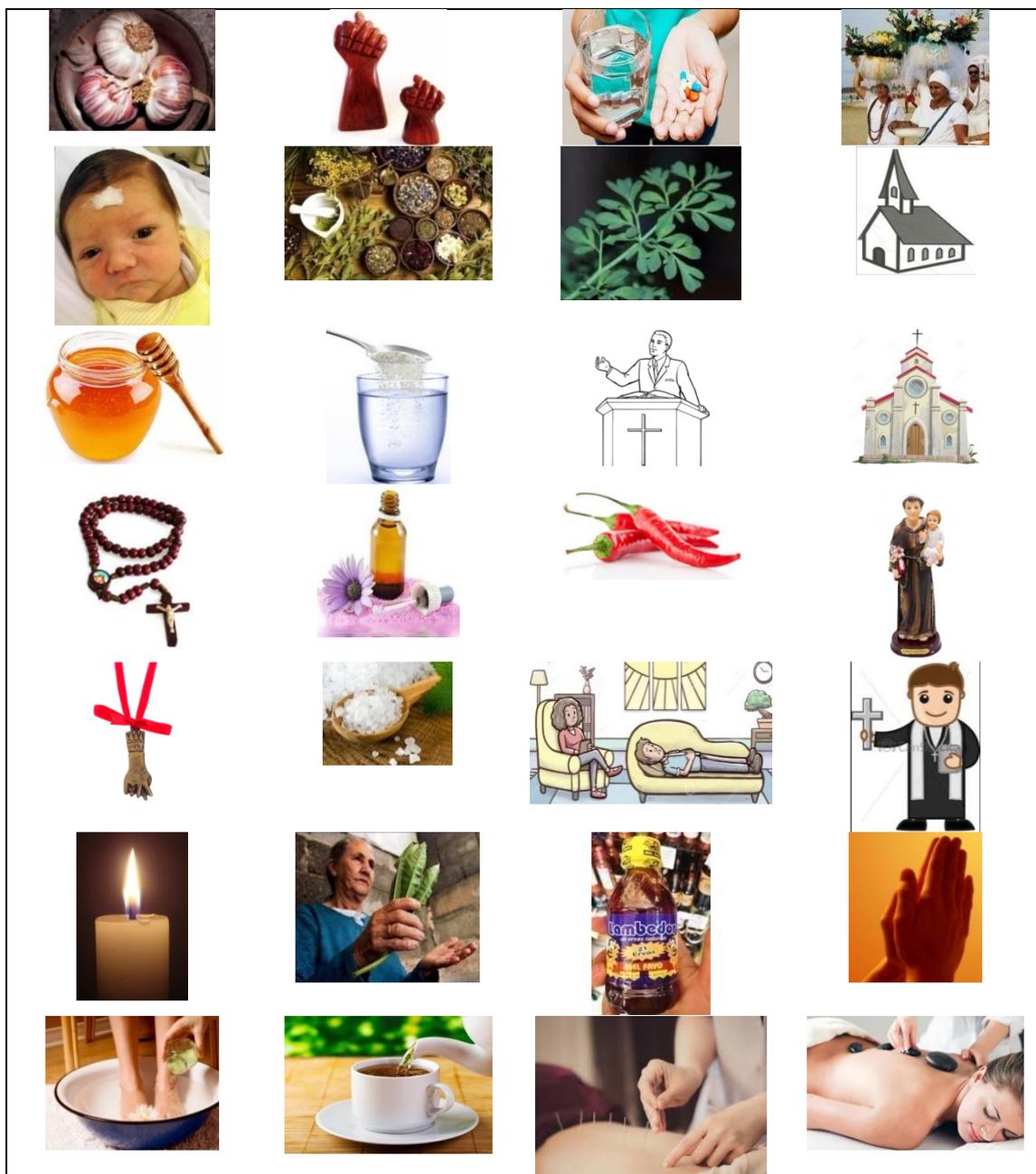
Didaticamente esses grupos foram formados para trabalhar os seguintes eixos temáticos: processo de trabalho dos ACS, a vigilância em saúde do trabalhador e a *ecologia de saberes*. As respostas se deram por escritas em tarjetas. Esse foi o Momento I da pesquisa.

O Momento II do encontro se deu pela apresentação de cada grupo, onde o grupo ouvinte, mas também participativo, pode acrescentar novas ideias consubstanciadas na vivência pessoal e profissional. Para o registro desse momento, foi utilizado o recurso de áudio e fotos.

Para o Momento III da pesquisa de campo foi realizada a construção coletiva de um quadro de memórias sobre os diversos saberes utilizados pela comunidade da área de atuação dos agentes comunitários pesquisados, com similitude ao tema da saúde.

Para a construção do quadro de memórias foram disponibilizadas gravuras que retratavam métodos alternativos de curas, tratamentos e simbolismos ancestrais (quadro 2). As gravuras utilizadas tentaram representar as alternativas de processos de tratamento e cura, validados ou não pela epistemologia da medicina moderna, mas que de alguma forma se configuram como tentativas locais de cuidados em saúde. Foram elas: chá; escalda pés; oração; lambedor ou garrafada; rezadeira ou benzedeira; vela; padre; sessão de terapia; fita vermelha; imagem de santos; pimenta vermelha; sal grosso; terço; florais; açúcar e água; pastor; figa; igreja católica; igreja evangélica; folha de arruda; mel; plantas medicinais; algodão molhado na testa da criança; religião de matriz africana; alho; automedicação e outras mais lembradas pelos ACS pelo seu próprio histórico de vida familiar e ou pessoal e ou de trabalho. O quadro 2 traz um demonstrativo das gravuras utilizadas.

**Quadro 2:** Métodos alternativos de cura e tratamento populares e simbolismos ancestrais.



Fonte: Elaborado por nós. Demonstrativo de gravuras representando possibilidades de métodos alternativos de cura e tratamentos populares e simbolismos ancestrais, para construção do painel de memórias do momento III do grupo focal.

Por fim, no Momento IV ocorreu uma discussão coletiva sobre as alternativas que os ACS consideravam credíveis para os processos de tratamento e cura, suscitando falas referentes à credibilidade e aceitabilidade dessas práticas de saber popular identificadas pelos ACS no seu território de atuação.

As dimensões trabalhadas levaram em conta as *epistemologias do sul*, entendidas como uma abertura criativa para novas formas de organização e

conhecimento social, a partir de um diagnóstico crítico do presente, baseado nos princípios de respeito aos saberes e a dignidade humana e na possibilidade de uma discussão democrática, contemplando as da *sociologia das ausências* e a *ecologia de saberes*.

Além destas categorias, foram pontuados também os conceitos de modernidade regulatória, que consiste num projeto de regulação econômica, política e cultural-civilizatória dentro dos particularismos do capitalismo; e projeto emancipatório, entendido como a recuperação das experiências de vida histórica e práticas cognitivas que foram adiadas ou silenciadas dos agentes sociais (SANTOS, 2010).

Na dimensão da *ecologia de saberes* foi operacionalizado o grupo focal, mobilizando os saberes para uma missão mais ampla, para que o ACS, representante do saber biomédico mais próximo da comunidade, compreenda e valorize também os conhecimentos dessa comunidade, levando a uma heterogenia de saberes em prol da justiça social e cognitiva.

O grupo focal foi iniciado e finalizado com uma dinâmica utilizando galhos da árvore juá ou juazeiro, planta típica do semiárido nordestino. Esta árvore é simbólica do sertão nordestino, pois mesmo no período de seca intensa se mantém verde com uma acolhedora sombra. Seus frutos, do tamanho de uma cereja são comestíveis e utilizados para fazer geleia, além de possuírem uma casca rica em saponina (usada para fazer sabão e produtos de limpeza para os dentes) e são também utilizados na alimentação do gado na época da estiagem. Portanto, uma árvore generosa, que simbolizou a gratidão ao grupo de profissionais agentes comunitários de saúde por participarem da realização dessa pesquisa, externou a satisfação dos pesquisadores na dinâmica de encerramento e também propiciou que os participantes informassem os pontos relevantes do encontro devolvendo parte do galho de maneira participativa e calorosa.

**Foto 6:** Árvore Juazeiro. Tucunduba - CE, 2019.



Fonte: Foto de nossa autoria.

**Foto 7:** Materiais utilizados nas dinâmicas de acolhimento e encerramento.  
Tucunduba, 2019



Fonte: Foto de nossa autoria.

### 3.6 Aspectos legais e éticos

O estudo atendeu aos preceitos éticos e legais de pesquisa de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sobre a realização de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (parecer nº 90114418.0.0000.5240).

A participação dos sujeitos da pesquisa foi voluntária e consentida através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 2). O participante

ficou livre para solicitar informações tanto sobre sua participação, quanto sobre a pesquisa e o mesmo teve o direito de interromper sua participação em qualquer momento da entrevista, se assim desejasse.

As entrevistas foram gravadas, filmadas e fotografadas com a expressa concordância dos participantes mediante a assinatura do TCLE e todo o material coletado ficou sob a responsabilidade da pesquisadora, acessíveis à mesma e às suas orientadoras e, após cinco anos, a gravação será deletada e a transcrição triturada.

Buscou-se garantir a confidencialidade e a privacidade pela não identificação de dados pessoais na divulgação dos resultados da pesquisa.

O benefício indireto relacionado com a colaboração na pesquisa foi a construção coletiva e a compreensão das relações entre saúde e trabalho nas atividades do ACS e o benefício direto é a possibilidade de autorreflexão sobre as questões inerentes ao processo de trabalho.

A pesquisa prevê a possibilidade de danos e riscos no estudo, em decorrência da dinâmica das políticas públicas, que pode acarretar mudanças não previstas no processo de trabalho. Essa possibilidade será amenizada através da estratégia metodológica aplicada – técnica participativa e democrática.

Os resultados da pesquisa serão devolvidos aos participantes em uma reunião pré-agendada e posteriormente divulgados em artigos científicos e na dissertação.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise e síntese das discussões se configuraram em resultado na medida em que foi realizada a interpretação dos painéis montados pelos agentes comunitários de saúde de ambas as unidades de Estratégia Saúde da Família, bem como pela transcrição dos áudios registrados no momento do grupo focal e anotações realizadas pelos membros da equipe, tentando contemplar também a subjetividade nas falas dos sujeitos.

No Momento I foram realizados dois grupos (A e B), cada um com um elenco de perguntas disparadoras (quadro 1). Na zona rural, o grupo A foi composto por quatro pessoas e o grupo B por três. Na zona urbana, trabalhamos os temas conjuntamente. Para o entendimento das falas por território, utilizamos ACS-R para os trabalhadores da UBS da zona rural e ACS-U para o território urbano.

Para o grupo A foi proposto trabalhar os aspectos que facilitam ou dificultam o processo de trabalho, os atores sociais do território em que eles se articulam e os fatores de adoecimento advindos do trabalho e os fatores de adoecimento.

O grupo B discutiu os saberes técnicos e sua aplicabilidade nas práticas cotidianas e a vigilância em saúde do trabalhador.

Após discussão, os integrantes foram reunidos no Momento II para a discussão coletiva das abordagens realizadas nos grupos. No Momento III, o quadro de memórias e no Momento IV a discussão sobre os saberes biomédicos e tradicionais.

Os resultados serão apresentados nesta ordem, buscando interagir com os dados produzidos nas diferentes etapas.

### 4.1 Aspectos relacionados ao processo de trabalho dos ACS

A abordagem do processo de trabalho pelos integrantes do grupo A, tanto para os ACS lotados na área urbana como para os da área rural, mostrou-se rica em experiências, positivas e negativas. A visita domiciliar foi a atividade mais comentada. Alguns ACS enfatizaram a desvalorização da VD pela comunidade que a considera ‘passeio’, subestimando esse processo, que para muitos é apresentado como o grande diferencial do atendimento. *‘Muitas vezes, quando estou a caminho de alguma casa*

*que visito, encontro pessoas que me conhecem. Aí elas fazem comentários, tipo: tá trabalhando não é? Elas pensam que a gente tá enrolando, passeando... (ACS-R MV).*<sup>1</sup>

**Foto 8:** Momento I. Grupo focal de Tucunduba – CE, 2019



Fonte: foto de nossa autoria.

No sentido oposto foram destacados pontos positivos, como partilhar do carinho da família visitada, de lanches e conversas para além do escopo da saúde. *‘Eu adoro algumas famílias que visito... São muito boas, conversamos... Eu merendo com eles, eles pedem conselhos, coisas que muitas vezes não falam com seus parentes’ (ACS-U A).*

Assim, a VD transita entre ser uma atividade prazerosa, onde se procedem as orientações de ações de promoção, verificação do estado de saúde da família e onde se fortalecem os vínculos afetivos. Por outro lado também trazem dificuldades, como não serem bem recebidos por não atender às expectativas da comunidade no tocante à marcação de exames, consultas, enfim, a inclusão do usuário no fluxo da assistência em saúde num prazo aceitável. Conforme relato abaixo:

*‘Algumas pessoas da comunidade não entendem, querem que a gente dê um jeito, encaixe consultas, arranje remédios. Não tem como resolver... Elas ficam chateadas, com raiva mesmo. Pensam que nós temos esse poder de resolver tudo na unidade de saúde... Eu explico, me chateio, mas não tem jeito’ (ACS-R R).*

<sup>1</sup> Nas citações das falas dos participantes, as siglas ACS-R e ACS-U significam respectivamente: agente comunitário de saúde da zona rural e agente comunitário de saúde da zona urbana, seguidos da primeira inicial do nome.

Em decorrência destes fatos algumas famílias recusam a VD e os ACS são considerados como profissionais não resolutivos. Ao analisarem esta questão, fica claro que as dificuldades referidas pela comunidade são reais e justas, mas situam-se muito além da capacidade de influência e gestão do ACS.

Os ACS da pesquisa tentam resolver as questões relacionadas à distribuição de medicamentos e marcação de consulta com especialistas. Outras situações mais complexas, que demandam alterar a estrutura de organização do SUS, tais como medicamento indisponível ou adiantar a consulta no Sistema de Regulação do SUS – o SISREG, são de resolução impossível. Desta impossibilidade resulta a resistência em aceitar, por vezes, a VD ou as orientações, e por fim, a considerá-los não resolutivos. Conforme registro abaixo:

*‘Já fui à casa que eu sabia que tinha gente lá, mas eles não abriram a porta. Batia na porta, me identificava... Diziam que tava sem tempo pra conversa... Ia embora, não posso obrigar a me receber. Tem gente que é mal educado mesmo. Não entende, não quer informação, sei lá’. (ACS-U F).*

O agendamento de consulta para as famílias na unidade básica de saúde foi outra dificuldade citada no dia a dia do ACS. Percebeu-se certo saudosismo quando relatam que, anteriormente, os próprios ACS eram os encarregados da marcação de consultas médicas na UBSF, pois eles conhecem a condição de saúde da população da sua área de abrangência e, com base neste conhecimento, era possível definir as prioridades. Atualmente, este agendamento é feito na unidade básica de saúde, com intervalo oscilando de quatro a seis meses, para os usuários que tem doenças crônicas (como diabetes mellitus, hipertensão arterial, hanseníase, lúpus, etc.) ou para acompanhamento de pré-natal ou puericultura. No entanto, caso o usuário adoça e precise antecipar a consulta ou mesmo aquelas pessoas que não tem agendamento contínuo, faz-se necessário seu comparecimento à unidade de saúde apenas para agendar a consulta. Caso seja atendimento em caráter de urgência, ele deverá comparecer a alguma Unidade de Pronto Atendimento – UPA.

Essa forma de agendamento, no entender dos ACS, trouxe um prejuízo para a população e também a perda da figura de ‘facilitador’ que eles, anteriormente, possuíam entre a comunidade e a unidade de saúde, fragilizando o vínculo já estabelecido. *‘Hoje o agendamento da unidade de saúde não funciona por necessidade da comunidade e sim por meta estipulada para cada família’ (ACS-R R).*

O serviço de referência para as policlínicas, quando há necessidade de um atendimento com profissionais especializados foi outra situação que ganhou destaque. Segundo eles, há uma grande demanda e uma desconexão com a rede de assistência gerando insatisfação por parte da comunidade.

*‘É muito difícil quando as pessoas querem uma consulta na policlínica, ou com dermatologista, oftalmologista, o que for... Primeiro eles tem que vir na unidade de saúde, porque só a palavra da gente não basta mais. Quando consegue um encaminhamento tem que esperar o dia que vai ter vaga pro médico lá da policlínica, pense como demora, alguns desistem, outros só vão porque quando finalmente chega o dia, eu tenho um caderno que anoto tudo das famílias que atendo, aí eu lembro para eles, quando falta uns 2 ou 3 dias e às vezes nem precisa mais. É muito demorado!’ (ACS-R R).*

Essa insatisfação muitas vezes é transferida para o ACS, que geralmente se sente incapaz de dar uma resolutividade a esta problemática. De acordo com esses profissionais, essa situação é recorrente e causa um sentimento de frustração, ocorrendo situações onde a família fecha a porta da casa para o atendimento, e, segundo eles *‘é engolir o choro e prosseguir’* (ACS-R F).

Foram relatadas dificuldades relativas à falta de medicamentos na unidade de saúde, falta de material para trabalhar (balança, termômetro, luva, etc.), falta de fardamento, etc., o que torna o processo de trabalho incompleto e gera insatisfação por parte dos usuários e de toda equipe de saúde.

Para alguns ACS, que não moram na comunidade onde desenvolvem suas atividades, contrariando o que preconiza o MS, a distância percorrida para realizar a VD torna-se um problema e, principalmente na zona rural, onde a acessibilidade às casas das famílias é difícil, pois a estrada é de piçarra, e quando chove se transforma em lama. Além disso, a área de cobertura é muito ampla, apesar do menor número de famílias cadastradas. A distância de uma casa para outra na zona rural é muito grande e às vezes, só é possível visitar duas ou, no máximo, três famílias, pois são muitos os quilômetros a percorrer.

*‘Na minha área eu atendo três comunidades: Feijões, Currais Novos e Matões. E tudo é longe uma da outra, uma é na serra, impossível eu visitar todos, priorizo os que sei que estão mais doentes, tipo os idosos. Quando chove, é um Deus nos acuda. A estrada fica uma lama só. Eu faço as visitas com minha bicicleta, até a bicicleta atola, minha roupa fica suja de lama. É uma área difícil’ (ACS-R J).*

Alguns participantes relatam que apesar das orientações, a comunidade não as segue, gerando um grau de insatisfação muito grande.

*‘Algumas famílias não têm o cuidado com o lixo, deixam exposto a céu aberto, outros até queimam, não tem local correto para descartar o lixo. Aqui [Tucunduba] o caminhão de lixo passa uma vez por semana, todo sábado. Mas eles jogam o lixo na rua de qualquer jeito, aí junta moscas, baratas, ratos, trazendo doença pra eles mesmos, principalmente nas crianças. Falo inclusive da dengue, que aqui tem muito. Mas, não tenho muito sucesso com minhas orientações, é muito difícil mudar maus hábitos’ (ACS-R J).*

A demanda por procedimentos próprios do profissional técnico de enfermagem mostrou-se um problema uma vez que os ACS não são habilitados para isso. Contudo, há uma grande demanda por procedimentos, tais como aplicação de injeção, realização de curativos, verificação de pressão arterial, e etc. Isso gera muitos conflitos entre eles, a comunidade e os profissionais da saúde, principalmente com os da área da enfermagem.

*‘A comunidade espera que a gente resolva coisas tipo fazer curativo, aplicar injeção, etc. Até os médicos falam que a gente deveria fazer isso, pois as pessoas vão pro posto só fazer um curativo. A gente não teve essa capacitação, começamos fazer um curso técnico, mas não concluímos. Nem sei se vai voltar. Isso é ruim, acho que até a gente poderia resolver isso, mas não podemos sair com material tipo gaze, esparadrapo, nada disso, não fomos treinados para isso ainda’ (ACS-R F).*

*‘Em reunião com a coordenação nós já falamos diversas vezes sobre isso, perguntando quando o curso vai voltar, porque há uma demanda vinda da comunidade, principalmente. Nosso papel seria atender não é? Mas, na secretaria não há diálogo que esclareça nada, nenhuma norma, nem aviso do ministério [da Saúde]’ (ACS-R R).*

Para superar a dificuldade de comunicação foi criado um grupo de *whatsapp* dos agentes comunitários (exclusivo entre eles) e outro grupo com a Secretaria de Saúde do Município de Caucaia, denominado ‘Saúde em Ação’, porém não é resolutivo para questões complexas que ocorrem durante as práticas. É uma estratégia que segundo eles, “*só serve como desabafo entre colegas*” (ACS-R F).

Outras situações referidas que impactam no processo de trabalho dizem respeito à própria condição socioeconômica da comunidade, as grandes áreas de vulnerabilidades, a deficiência no número de profissionais (tanto ACS como outros profissionais da saúde), a desvalorização profissional ocorrida ao longo do tempo, tanto pelo estado como pela comunidade.

*‘A gente passa por muita situação difícil, meu território é violento, e ultimamente anda muito pior. Tem de tudo, gente muito carente, usuário de drogas, bandido mesmo... E a gente é o x da questão para resolver os problemas. Muitas vezes me vejo incapaz... Não sei o que fazer, às vezes só escuto, não sei mesmo’ (ACS-U F).*

Por sua vez, consideram positivo o convívio com as pessoas, a possibilidade de ajudar o próximo, o vínculo de confiança com algumas famílias atendidas e levar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças à comunidade. *‘Mas acho bom ser agente de saúde; algumas pessoas gostam da gente, nos recebem bem, aceitam nossas orientações. É bom ajudar as pessoas’ (ACS-U A).*

A dualidade de sentimentos em relação ao processo de trabalho dos ACS mostrou-se bastante frequente na pesquisa.

**Foto 9:** Momento I. Produção do Painel - Grupo focal de Tucunduba – CE, 2019.



Fonte: Foto de nossa autoria.

Apresentados à pergunta condutora sobre instituições ou atores sociais com que eles mantêm interlocuções e parcerias, citaram as igrejas, associação de moradores e as escolas das áreas para divulgação das ações de saúde. Outras instituições citadas de apoio para questões profissionais são o conselho local de saúde e a associação de agentes comunitários de saúde. Eles têm demandas específicas pelo conselho tutelar, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) para o encaminhamento de famílias com risco social.

Com relação à Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) e assuntos relativos à vigilância, muito pouco foi relatado. Associaram a vigilância exclusivamente ao controle do ambiente, no caso específico para prevenção da dengue, chikungunya e zika.

*‘Sobre vigilância em saúde, o carro chefe daqui é o combate ao mosquito da dengue. Em época de surto é um mutirão, a gente vai nas casas a procura dos criadouros de mosquito, orienta a comunidade toda. É uma mobilização’ (ACS-R D).*

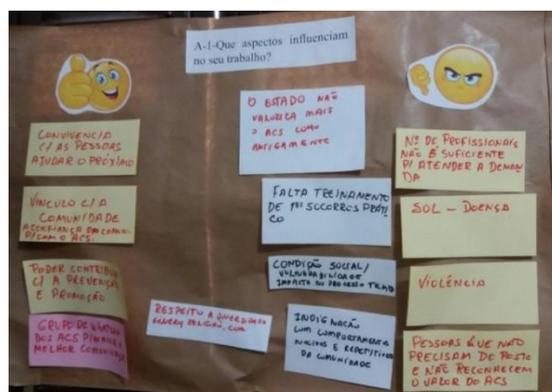
Porém, ressaltaram que o sol é um fator de adoecimento para o câncer de pele, e que, neste item consideram-se desprotegidos, pois há mais de quatro anos que não recebem o protetor solar.

*‘Antigamente a gente recebia a farda completa todo ano, com sapato e boné também. Recebia o protetor solar. Isso já faz quatro anos. Essa camiseta que visto, eu que mando fazer e compro meu próprio protetor e também o meu boné. A gente não recebe mais nada, tá cada vez pior pro nosso lado’ (ACS-R D).*

Com muito debate entre eles, chegaram a um consenso de que a categoria está adoecida de problemas associados aos transtornos mentais, advindos do campo do trabalho, pois são vítimas de violência urbana e a da própria desvalorização profissional, que lhes afeta, além da falta de resolutividade para as questões de saúde. *‘Eu tenho uma amiga que é ACS também, só que de outra unidade, ela tá tomando remédio controlado. Andava desmotivada, coitada!’ (ACS-R R).*

*‘Nossa colega de trabalho, que está até afastada, foi vítima de assalto aqui em Caucaia, trabalhando. Levaram celular com bolsa e tudo, documentos. Aqui é comum, eu ando com meu celular no sutiã e o pouco dinheiro no bolso. Tem muita violência no mundo!’ (ACS-U F).*

**Foto 10:** Momento I. Produção do Painel Grupo focal de Caucaia – CE, 2019



Fonte: Foto de nossa autoria.

Quanto à rede de apoio, citaram que no NASF antigamente existia um médico do trabalho que fazia atendimento aos profissionais da saúde, mas com sua aposentadoria, não houve substituição. Sentem-se desprotegidos quanto à sua saúde, e associaram essa falta de proteção também ao fato de não receberem mais o protetor solar, o fardamento anualmente (incluindo o boné e os sapatos adequados) e não poder contar com um apoio específico quando ficam adoecidos.

*‘Até o ano passado tinha o Dr. Y, médico do NASF, quando a gente precisava de consulta era com ele. Mas ele se aposentou e não tem mais nenhum médico para atender a gente. Coisas simples a gente pergunta ao médico da unidade da gente mesmo. Mas tem coisas mais íntimas, que a gente não quer falar porque aqui todo mundo se conhece, fica chato, eu tenho vergonha de falar algumas coisas. Não temos não, nenhuma rede de apoio’ (ACS-R D).*

Esses foram os relatos do grupo A, que discutiu o processo de trabalho. Percebe-se que os riscos identificados dizem respeito aos fatores fora do controle dos ACS, como as dificuldades de pessoal e interrupções na linha de cuidados e na referência para média e alta complexidade. Riscos adicionais ligados a exposição à radiação como o sol, a violência externa e a falta de fardamento são apresentadas. Mas, a frustração se destaca na dificuldade da população aderir às recomendações como a destinação do lixo e cuidados com os focos de *aedes aegypti*. Estas questões ao mesmo tempo em que são apontadas como resistências da comunidade, expressam a própria frustração em desenvolver o trabalho e a falta de reconhecimento por parte da população. Assim, os problemas de organização e implementação do SUS são percebidos e introjetados como problemas dos ACS.

Destacamos as queixas relacionadas à saúde mental, em particular quando associada à falta de reconhecimento pela equipe, a demanda por práticas para as quais não foram capacitados e a situação contraditória de não identificarem um espaço de atendimento às próprias queixas de saúde.

No grupo B, o campo de discussão girou em torno dos saberes técnicos e a sua aplicabilidade na prática. As perguntas indagavam sobre as práticas de saúde aprendidas a partir do Sistema Único de Saúde para promover saúde e prevenir doenças. Foi discutida a forma como os saberes foram aprendidos e se foram produtivos nestes aprendizados, além da sua viabilidade de implantação. Estas questões se aplicavam tanto ao ACS quanto à comunidade.

Em relação aos aprendizados técnicos oriundos de treinamentos institucionais, citaram vários cursos e treinamentos focais, tais como treinamento sobre os programas do Ministério da Saúde, que compreendia temas como crescimento e desenvolvimento da criança; prevenção de diarreias; tabagismo; pré-natal; hipertensos; diabéticos; planejamento familiar; etc. Deram destaque aos procedimentos e às medidas a serem adotadas em cada caso; à valorização da atividade física; à importância do uso correto da medicação e ao comparecimento às consultas. *‘A gente faz muitos treinamentos, capacitações. Só vive chegando pela secretaria e aí nossa coordenadora avisa. Já fiz tanto curso, tenho um monte de certificado, até da UNICEF eu tenho’* (ACS-U A).

Por ocasião de surtos, como dengue, há uma intensificação de conhecimentos e ações, sobretudo na questão da vigilância ambiental e domiciliar, para evitar os criadouros.

**Foto 11:** Momento II. Discussão com o grupo B da UBS da zona rural. Tucunduba – CE, 2019



Fonte: Foto de nossa autoria.

Quanto à formação, foi destacado o curso Caminhos do Cuidado, o mais recente, com o objetivo de identificar e abordar os usuários de drogas e fazer o devido encaminhamento para os Centros de Apoio Psicossocial – CAPS ou convite para participar de grupos dos Alcoólicos Anônimos (AA). Relatam a ausência de aulas práticas resultando em aprendizagem superficial.

Referiram estarem empolgados por ocasião do início do curso técnico para os ACS, onde iriam aprender algumas técnicas importantes para as quais existem

demandas, tais como: realizar curativos limpos; verificar sinais vitais; checagem da glicemia capilar; aferição da temperatura axilar e outros procedimentos que os capacitariam a serem melhores profissionais. Porém ficaram decepcionados, pois o mesmo não foi concluído, e até hoje, não sabem se o referido curso irá retornar.

Os ACS ainda alimentam a expectativa e continuam insistindo junto à coordenação quanto ao curso técnico para os agentes comunitários de saúde, sendo unânime o desejo de participar de um processo educativo contínuo, sem interrupções, transpondo a barreira de simples capacitações pontuais e temáticas.

Nota-se, a partir dos relatos, que a prática desses profissionais tem contornos fragmentados e, muitas vezes, insuficientes para desenvolver as competências necessárias para o adequado desempenho do seu papel ou do papel requerido (por exemplo, de aconselhamento e alguns procedimentos mais ligados à área de enfermagem), pois sua atuação vai para além das práticas de orientação em saúde. Há um ensejo de incorporar habilidades técnicas que os habilitem na interação cotidiana com as famílias com maior resolutividade.

Eles conseguem transferir os conhecimentos aprendidos para a comunidade da sua área de abrangência, porém não são atendidos em sua plenitude.

*‘É um pouco difícil trabalhar com alguns pacientes da comunidade, são muito teimosos, a gente, por exemplo, tenho famílias que têm hipertensos, diabéticos... Os diabéticos são os mais teimosos, eu ensino sobre a importância de se alimentar na hora certa, tomar a insulina e comer, fazer exercício... Não comer doces. Mas não tem jeito. Quando vai para as consultas no posto, a glicemia tá lá em cima, não faz nada que a gente ensina. Outros fazem, mais ou menos’ (ACR-U A).*

E desejam conhecer outras informações, por exemplo, a abordagem com portadores de transtornos mentais, aconselhamento para famílias de risco social e outras situações de vulnerabilidade. Informaram que nunca foram capacitados por nenhuma instituição com esta finalidade e segundo eles muitas vezes fazem o papel de ‘psicólogos’ sem saber.

*‘Algumas pessoas das famílias que eu acompanho, precisam demais de ajuda de profissionais como os psicólogos, são pessoas carentes, sozinhas. Visito uma senhora, e essa eu vou muitas vezes, porque ela adora quando eu vou visitá-la. O problema dela é só companhia. Eu gosto muito dela, a família não liga muito’ (ACS-U F).*

**Foto 12:** Momento I. Produção do painel referente às perguntas do grupo B. UBS da zona urbana. Caucaia, 2019.



Fonte: Foto de nossa autoria.

Especificamente no campo da saúde do trabalhador, informaram que nunca participaram de nenhuma capacitação que tivesse essa temática de forma abrangente, ainda que exista um CEREST Fortaleza e o município de Caucaia faz parte da sua área de abrangência

Essas foram discussões mais empolgantes que compuseram os Momentos I e II da pesquisa. Houve um misto de emoções ao relatar o processo de trabalho, do significado que o trabalho assume nas suas vidas, identificado principalmente neste relato: *‘antigamente o município nos valorizava mais, hoje nem a comunidade nos dá valor’* (ACS-R R).

**Foto 13:** Momento II. Discussão coletiva dos painéis dos Grupos A e B. Tucunduba, 2019.



Fonte: Foto de nossa autoria.

**Foto 14:** Momento II. Discussão coletiva dos painéis. Caucaia, 2019.



Fonte: Foto de nossa autoria.

#### 4.2 Os saberes tradicionais

O momento III visava identificar os saberes tradicionais de saúde utilizados pela comunidade e captadas pelos ACS, construindo um quadro de memórias através de gravuras, apresentadas pela pesquisadora (quadro 2), além de outras práticas relatadas. Nesse caso, os ACS utilizaram o recurso da tarja para expor os saberes não representados.

O quadro de memórias confeccionado pelo grupo que tem atuação na zona rural foi bastante representativo dos saberes locais, incluindo os saberes próprios dos ACS (foto nº 15). Por sua vez, o quadro da zona urbana (foto nº 16) também foi bastante diversificado, não se contrapondo às práticas apontadas pelo grupo da zona rural.

**Foto 15:** Momento III. Quadro de memórias. Tucunduba – CE, 2019



Fonte: Foto de nossa autoria.

**Foto 16:** Momento III. Quadro de memórias. Caucaia – CE, 2019.



Fonte: Foto de nossa autoria.

Os quadros construídos evidenciaram uma diversidade das práticas de cuidado utilizadas nesse município. Para fins de organização, foram agrupados neste trabalho em práticas fitoterápicas, que incluem o uso de plantas medicinais; práticas

religiosas, que incluem crenças e religiosidade no cuidado com pacientes; tratamentos tópicos, que incluem uso de plantas sobre a pele ou em infusões, amuletos, simpatias, lambedor ou garrafada, escalda pés, entre outros e alimentação e comportamentos protetores, que incluem alimentação saudável, medidas capazes de prevenir ou evitar doenças.

Verificou-se que o contexto cultural da zona rural e a dificuldade econômica e de acesso aos serviços favoreceram a manutenção dessas práticas, e estas se baseiam em inúmeros saberes.

Neste aspecto deve-se considerar que a população rural se caracteriza por modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra. Trata-se de uma população que se identifica, e se apoia nos saberes tradicionais e na relação com a natureza. Portanto, a diversidade dos territórios rurais também se faz presente na multiplicidade das práticas populares de saúde, seja para combater o adoecimento, seja para fortalecer a saúde, por meio das plantas medicinais (através de chás, infusões, garrafadas ou lambedores), rezas, benzimentos, raizeiros, amuletos, entre outros. Talvez essa pluralidade tenha uma relação com as condições de vida e saúde dessa população campesina, posto que as pessoas que vivem em Tucunduba enfrentam frequentes situações de déficit de acesso e problemas de qualidade dos serviços de saúde, típicos do sertão cearense, capturados em fotografias por ocasião da realização da pesquisa de campo.

**Foto 17:** Rua principal de Tucunduba – CE, 2019.



Fonte: Foto de nossa autoria.

**Foto 18:** Estrada de acesso à Tucunduba – CE, 2019.



Fonte: Foto de nossa autoria.

As práticas de cuidado mais adotadas pela população, segundo os ACS de ambos os territórios consiste no tratamento fitoterápico, entre outros, no uso e preparo de remédios caseiros à base de ervas e raízes medicinais através de chás, infusões, lambedores ou garrafadas. É frequente o cultivo das plantas medicinais nos próprios quintais, configurando-se como um patrimônio tradicional da comunidade. Nesta linha fitoterápica, são indicados chá do olho (broto) da goiaba para diarreia, chá da cebola branca como expectorante, raiz de vassourinha para alergia, cabelo de milho ou quebra-pedra para problemas urinários, etc. Embora se trate de uma prática disseminada no território, o grupo informa que existem pessoas de referência para o preparo dos remédios caseiros, pessoas consideradas aptas para a realização do preparo e que *‘são de confiança’*.

*‘Aqui em Caucaia, na Nova Metrópole [bairro] tem a dona “X”, ela é conhecida. Já tá velhinha, mas sabe preparar um lambedor para tosse, é um expectorante muito bom. Muita gente faz uso, criança quando tá com tosse cheia, adulto fumante... ’ (ACS-U F).*

Quando referem o uso dessas práticas, asseguram que esses cuidados devem ser acompanhados da fé. *‘Também é importante ter fé no remédio que tá usando. Se você não tiver fé, nada vai funcionar. Eu sempre coloco a mão de Deus em tudo para dá certo, nos chás, remédios caseiros e até mesmo nos remédios da farmácia’ (ACS-U A).*

Assim, a fé também faz parte do benefício da prática curativa ou, pelo menos, como um elemento potencializador. Este relato foi observado em ambos os grupos, urbano e rural.

O uso de plantas medicinais com objetivo de profilaxia, tratamento ou cura é uma das mais antigas formas de prática terapêutica da humanidade (AKERELE, 1993). A descoberta das propriedades úteis ou nocivas dos vegetais ocorreu por meio do conhecimento empírico, ou seja, da observação feita pelos homens do comportamento dos animais, por exemplo. Além disso, existem relatos lendários em que se atribuem às plantas poderes divinos, pois seu uso fazia parte de rituais religiosos que colocavam os homens em contato direto com os deuses. Essas valiosas informações foram sendo, inicialmente, transmitidas oralmente às gerações seguintes, para, posteriormente, com o surgimento da escrita, passarem a ser compiladas e arquivadas (BRANDELLI, 2017).

Na antiguidade egípcia, grega e romana se acumularam conhecimentos tradicionais transmitidos, principalmente pelos árabes, aos herdeiros dessas civilizações. Os antigos papiros no Egito evidenciam que, a partir de 2000 a.C., um grande número de médicos utilizava as plantas como remédio e considerava a doença como resultado de causas naturais, e não como consequência dos poderes de espíritos maléficos (BRANDELLI, 2017).

É reconhecida a importância dos produtos naturais, incluindo aqueles derivados de plantas, no desenvolvimento de modernas drogas terapêuticas. As plantas medicinais são importantes para a pesquisa farmacológica e o desenvolvimento de drogas, não somente quando seus constituintes são usados diretamente como agentes terapêuticos, mas também como matérias-primas para a síntese, ou modelos para compostos farmacologicamente ativos (CALIXTO, 1997).

O estado do Ceará foi um dos primeiros do Brasil a sistematizar a utilização de plantas medicinais, medicamentos fitoterápicos e serviços relacionados à fitoterapia a partir do projeto '*Farmácias Vivas*' (MATOS, 1998) e a regulamentar esse uso no SUS, através da lei nº 12.951, de 07 de outubro de 1999 e do decreto nº 30.016 de 30 de dezembro de 2009.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, publicada por meio de Portaria GM nº 971, de 03 de maio de 2006 – Anexo XXV da Portaria de Consolidação do MS (BRASIL, 2017) propõe a inclusão das

plantas medicinais e fitoterapia, como opções terapêuticas no sistema público de saúde. Essa política traz dentre suas diretrizes para plantas medicinais e fitoterapia a elaboração da relação nacional de plantas medicinais e de fitoterápicos; e o provimento do acesso à plantas medicinais e fitoterápicos aos usuários do SUS.

Portanto, a fitoterapia configura-se numa terapêutica integrativa muito útil, pois proporciona eficácia e baixo custo operacional da utilização de plantas medicinais, inclusive nos programas de atenção primária à saúde, podendo suprir a falta de medicamentos nos serviços de saúde. Este tipo de terapia torna-se ainda mais importante quando se considera a facilidade para adquirir as plantas medicinais, a compatibilidade cultural e o fato dessas plantas poderem ser usadas através de formulações caseiras, de fácil preparo, principalmente em regiões onde culturalmente é comum o uso de matéria-prima vegetal na preparação de remédios caseiros, para o tratamento de várias doenças (MATOS, 1998).

Apesar das iniciativas oficiais e da crescente busca por práticas integrativas medicamentosas, a utilização de fitoterápicos na atenção primária à saúde ainda é incipiente no Brasil, principalmente pela carência de maiores informações sobre o assunto e pela ausência de profissionais especializados e capacitados para esta prática (IBIAPINO et al, 2014).

Porém, o uso popular da fitoterapia é bastante expressivo no Brasil. O conhecimento tradicional, proveniente de um acúmulo de saberes, é transmitido e mantido principalmente pela oralidade, por pessoas, muitas delas analfabetas, mas tão perspicazes como o são alguns cientistas (MESSIAS et al, 2015).

Em outros momentos, foi relatada a importância de ritos religiosos, para fins desta dissertação agrupados em práticas religiosas e que consistem em rezas; devoção a santos; orações; acender velas; etc., considerados como importantes para o benefício da cura e também como forma de agradecimento '*pela graça alcançada*'.

Uma figura que mereceu destaque em ambos os grupos foram as rezadeiras, que exercem seu poder de cura por meios simbólicos, geralmente com galhos de plantas, agindo sobre enfermidades de pouca descrição no modelo biomédico, como o quebranto e o mau-olhado.

Nascimento e Ayala (2013) relatam que as rezadeiras apresentam um apanhado histórico e religioso constituído como prática social que apresenta domínios específicos e ensinamentos, além de uma importante função nas comunidades, pois,

por meio delas, muitos problemas são solucionados. Tal afirmação se confirmou nos relatos: *'[...] Tem dia que a gente tá muito caída, muito caída, aí a gente vai na rezadeira e levanta as forças da gente'* (ACS-R F).

*'Me sentia bem, me sentia bem porque eu sabia que estava buscando um bem para minha filha e se eu fosse procurar ela [rezadeira] era porque eu acreditava. Me sentia confortável e deu certo até hoje'* (ACS-R D).

**Foto 19:** Rezadeira



Fonte: Internet.

Observa-se que embora o cuidado por meio das práticas das rezadeiras venha diminuindo com o passar do tempo, ainda é muito presente no cotidiano cultural do município de Caucaia, em ambos os territórios: urbano e rural.

Junges et al (2011) salientam que, enquanto os médicos partem do paradigma biológico a partir da doença física, as rezadeiras transitam no paradigma holístico e as doenças são perturbações que afetam não só o corpo, mas estão relacionadas às questões espirituais, psicológicas e sociais, as quais afetam o indivíduo como um todo. O ofício das rezadeiras, na compreensão de Souza e Martino (2004), sempre foi julgado por profissionais da saúde que acreditam unicamente no modelo biomédico, como um ato supersticioso, sem comprovação científica e sem eficácia. Na medicina convencional, fatores sobrenaturais e ou espirituais têm pouca ou nenhuma importância.

A rezadeira atua como uma figura de respeito e pertencente à tradição brasileira. Normalmente residem na comunidade e não cobram pelo trabalho de rezar. O ofício das rezadeiras é voltado para solucionar problemas especialmente no campo das ‘energias’, envolvendo os problemas ‘espirituais’ como ‘ventre quebrado’, ‘mau-olhado’, ‘quebranto’, e este ofício é percebido como um dom, no qual Deus é o responsável por curar, e elas são instrumentos intermediários para que a cura se revele, conforme a fala de um dos ACS:

*‘O papel da rezadeira é levar o bem-estar. Porque assim... Muitas pessoas vêm falar com a rezadeira, mas não conhece bem o efeito das rezas. Eu mesmo já levei minha filha; não entendo, mas ela foi curada pela fé... Porque a rezadeira vai rezar uma coisa que ela recebeu o dom de Deus, então, se você acredita tem muita chance de ficar bom ou pelo menos melhorar, né?’ (ACS-R R).*

As rezadeiras possuem importância especial na comunidade, principalmente vinculada às questões da religiosidade, mas também cultural e estreitamente ligadas à cura. Percebe-se, nesta e nas demais práticas, a valorização do cuidado para além dos critérios da biomedicina, que envolve prioritariamente o bem-estar físico e emocional. Por serem consideradas portadoras de um dom divino, as rezadeiras não cobram por seus serviços, mesmo porque em geral os usuários desses serviços são pessoas de baixa renda.

Em Tucunduba, comunidade rural de Caucaia, a rezadeira tem uma formação católica, e segundo os ACS desse território, a rezadeira local segue princípios de humildade, solidariedade, justiça e contato diário com o divino.

Outro conjunto de práticas tradicionais reveladas pelos ACS diz respeito ao tratamento tópico e consiste em aplicações cutâneas, como a ‘dor desviada’ (localizado no flanco esquerdo da superfície abdominal do corpo, geralmente vinculada ao acúmulo de gases) que comumente acontece após esforço de corrida. O tratamento popular consiste em colocar um galho de folhas verdes sobre a área da dor e mantê-la nesse local até a dor passar.

Para o tratamento de soluço relatam a aplicação de algodão molhado na testa da criança; beber três goles de água e jogar o resto da água do copo para trás do corpo; dar um susto na pessoa que está acometida por soluço e tomar um copo de água com açúcar e prender a respiração.

Na gama de informações sobre as práticas populares, foram referidas as práticas para tirar o mau-olhado ou a inveja que consiste no uso de folha de arruda na orelha, alho roxo e sal grosso distribuído pela casa.

O uso de amuletos é corriqueiro para *'tirar o mau olhado'*, como a figa ou a fita vermelha, principalmente nos recém-nascidos.

*'Aqui em Tucunduba é muito comum os recém-nascidos usar uma fitinha vermelha no pulso para tirar o mau olhado, evitar o quebranto. Quando elas nascem, praticamente no outro dia já estão com a fitinha e figa pendurada. Antigamente a figa era de chifre de boi, mas agora tem que ser de marca, de preferência Rommannel' [marca de uma bijuteria] (ACS-R R).*

A associação do uso de amuletos de proteção tem sido reportada em alguns textos sobre o período da escravidão. O sincretismo é a marca da cultura no Brasil, forjado por contribuições das mais diversas etnias e presente em várias manifestações. A contribuição da cultura africana também se faz presente em nossas práticas de saúde, mas tal presença não está ainda bem identificada e carece de estudos mais detalhado. Observa-se, porém, na literatura relativa ao período da escravidão, que os escravos construíam redes de solidariedades, possuíam sistemas de valores próprios e capacidade de preservar e transmitir sua herança cultural. As práticas de saúde eram ofertadas pelos curandeiros, feiticeiros ou rezadores. A concepção de que a origem das doenças tinha uma natureza sobre-humana explica melhor tal atitude e justifica também o uso de amuletos para se proteger não apenas de doenças, mas de toda sorte de infortúnios (PORTO, 2006).

Outro grupo de recomendações diz respeito aos alimentos e comportamentos protetores. Restrições alimentares para evitar doenças ou agravamento de doenças, como por exemplo: comer manga com febre; comer banana à noite; comer manga misturada com leite; açaí e ovo. Comportamentos protetores como passar por baixo de um pé de limão estando menstruada; rabo de raposa preso na porta para espantar cobras; terço no punho da rede para criança não morrer pagã; canja para mulher no período puerperal; caldo de cana para produção de leite materno, etc.

Cada uma destas práticas poderia ser objeto de explicações históricas e antropológicas, mas este aprofundamento foge do escopo desta dissertação.

São muitos os saberes que os ACS relataram terem aprendido via comunidade e por seus próprios ancestrais. Alguns eles ainda consideram válidos

depois da formação sob a lógica biomédica. Outros saberes continuam a ser utilizados sem questionar a validade porque comprovam a eficácia simplesmente através do uso, e existem outros saberes e práticas que faziam antes de se tornarem ACS e hoje, após a formação na área da saúde, não o fazem. *‘É tiro e queda, quando sentir essa dor desviada, e você não tiver nada pra tomar, pode pegar um galho verde de uma planta e colocar em cima do local, para um pouquinho e logo, logo a dor passa’* (ACSR- D).

Muitos ACS referem que já fizeram uso desta prática e notaram efeitos positivos. Atualmente quando são acometidos dessa dor fazem uso da medicação alopática, mormente simplesmente tomam *‘buscopan’*.

Outras práticas para muitas situações continuam a fazer por costume, porque aprenderam na infância ou por questões que nem sabem explicar, talvez por hábito cultural mesmo. *‘Eu não costumo tomar café com leite quente e sair no sereno. Desde pequena aprendi assim e até hoje sigo. Também faço a mesma coisa com minhas filhas’* (ACS-U A). *‘Se eu tiver com alguma inflamação ou alguém lá de casa, não como comida reimosa, tipo carne de porco, camarão, curimatã, ata, arraia...’* (ACS-U F).

São práticas que utilizam e observam melhora nos sintomas ou que previne agravos. Normalmente os usuários não se aprofundam na pesquisa sobre sua validade, e nem mesmo existe o despertar da curiosidade para aprofundar essa discussão.

Observamos que estas práticas ancestrais não ocorrem isoladamente nem são excludentes da prática biomédica. No cotidiano, associam os cuidados ofertados pelos serviços públicos de saúde com as várias práticas conhecidas, e neste aspecto, vão ao encontro da proposta da *ecologia de saberes*, que considera que todos os saberes são válidos e incompletos.

Quando questionados se recomendam essas práticas às famílias por eles atendidas, a grande maioria refere que depende da religião da pessoa, e principalmente da fé. Relatam que conhecem as pessoas que acreditam e as que não acreditam, então a recomendação vai depender do perfil do solicitante. *‘Quem pergunta, geralmente acredita’* (ACS-R D).

Eles excluem orientações para os evangélicos e para os adeptos de religiões de matriz africana. Falaram que os primeiros não acreditam e que os religiosos de matrizes africanas têm seus próprios meios de cura, demonstrando medo

e preconceito nessa fala. *'Eu trabalho numa comunidade quilombola, lá eles têm os cultos deles, as mandigas, eu nem pergunto e nem me meto'* (ACS-R J).

Chamou a atenção a invisibilidade de uma comunidade quilombola existente no território de Tucunduba e que não é considerada em suas raízes culturais para o ACS responsável.

Também são unânimes em afirmar que mesmo que indiquem uma rezadeira ou um chá, ou quaisquer alternativas de tratamento, sempre reforçam que primeiramente ou conjuntamente que o usuário deve procurar a unidade de saúde, pois *'se acontecer algo pior vão culpar a gente'* (ACS-U A).

Observamos certa divergência no tocante aos saberes populares, entre o usar e o recomendar, entre o acolher ou ignorar. Houve relatos de utilização desses saberes como mecanismo de aceitação para outras terapias, numa forma de conquistar a confiança do usuário, respeitando suas crenças.

*'Eu, assim, até usava chás, lambedor para tosse, e outras coisas, mas, depois que entrei na saúde, como agente comunitária, a gente passa por muitos treinamentos e aprende muito mais. Hoje eu não uso mais, pois já estudei muitas coisas, e sei o que é melhor e mais certo [...] A gente adquire outros conhecimentos das coisas'* (ACS-R R).

Observamos que o modelo de cuidado proposto pelos ACS é centrado fortemente nas práticas biomédicas, para quais os determinantes psicossociais e culturais interessam pouco para o diagnóstico, mesmo que considerem a subjetividade e as representações sociais da cultura popular no processo saúde-doença. A terapêutica é cercada de um forte poder normativo e o ACS é um profissional da saúde que leva informações ou conhecimentos à comunidade, num pressuposto de que as pessoas não possuem conhecimentos ou que possuem conhecimentos distorcidos, inadequados ou perigosos à sua saúde.

Nesta dissertação, observou-se que este é o papel esperado do agente comunitário, que reproduza a postura educativa prescritiva e normativa após sua incorporação às equipes de ESF.

Lefèvre e Lefèvre (2011) em seus estudos, discutem a influência das representações sociais hegemônicas sobre a doença e o doente, no trabalho dos educadores em saúde. Expõem os processos de *'hiperespecialização'* e *'cientificidade'*, que o campo da saúde tem sustentado e que muitas vezes geram conflitos entre profissionais e usuários, pelos domínios do *'corpo'*. Assim, sustentam a

existência de um permanente confronto entre a lógica biomédica e a leiga no que diz respeito às questões de saúde e doença. Uma das formas de minimizar essa tensão, segundo esses autores, seria por intermédio da prática da pedagogia dialógica proposta por Paulo Freire, com a finalidade de resgatar os sentidos e lógicas internas da população sobre esse campo, para permitir que o conhecimento leigo amplie o profissional.

Na proposta de Paulo Freire há uma semelhança com a *ecologia de saberes* de Boaventura Santos, considerando as modalidades de pensamento e de ações criadoras de conhecimento, sentido e significado como formas legítimas e conhecer e lidar com o mundo. O isolamento dos conhecimentos ancestrais remete ao pensamento de Santos (2010) sobre a linha abissal e a *sociologia das ausências*, e ajuda a compreender formas de exclusão que desconsideram saberes, tradições, culturas, práticas de saúde. A negação é essencial à constituição da ciência biomédica; é condição para afirmar a sua universalidade e validade única.

Porém, a *ecologia de saberes* de Boaventura Santos é mais crítica ao modelo dominante e mais ampla, por estar associada a uma compreensão ampliada do mundo, da vida, das pessoas, da sociedade e, nela, da educação.

No momento de discussão sobre as práticas alternativas de saúde e a Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares no SUS (PNPICS), ficou claro o desconhecimento dos ACS sobre o tema. O campo dessas práticas contempla sistemas de saúde e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa. Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com a oferta de serviços e produtos de homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia entre outros; estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde/doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2015).

De acordo com Habimorad (2015), para a ampliação dessas práticas no SUS, há a necessidade da estruturação das PICS nos serviços; acesso e a aceitação de PICS por usuários do SUS; melhor conhecimento de profissionais e gestores em relação à efetividade da PNPIC e registro dos procedimentos dessas práticas no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

Além da PNPIC, em 2012 foi instituída a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS) no âmbito do SUS, que traz em seu bojo o entendimento de que a educação popular é um processo de construção do conhecimento que deve ser realizado através da produção histórica e cultural e resultante da participação e do protagonismo dos sujeitos nela envolvidos (BRASIL, 2012). A própria construção coletiva do conhecimento fortalece o seu caráter emancipatório.

Não podemos deixar de citar também a PNSTT, instituída pela portaria nº 1823 em 2012, que é um campo passível de abrigar diferentes aproximações de saberes e incluir uma variedade de práticas. Porém, de acordo com Minayo-Gomez e Lacaz (2005), o campo da saúde do trabalhador vem sofrendo enfraquecimento devido à pouca participação dos movimentos sociais e dos trabalhadores. Em síntese, apesar dos avanços significativos no campo conceitual que apontam um novo enfoque e novas práticas para lidar com a relação trabalho-saúde, consubstanciados sob a denominação de saúde do trabalhador, depara-se, no cotidiano, com a hegemonia da medicina do trabalho e da saúde ocupacional. Tal fato coloca em questão a já identificada distância entre a produção do conhecimento e sua aplicação, sobretudo num campo potencialmente ameaçador, onde a busca de soluções quase sempre se confronta com interesses econômicos arraigados e imediatistas, que não contemplam os investimentos indispensáveis à garantia da dignidade e da vida no trabalho (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Tais políticas apresentam-se como opções de sistemas de saúde com abordagens mais integrativas, emancipatórias e solidárias, porém nos equipamentos de saúde do SUS observa-se pouca expressão na implantação e efetivação dessas práticas instituídas legalmente, predominando o cuidado biomédico.

A ausência dessas políticas de saúde no município estudado exemplifica a questão da linha abissal entre os conhecimentos definidos por Boaventura Santos. Para um grupo populacional residente em áreas pobres e com dificuldades de acesso aos

serviços de saúde, recomendam modelos biomédicos hegemônicos do saber do norte. Nega-se o saber acumulado historicamente, comprometendo a possibilidade de articulação de saberes especializados e tradicionais e da democratização da produção e diálogo entre os conhecimentos, indo na contramão da *ecologia de saberes*.

Embora submetidos ao modelo biomédico de prevenção e tratamento, as orientações de saúde que os ACS recomendam não estão isentas de críticas. Foram apresentados questionamentos e relatos interessantes em que se percebia a vinculação do interesse financeiro do capital fortalecendo a indústria farmacêutica em detrimento do tratamento com outras práticas integrativas, bem representado na fala de um ACS: *'transformaram o chá em comprimido, porque dá lucro'* (ACS-R D).

*'A gente sabe que tem o interesse comercial de vender remédio... Pois muitos remédios vêm das plantas. Mas o que conta aí é o lucro... Os remédios vendidos na farmácia são bem mais caros que um chá, e todo dia se inventa mais remédios para a uma mesma doença'* (ACS-R F).

**Foto 20:** ACS da UBS de Tucunduba - CE, 2019.



Fonte: Foto de nossa autoria.

**Foto 21:** ACS da UBS de Caucaia - CE, 2019.



Fonte: foto de nossa autoria.

#### 4.3 Síntese analítica

Na análise dos grupos focais percebe-se que a visita domiciliar é vista pelos ACS como sua principal ferramenta de trabalho e uma importante estratégia de trabalho na ESF. Segundo Takahashi e Oliveira (2001), constitui uma atividade utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos ou o planejamento de ações visando à promoção de saúde da coletividade. A sua execução ocorre no local de moradia dos usuários dos serviços de saúde e obedece a uma sistematização prévia. Ela possibilita ao profissional conhecer o contexto de vida do usuário e a constatação *'in loco'* das reais condições de habitação, bem como a identificação das relações familiares. Além disso, facilita o planejamento da assistência por permitir o reconhecimento dos recursos de que a família dispõe. Pode, ainda, contribuir para a melhoria do vínculo entre o profissional e o usuário.

A importância do vínculo estabelecido com as famílias, proporcionando uma relação de confiança mútua é também referida em várias pesquisas, entre elas as pesquisas de Santos, K. T. et al. (2011) e Oliveira et al. (2012) que citam que no processo de trabalho dos ACS há o estabelecimento de vínculos e criação de laços afetivos entre esses profissionais e a população por eles atendida. Nascimento et al.

(2017) constataram que é através da visita domiciliar, entendida como o principal instrumento de trabalho dos ACS, que estes profissionais estabelecem e fortalecem as relações com as famílias, facilitando a identificação de problemas intrínsecos àquele contexto comunitário, que muitas vezes outros profissionais da equipe desconhecem. Por meio das visitas, verificam quais indivíduos estão expostos a maiores riscos de adoecer ou morrer e que precisam de mais atenção e cuidados.

Ao mesmo tempo em que a VD proporciona a construção de vínculos, há aspectos nessa atividade que são desafiadores para esses profissionais, tornando-a ambígua em relação aos sentimentos que gera, conforme a narrativa dos ACS.

Os desafios relatados foram associados às questões logísticas e ambientais. Nascimento et al. (2017) destacaram os empecilhos para encontrar as pessoas em casa: o mau tempo; distância entre os domicílios; animais soltos; precarização de estradas; domicílios fechados e, em algumas localidades ainda, o convívio com o tráfico de drogas e os riscos das doenças infectocontagiosas; relatos apresentados também pelos ACS nos grupos focais.

Por sua vez, a participação tão íntima no cotidiano de uma família poderia propiciar uma perspectiva bastante ampliada das concepções de vida e adoecimento e não apenas a identificação das condições pré-estabelecidas para a vida e o adoecimento. A diferença básica reside, justamente, no paradigma adotado pelo olhar do ACS. Se o paradigma predominante é o biomédico, a identificação de condições de higiene, cobertura, etc. serão hegemônicas. Se o paradigma predominante está ligado à *ecologia de saberes*, a perspectiva será a de entender as opções familiares por alimentação industrializada ao invés da natural; medicação industrializada em detrimento ao saber ancestral; os possíveis conflitos decorrentes de comportamento orientado pelo consumo estimulado pela mídia. Enfim, as opções sociais e culturais ligadas aos princípios monoculturais da soberania do norte global, em particular dos Estados Unidos da América.

Evidentemente que ambas as concepções são importantes para a promoção da saúde, mas o que se observa nos relatos e nas metas do sistema de saúde é a hegemonia do modelo biomédico e de instrumentos sociais como a mídia.

A partir dos resultados, podemos concluir que trabalhar e morar no mesmo território é uma condição contraditória, pois ao mesmo tempo em que fazer parte do contexto social facilita a identificação de problemas socioculturais e ambientais, gera

desconfortos para as atividades do ACS, em particular com a própria dificuldade do SUS em viabilizar a atenção integral numa linha de cuidado efetiva, como já discutido anteriormente. Ao mesmo tempo, possibilita a construção de vínculo e o exercício das funções postas para esse ator no interior da equipe de saúde da família. É vista por Pinafo et al. (2012) como uma estratégia educativa que possibilita o repasse de informações, no qual o ACS transfere/informa as capacitações institucionais, reforçando sua atitude de controle e imposição de um saber que julga ser o certo. Neste caso a pesquisa identifica claramente que apenas os saberes biomédicos regulatórios são adotados.

A formação dos ACS pareceu ser decisiva para a compreensão do próprio trabalho. O conteúdo e a estratégia são basicamente definidos por algumas políticas do Ministério da Saúde e excluídas outras – as que contemplam o saber popular.

Ao mesmo tempo em que os ACS ficam confortáveis com modelos de prevenção e promoção da saúde de caráter nacional, referindo certo pertencimento a um grupo ou uma categoria social, algumas medidas não se aplicam à própria realidade. Modelos de comportamento extraídos de outra cultura são padronizados e a proposta é de que sejam aplicados a qualquer realidade. Inevitavelmente o insucesso de implementação das medidas redundará na frustração do ACS. As ações de orientação são exemplos, posto que aparecem com muita frequência nos discursos dos ACS. Como uma normativa do Ministério da Saúde, elas devem ser realizadas diariamente, no contato com a comunidade adscrita às UBS. Elas são definidas pelo MS como:

[...] a ação de examinar cuidadosamente os diferentes aspectos de um problema com as pessoas, para encontrar com elas as melhores soluções. Assim, após o diagnóstico, você precisa orientar a pessoa e ou familiares em relação às recomendações feitas pela unidade de saúde (por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem), procurando refletir com a pessoa sobre todas as dificuldades que ela enfrenta ou vai enfrentar durante o período em que se encontra em tratamento. (BRASIL, 2000, p. 12).

Entretanto, percebe-se que as atividades desenvolvidas pelos ACS tornam-se muito menos reflexivas e muito mais impositivas, visto que o tipo de orientação é mais prescritivo do que reflexivo, como uma intervenção no modo de vida da comunidade. Segundo Stotz et al. (2007), nesse tipo de atividade o ACS exerce a função de mero reprodutor de normas técnicas. Esses autores afirmam que a educação em saúde, trabalhada sob esse ponto de vista, é considerada *‘algo puro, quase mágico,*

*de redimir as pessoas e acabar com a ignorância*'. Nessa concepção, os agentes comunitários de saúde imaginam que, automaticamente, após as pessoas receberem suas orientações, passarão a agir corretamente, numa forma quase automática, dentro do modelo proposto para ESF.

Corroborando essa linha de raciocínio, Bornstein e Stotz (2008) afirmam que, apesar do ACS ser um agente de mediação entre diversos saberes, normalmente ele atua em caráter impositivo e verticalizado, na medida em que sua atividade prioriza as orientações para a comunidade, procurando convencer a população da superioridade do saber técnico. De acordo com os pressupostos de Santos (2010), esse tipo de orientação repassada à comunidade é característico do conhecimento-regulação. Nota-se que com este modelo de atuação, a forma de controle de comportamento e a imposição do saber biomédico são preponderantes nas ações dos ACS. Ao mesmo tempo em que essa categoria se coloca como pertencentes à elite científica que domina o saber técnico sobre vida e adoecimento da população.

Neste aspecto, a *ecologia de saberes* se apresenta como alternativa viável, para que o reconhecimento dos saberes e as expectativas dos ACS e da comunidade sejam respeitados em sua dignidade, quebrando a monocultura do saber e do poder, possibilitando a emergência de alternativas. Portanto, na formação profissional do ACS repensar alternativas é fundamental e estratégico para a promoção da saúde, para além de visões restritas atreladas a uma concepção de um estado regulador.

A questão da marcação de consultas mostrou-se um importante determinante de caráter negativo para os sujeitos estudados, corroborando o encontrado por Cunha e Vieira-da-Silva (2010), em um estudo avaliativo sobre a acessibilidade aos serviços de saúde em um município baiano. Esses autores identificaram que a dificuldade para marcação de consultas e os longos tempos de espera para o atendimento foram uns dos aspectos que mais contribuíram para a baixa pontuação das unidades de ESF avaliadas.

O acesso universal aos serviços de saúde, além de ser uma garantia constitucional, é uma bandeira de luta dos movimentos sociais e se constituiu em um dos direitos fundamentais de cidadania. O acesso não equivale à simples utilização do serviço de saúde, mas também à oportunidade de dispor dos serviços em circunstâncias que permitam o uso apropriado dos mesmos, no tempo adequado, para o alcance dos melhores resultados de saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

O SUS ampliou o acesso à atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família e vem se expandindo sensivelmente. Em 2007, a ESF atingiu mais de 90% dos municípios brasileiros e cobria cerca de 87 milhões de habitantes (46%), com 27 mil equipes instaladas (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Porém, a ideia da ESF como porta de entrada para as demandas do serviço de saúde, apresenta-se, segundo Merhy e Queiroz (1993) e Cecílio (2006), inconsistente com um modelo que pretende realizar a integralidade das ações individuais e coletivas em sua plenitude. Compartilham dessa opinião Friedrich e Peirantoni (2008), para quem o modo como se organiza o processo produtivo das equipes de ESF apresenta sérias contradições entre o propósito dessa estratégia e a demanda dos usuários. Para esses autores, a ESF desenvolve-se predominantemente de forma parcelada, fragmentada e isolada, comprometendo o principal sentido da porta de entrada, que é o acesso integral ao sistema de saúde, situação esta bastante referenciada pelos ACS da pesquisa.

A análise do acesso aos serviços de saúde pela população é realizada por muitos estudiosos das políticas de saúde. Elias et al. (2006), comparando a ESF e as UBS na cidade de São Paulo, identificaram que a acessibilidade foi considerada a pior dimensão da atenção básica dos dois modelos. A acessibilidade pode ser um eixo de análise interessante para se operacionalizarem processos avaliativos porque favorece a apreensão da relação existente entre as necessidades e aspirações da população em termos de ação de saúde, e a oferta de recursos para satisfazê-la (FEKETE, 1996).

Deste modo, o conceito de acesso atrela-se ao princípio da integralidade com que Mattos (2001) e Cecílio (2006) trabalham no campo da saúde. A integralidade consiste em abolir os reducionismos na atenção, e exprime-se na concretização do direito universal ao atendimento às necessidades de saúde. Isto é, o direito do indivíduo ao acesso (sem impedimentos de qualquer natureza) a todas as tecnologias que o sistema oferece para o atendimento de suas necessidades (MATTOS, 2001).

A experiência de acesso dos indivíduos aos serviços de saúde diz respeito à capacidade do sistema corresponder às suas expectativas e necessidades, e em garantir um direito humano e social – o direito de ter saúde – que, no âmbito das políticas públicas, deve refletir o respeito às múltiplas singularidades que compõem a população dos diversos territórios. É nesta perspectiva que Bobbio (2004) entende os

direitos sociais, em face dos quais, segundo ele, os indivíduos são iguais só genericamente, mas não especificamente.

Portanto, o conceito de acesso aos serviços de saúde implica considerar a relação que se estabelece entre os usuários e o sistema de saúde, num contexto de necessidades complexas e de respostas, na grande maioria das vezes, limitadas. É certo que a expansão da cobertura da atenção básica proporcionada pela ESF é relevante. No entanto, a resolutividade quanto à oferta de serviços parece não satisfazer as necessidades dos usuários, acarretando frustração aos profissionais da linha de frente – os ACS, a comunidade por eles atendida e assim, limitando os objetivos da ESF.

A ESF, como estratégia de viabilização do acesso de pessoas com complexas necessidades às ações e serviços especializados, revelou-se, na pesquisa, uma porta de entrada estreita e frustrante.

Os ACS também enfatizaram problemas no fluxo de atendimento, aos fatores relacionados à referência, como a marcação de consultas. Cunha e Vieira (2010), em seu estudo em um município da Bahia, evidenciaram que o sistema de referência e contra referência foi um determinante que mais mostrou deficiência. Moimaz et al. (2010), em um estudo conduzido com usuários em cinco municípios de São Paulo, mostraram que a deficiência no sistema de referência e contra referência dificulta o atendimento da população, diminuindo sua satisfação em relação aos serviços prestados.

Parece que o sistema de referência e contra referência do SUS se configura como um importante obstáculo para a efetiva consolidação de seus princípios. Santos e Andrade (2012) apontam que ainda há um vasto espaço entre as necessidades de saúde da população e a rede pública de ações e serviços de saúde. Esses autores destacam que os processos organizativos do SUS tateiam entre a descentralização que fragmenta os serviços e a regionalização que deve uni-los em rede integrada e referenciada capaz de dar respostas objetivas aos problemas colocados pelos usuários.

Ao mesmo tempo em que estabelece procedimentos e atuação em níveis de complexidade tecnológica, o modelo de atenção na linha de cuidado não é viabilizada por deficiência na própria estrutura do SUS. Um bom exemplo identificado nesta pesquisa foi a agenda para o atendimento nas unidades de referência. Como citado, este gargalo do SUS na atenção secundária é descrito por diversos autores. Todavia, o

modelo não é questionado e o insucesso passa a ser responsabilidade da equipe de Saúde da Família, e diretamente chega ao ACS.

Estas dificuldades em implementar o modelo prescrito na vida real são discutidas por Santos (2018), através da descrição do estado da arte das *epistemologias do sul*, nos fazendo compreender os conceitos chave para sermos capazes de perceber a complexidade inerente à atual conjuntura mundial, fruto da tradição eurocêntrica, que é baseada no conhecimento científico rigoroso e único válido. Esse conhecimento exige uma separação total do sujeito e o objeto. Segundo o autor, a separação ocorre porque são objetivos do capitalismo, do colonialismo e do patriarcado, para a manutenção de uma dominação hierárquica. Não é possível organizar metodologias participativas sem a afirmação do outro, enquanto sujeito do conhecimento e validade de suas práticas.

Em síntese, as concepções presentes nas práticas de saúde contemporâneas partilham o modelo biomédico, do fazer fragmentado, alienando muitas vezes o sujeito do sentido de sua prática. Como forma de contrapor a racionalidade moderna, Boaventura Santos propõe as *epistemologias do sul*. Ao propor as *epistemologias do sul*, Santos (2010) afirma que a colonização epistêmica persiste e gera profundas contradições, com uma divisão radical entre saberes que atribui à ciência moderna o monopólio universal de distinção entre o verdadeiro e o falso. A persistência da dominação epistêmica de matriz colonial, para além do processo das independências políticas, exige uma revisão crítica de conceitos hegemonicamente definidos pela racionalidade moderna a partir de uma perspectiva e condição de subalternidade. Segundo ele, uma das batalhas políticas mais importantes do século XXI é travada, sem dúvida, em torno do conhecimento. O desafio à hegemonia cultural tem resultado numa abertura à diversidade de saberes, diferentes lógicas e formas de pensar, que exigem a possibilidade de diálogo e comunicação entre culturas, quer numa interação com a ciência moderna, quer para além desta, no sentido de recuperar saberes e práticas de grupos sociais que, por via do capitalismo e colonialismo, foram subalternizados, marginalizados e desacreditados.

Com isso, os processos de trabalho dos profissionais da saúde, e não apenas dos agentes comunitários de saúde, ficam fragmentados, com um crescente estreitamento especializado, de carácter impositivo, dando enfoque a competências

naturalizadas e tecnicizadas sobre doenças específicas, sobrepondo-se ao enfoque desejável da saúde geral das pessoas e comunidades (MOYSÉS, 2011).

Os vínculos históricos, sociais e culturais inevitáveis na subjetividade humana parecem ser mais alterados no modelo de cuidado da saúde na medida em que o processo de capacitação formal ocorre. A cada treinamento ofertado aos ACS, mais eles valorizam o saber biomédico hegemônico e passam a negar práticas que até a véspera do dia do treinamento utilizavam e observavam resultados. Após o contato com princípios e procedimentos que regulam toda a área da saúde, o papel de facilitador do diálogo com a comunidade vai sendo perdido e progressivamente se identifica com o grupo que define os cuidados, mas não com os que recebem os cuidados. O modelo de atenção à saúde, desenvolvido pela ESF e, em particular, pelos ACS, faz a adequação impositiva dos comportamentos dos usuários seguindo as orientações do bem viver ditadas pelo modelo biomédico.

A força do modelo biomédico hegemônico na saúde é muito grande. Paim (2005) reconhece que, a despeito da expansão e avanços, a ESF se mantém subalterna às políticas de saúde hegemônicas e segundo Alves (2005), esse modelo hegemônico de saúde, em sua essência divergente do princípio da integralidade, deveria configurar-se em outro modelo de práticas em saúde, mais dialógico, cuja lógica manteria coerência com a integralidade da atenção. O que vem ocorrendo parece ser a reprodução de práticas sanitárias dominantes, em que predomina uma tensão entre fragmentação e integração do processo de trabalho, havendo, assim, o risco de profissionais se isolarem em seus núcleos de competência. São reproduzidos vários planos de fragmentação, tanto na organização do trabalho e dos saberes quanto na interação entre sujeitos – entre os profissionais de diversas categorias e destes com os usuários, além da manutenção das relações de poder que ‘engessam’ o trabalho coletivo em saúde (MOYSÉS, 2011).

Em se tratando dos ACS, categoria que até pouco tempo nem existia na equipe de saúde, o seu papel também não é muito evidente e bastante conflituoso. Examinemos a posição singular e contraditória do trabalho do ACS na AB: por um lado, é membro da comunidade-alvo e, como tal, também usuário dos serviços públicos de saúde; portanto, conhece e enfrenta, como membro da classe trabalhadora, as mesmas dificuldades de acesso e resolutividade que perpassam o sistema público de saúde. Por outro, torna-se integrante, nem sempre legitimado, de uma equipe de saúde,

cujo processo de trabalho tende a reproduzir a divisão social do trabalho, caracterizando na visão de David (2011), um ator profissional que ainda não teve reconhecida a sua potencialidade, justamente por ser um profissional que nunca ‘é’, que está ‘*sempre sendo*’, a partir de sua relação com a realidade concreta.

Lamentavelmente, a nova PNAB de 2017 – anexo XXII da portaria MS de consolidação nº 2 (BRASIL, 2017) piora a situação ao recomendar a capacitação do ACS em procedimentos técnicos de enfermagem e cumprimento de metas pré-estabelecidas. Esta deturpação do modelo de atenção básica atende à ampliação de cuidados biomédicos em detrimento da orientação inicial do Ministério da Saúde sobre o trabalho do agente comunitário de saúde, cujas atribuições específicas eram:

Traduzir para a equipe de saúde a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites; identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser otimizados pelas equipes, além de promover a educação e a mobilização comunitária, visando a desenvolver ações coletivas (BRASIL, 2000, p. 64).

Num momento de intensificação da medicalização do corpo e da alma e do afastamento da individualidade e dos aspectos subjetivos e espirituais do adoecimento, afastar os ACS desta dimensão é estratégico.

Santos (2010) descreve este processo na categoria da *sociologia das ausências*, que torna as experiências sociais invisibilizadas pelo conhecimento hegemônico. A *sociologia das ausências* visa demonstrar que o que não existe é, na verdade, ativamente produzido como tal, isto é, como uma alternativa não credível ao que existe. Esse modo de produção, que muito bem se adapta ao modelo biomédico brasileiro, opera através da ciência moderna. A busca de novos campos da saúde coletiva deve ser acompanhada pelo desenvolvimento dos diversos saberes que se articulem e incorporem a dimensão do território, do relacionamento dos grupos sociais. Nessa linha de raciocínio, Santos (2018) propõe a *ecologia de saberes*, ressaltando a necessidade da integração de outros saberes com o saber biomédico.

Na pesquisa que subsidia essa dissertação, identifica-se uma série de saberes do cuidado em saúde, que incluem a aprendizagem familiar e com antepassados, às experiências de vida dos próprios ACS. Tal experimento nos mostra a perspectiva transformadora, integral, emancipatória e produtora de cidadania da *ecologia de saberes*, contrapondo-se à posição hegemônica atualmente imposta pelas políticas de saúde. Uma reflexão sobre a dissertação nos leva a uma proposta de

revalorização de culturas e saberes que foram, durante séculos, intencionalmente ignoradas pelo colonialismo, fruto de uma histórica dominação política e cultural, que submeteu à sua visão etnocêntrica o conhecimento do mundo, o sentido da vida e das práticas sociais (SANTOS, 2010).

Os saberes que dialogam, que mutuamente se interpelam, questionam e avaliam, não o fazem em separado como uma atividade intelectual isolada de outras atividades sociais. Fazem-no no contexto das práticas sociais constituídas ou a constituir, cuja dimensão epistemológica é uma entre outras, e é destas práticas que emergem as questões postas aos vários saberes em presença. Tais práticas são práticas de resistência, de luta e de propostas, tais como: defender os direitos à saúde e à educação [...] ante a manipulação ou o sequestro por interesses econômicos poderosos, etc. (SANTOS, 2018, p 47).

A dicotomia entre os saberes regulatórios e emancipatórios na saúde se expressa muito claramente na história dos ACS no Ceará. Enquanto sua criação se deu a partir de lideranças de mulheres sertanejas e da Pastoral da Criança, numa perspectiva de auxiliar o modelo de assistência à saúde incluindo o saber popular, pode-se identificar que o modelo iniciou com saberes emancipatórios. Posteriormente, a incorporação do saber popular foi validando parcialmente ou apenas incorporado de forma paralela na assistência, demonstrando o domínio do conhecimento regulatório que o modelo biomédico tem imposto ao conhecimento ancestral. Numa sociedade normatizadora, com tendências a desqualificar valores e práticas do saber não científico, o usuário, confiscado da possibilidade de se manifestar em sua singularidade, é tido pela ciência como um indivíduo numérico a mais, respondendo a uma categorização de diagnóstico e a uma uniformização de terapêutica. Passivo e distante de seus saberes e crença cultural, a pessoa é excluída de suas percepções e representações individuais sobre o seu processo de tratamento.

Para Briceño-León (1996), as crenças populares são de extrema importância porque a realidade identifica-se com aquilo que se crê e não necessariamente coincide com o que cientificamente é pensado como tal. O real é construído no contexto cultural do ser humano.

Para Abreu (2003), as práticas de saúde, fortemente ligadas à tecnologia e condicionadas pelo poder econômico, desviaram-se da sua referência fundamental que é a percepção do ser humano como um todo, cujas necessidades e respostas em

matéria de saúde não podem ser classificadas segundo padrões universais, mas percebidas no interior de um enquadramento cultural específico.

Nesta perspectiva, os trabalhadores de saúde podem atuar como dispositivos de resgate e valorização de saberes, constituindo uma nova ética, que reconheça os serviços de saúde como espaços públicos, onde o trabalho deve ser presidido por valores humanitários, de solidariedade e respeito aos diversos saberes. Essa mudança requer escuta e acolhida dos saberes tradicionais e populares por parte dos profissionais à população atendida, possibilitando trocas de conhecimentos com o objetivo de uma saúde integral, conforme Briceño-León (1996) os programas de saúde não podem ser impostos para a comunidade. Portanto, as representações dos saberes culturais a respeito da saúde da comunidade são importantes e valiosos para as práticas de cuidado.

Sob a lógica da saúde do trabalhador, essa verticalidade exemplifica a imposição do trabalho prescrito, que se refere à tarefa que é esperada no âmbito de um processo de trabalho específico, com suas singularidades locais. O *'trabalho prescrito'* é vinculado, de um lado, às regras e objetivos fixados pela organização do trabalho e, de outro, às condições dadas. Pode-se dizer, de forma sucinta, que indica aquilo que *'se deve fazer'* em determinado processo de trabalho (PEREIRA; LIMA, 2008). No processo de trabalho do ACS, a tarefa não incorpora a realidade sob o qual deve ser desenvolvida e pode ser adaptada a um trabalho real, sendo realizado de outra forma, ou aplicado na forma como foi definido e não lograr os resultados esperados.

Em relação ao tema da vigilância em saúde do trabalhador, tradicionalmente são incorporadas três dimensões do conhecimento: tecnológico, sociológico e biológico para o enfrentamento de qualquer agravo. Além desses, pressupõe o conhecimento do próprio trabalhador em todas as fases do planejamento, investigação e resolução do evento ou do agravo. As discussões desta pesquisa propiciam a reflexão sobre o processo de trabalho dos ACS e a necessidade de reflexionar os princípios e o conteúdo do trabalho prescrito para os ACS.

Segundo Amorim et al. (2017), a vigilância em saúde do trabalhador deve considerar o território como base operacional para o planejamento das ações e incorporar os problemas advindos das relações produção-trabalho, ambiente e saúde em uma ação integrada entre a atenção básica e a vigilância em saúde. Neste aspecto, não observamos essa integração nas UBS pesquisadas, evidenciando a fragmentação

da rede intersetorial e a exclusão do território como um recurso para produção e validação do conhecimento e a incorporação de uma prática de vigilância. Segundo Porto (2017), é preciso refletir sobre o papel da vigilância e da promoção da saúde para além da concepção impositiva de um estado regulador e como desafio o autor propõe a necessidade de superação de um pensamento calcado numa ciência positivista de especialistas que não dialogam com outros saberes (PORTO, 2017).

Enquanto o modelo do SUS se pauta em níveis de assistência por complexidade tecnológica, o designado modelo biomédico tem influenciado a formação profissional, a organização dos serviços e a produção de conhecimentos em saúde (FERTONANI et al, 2015). As práticas ancestrais estão excluídas de todo treinamento voltado para os ACS e a atenção básica, numa franca contradição com as políticas de práticas integrativas implementadas desde 2016 e de educação popular em saúde de 2012.

No livro *Crítica da Razão Indolente* (2007) Boaventura de Sousa Santos apresenta a origem e o trajeto do paradigma sociocultural da modernidade, caracterizando esta formação numa tensão entre energias emancipatórias e regulatórias, tensão que condicionará a origem da modernidade e, por consequência, as formas do saber moderno. Em sua linha de argumentação, Santos (2007) sustenta que a convergência histórica entre a dinâmica da modernidade e o desenvolvimento do capitalismo industrial fez da ciência o propulsor do sistema produtivo, rompendo com o equilíbrio entre emancipação e regulação em favor desta última. A ciência moderna se configurou, deste modo, como um conhecimento eminentemente regulatório.

O conhecimento regulatório define a validade do saber biomédico, tornando hegemônicas as formas de aprender e fazer saúde. Esta postura hegemônica tem como particularidade o fato de não se reconhecer como particular, mas de se apresentar como conhecimento de validade universal (SANTOS, 2010).

No entanto, o autor nos aponta uma possibilidade de abertura epistemológica – as *epistemologias do sul* – em favor de um conhecimento emancipatório, em busca da diversidade de experiências que suscitam a *ecologia de saberes*. Saberes que são partilhados por diversos grupos sociais e comunidades, que convergem na ideia de que suas aspirações e os seus interesses só podem ser exitosos em articulação com outros grupos sociais e, portanto, com os saberes dos outros grupos e comunidades (SANTOS, 2018). Superar a hegemonia do saber biomédico

implica na promoção de diálogos mais horizontais, permitindo a emergência de saberes e práticas emancipatórios, alternativas para outras formas de saber, trabalhar e produzir.

## 5. CONCLUSÃO

Observamos que a trajetória do processo de trabalho dos ACS caracteriza-se por ações educativas de caráter regulatório em que orientam a comunidade sobre mudança de hábitos e comportamentos que promovam saúde, com enfoque na ação nas doenças e nos indivíduos, sem incluir o saber e a subjetividade dos sujeitos por eles assistidos. Essas orientações assumem, portanto, uma direção vertical, ao tentar ‘convencer’ a população sobre a forma ‘correta’ de agir, numa postura de único detentor dos conhecimentos que devem ser transmitidos à comunidade – os receptores passivos do saber científico/biomédico/hegemônico/formal.

Desta forma, identifica-se um processo de trabalho do ACS fundamentado no saber biomédico e no seu rigor normativo, comportamento esse observado nos dois territórios: urbano e rural. Naturalmente, passível de insucessos posto que nem o SUS nem o cotidiano de vida se enquadram nas normas de promoção da saúde quando aplicadas de forma direta, vertical e numa perspectiva regulatória.

Além da falta de incorporação de medidas relacionadas às PICS, a falta de instrumentos e equipamentos para o trabalho, a organização de trabalho hierarquizado, a decepção decorrente do insucesso das medidas e da resistência da população tendem a gerar frustração e doenças mentais decorrentes, conforme já descrito na literatura.

Vislumbra-se na proposta da *ecologia de saberes* (SANTOS, 2010) uma possibilidade para desencadear a confrontação desta monocultura do saber da ciência moderna com outros saberes e outros modos de vida e de entender o processo saúde/doença.

Para além do processo e da organização do trabalho, a VISAT demanda uma profunda crítica e reformulação do setor saúde. Porquanto, este poderá atuar como um campo de implementação para as *epistemologias do sul* e a *ecologia de saberes* – considerando a variedade e a riqueza de práticas de tratamento e cura, como também a diversidade cultural e étnica que constituem os vários territórios brasileiros. A incorporação das PICS e a Política de Educação Popular no SUS já se configuram como passos iniciais.

Na Estratégia Saúde da Família, a premissa da interdisciplinaridade pressupõe um trabalho coordenado e com objetivos em comum, compartilhado por vários ramos do saber, de forma integrada e convergente. Esta interdisciplinaridade

exige um novo olhar para as relações da própria equipe de saúde, onde as relações verticais devem ser substituídas pelas horizontais.

O trabalho interdisciplinar propõe o desprendimento da hierarquia e do locus dos saberes específicos para a construção de um saber conjunto que possa contribuir somaticamente para uma comunidade, uma família ou um indivíduo (CAMPOS, 1999) e supõe novas formas de relações, tanto em relação à hierarquia institucional, à gestão, à divisão e à organização do trabalho, quanto no que diz respeito ao relacionamento dos/as trabalhadores/as entre si e com os usuários do serviço (MATOS, 2009).

Portanto, como recomenda Santos (2010), se faz necessária uma ruptura com o paradigma exclusivo do saber biomédico, com a ciência positivista e, por outro lado, com a hegemonia do saber científico em relação a outros saberes, como o senso comum e a sabedoria popular.

A reconciliação com os saberes tradicionais tem evidentes implicações para novas epistemologias e para o reencantamento dos discursos e práticas na saúde. Esta reconciliação depende, segundo Santos (2010), de uma relativização da oposição entre a lógica biomédica e as práticas populares de saúde e suas respectivas representações, cristalizadas pela hegemonia de um modelo de pensamento científico. Essa reconciliação é possível através da incorporação da *ecologia de saberes* nos princípios do SUS, possibilitando a coexistência de diferentes formas de conhecimento como uma relação complexa baseada no reconhecimento mútuo, no respeito e na solidariedade.

A análise da situação de saúde e do cenário de trabalho dos ACS, na perspectiva das *epistemologias do sul*, propicia repensar as questões de saúde e trabalho. Não se trata propriamente de um novo paradigma que exclui outros, mas desconstruções, reconstruções e novas construções que articulem os movimentos sociais e os trabalhadores, criando oportunidades de intervenções em ambientes de trabalho que questionem formas de exclusão e invisibilidade. Em particular, esse é o objetivo da *sociologia das ausências* (SANTOS, 2010).

Faz-se necessária a união de todas as lutas, principalmente na atual conjuntura política brasileira, onde se observam perdas de direitos e precarização dos vínculos trabalhistas. Existem várias possibilidades de se pensar possíveis articulações entre as *epistemologias do sul* e a saúde do trabalhador, a começar pela incorporação

dos saberes dos próprios trabalhadores, inclusão de uma análise da exploração capitalista-colonial da modernidade ou das linhas abissais que definem as hierarquias no mundo do trabalho.

A chave para a abertura a novas epistemologias parece mesmo depender da ruptura com a assepsia metodológica do paradigma positivista e da superação da dominação do saber científico biomédico em relação a outros saberes.

Portanto, recomenda-se inserir o pensamento de Boaventura de Sousa Santos numa proposta de vigilância em saúde do trabalhador e na estratégia da saúde da família. Para isso, é necessário que os profissionais de saúde ampliem suas visões restritas, para além do conhecimento regulador da biomedicina e incluam diversos saberes, práticas e lutas dos trabalhadores subalternizados pela racionalidade hegemônica da ciência moderna. Pensar numa VISAT e em uma ESF ampla e solidária, descolonizando a saúde e aceitando como válidos outros saberes e práticas potencialmente emancipatórias, que não se submetam exclusivamente ao saber/poder colonial/capitalista.

## 6. RECOMENDAÇÕES

Como proposta para a atenção básica sugerimos refletir sobre a necessária ruptura da soberania do paradigma biomédico sobre os outros saberes e outros modos de vida para compreender e intervir no processo saúde/doença de forma horizontal, democrática e inclusiva, na perspectiva de integração do saber científico em relação a outros saberes como os saberes tradicionais e a sabedoria popular. Como recomenda Santos (2010), realizar uma ruptura com o paradigma biomédico, com a ciência positivista e, por outro lado, com a hegemonia do saber científico em relação a outros saberes.

Para a vigilância em saúde do trabalhador sugerimos que esta vigilância atue como um campo de implementação para as *epistemologias do sul* e a *ecologia de saberes* – incorporando a riqueza de práticas de tratamento, considerando a diversidade cultural e étnica dos territórios brasileiros, incorporando as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde e a incorporação das lutas sociais nesse novo modelo proposto. Em relação à portaria MS 3120/1998 do item 3.6 dos princípios:

Interdisciplinaridade: a abordagem multiprofissional sobre o objeto da vigilância em saúde do trabalhador deve contemplar os saberes técnicos, com a concorrência de diferentes áreas do conhecimento e, fundamentalmente, o saber operário, necessários para o desenvolvimento da ação. (BRASIL, 1998, p. 2).

Propomos substituir o corpo do texto sobre o princípio da Interdisciplinaridade para: a abordagem multiprofissional sobre o objeto da vigilância em saúde do trabalhador deve contemplar todos os saberes, na perspectiva da *ecologia de saberes* com a composição igualitária de diferentes áreas e, fundamentalmente, os saberes operário e ancestral necessários para o desenvolvimento de ações emancipatórias.

Articular as *epistemologias do sul* e a saúde do trabalhador através da incorporação dos saberes dos próprios dos trabalhadores, resgatando os saberes ancestrais e populares, como saberes válidos e efetivos a serem incorporados no conjunto de conhecimentos necessários ao desempenho das tarefas com vistas à promoção da saúde.

No tocante aos ACS, considerar outros saberes no objetivo principal do seu processo de trabalho (promover saúde) com vista a superar o saber biomédico e as tarefas baseadas em metas, privilegiar o agente transformador em detrimento ao agente burocrático numa nova perspectiva da visita domiciliar. Reduzir a fragmentação do trabalho, de forma mais holística e humana, uma vez que o objeto do trabalho dos ACS são pessoas, amigos, famílias.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, W. **Saúde, doença e diversidade cultural**. Lisboa: Piaget, 2003.
- AKERELE, O. Resumo das diretrizes da OMS para avaliação de fitoterápicos. **Herbal Gram**, v. 28, n. 1, p.13-19, 1993.
- ALMEIDA, M.C.S; BAPTISTA, P.C.P; SILVA, A. Cargas de trabalho e processo de desgaste em agentes comunitários de saúde. **Escola de Enfermagem USP**, v. 50, n. 1, p. 95-193, 2016.
- ALONSO, C.M.C; BÉGUIN, P.D; DUARTE, F.J.C.M. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na estratégia saúde da família: meta-síntese. **Saúde Pública**, v. 52, n.14, p. 1-13, fev. 2018.
- ALVES, G; SANTOS, J.B.F. (Orgs.). **Métodos e técnicas de pesquisa sobre o mundo do trabalho**. Bauru: Canal 6, 2014.
- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n.16, p. 39-52, 2005.
- AMORIM, L.A. et al. Vigilância em saúde do trabalhador na atenção básica: aprendizagens com as equipes de saúde da família de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 10, p. 3403-3413, 2017.
- ARAÚJO, M.S.S. **Água mole em pedra dura? As mudanças organizacionais na secretaria de saúde pública e a implementação do programa saúde da família**. 2000. (Dissertação de Mestrado) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Instituto Oswaldo Cruz. Recife, 2000.
- ASCHIDAMINI, I.M; SAUPE, R. Grupo focal: estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. **Cogitare Enfermagem**. Paraná, v. 9, n. 1, 2004.
- ÁVILA, M.M.M. O programa de agentes comunitários de saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 349-360, jan. 2011.
- BARBOSA, P. **Saúde e poder: uma história das instituições de saúde do estado do Ceará**. Fortaleza: CONSEMS-CE, 2017.
- BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- BORNSTEIN, R. Atenção Básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.
- BORNSTEIN, V.J; STOTZ, E.N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 259-268, 2008.

BORNSTEIN, V.J. **O agente comunitário de saúde na mediação de saberes**. 2007. (Tese de Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp)/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2007.

BRANDELLI, C.L.C. **Farmacobotânica: aspectos teóricos e aplicados**. Porto Alegre: Artmed, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de agentes comunitários de saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3120 de 30 de outubro de 1998**. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do sistema único de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1823 de 23 de agosto de 2012. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3120 de 30 de outubro de 1998**. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política nacional de educação popular em saúde**. Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRICEÑO-LEÓN, R. Sete teses sobre a educação sanitária para a participação comunitária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, n. 1, p. 7-17, 1996.

BUHRER, R. Lições da pastoral da criança: entrevista com Zilda Arns Neuman. **Estudos Avançados**. São Paulo v. 12, n. 48, p. 63-75, 2003.

CALIXTO, J.B. Fitofármacos no Brasil: agora ou nunca! **Ciência Hoje**, v. 21, n. 1. P. 26-30, 1997.

CAMPOS, G.W. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

CARNEIRO, T.S. **Discutindo a estratégia saúde da família em Campina Grande/PB: “neo-psf às avessas”?** 2008. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual da Paraíba. Paraíba, 2008.

CARVALHO, J.M. Interesses contra a cidadania. In: MATTA, R. (Org.). **Brasileiro: cidadão?** São Paulo: Cultura, 1997, p. 68-81.

CAUCAIA. Dados socioeconômicos sobre o município de Caucaia. Disponível em: <<https://www.caucaia.ce.gov.br/>>. Acesso em: 28 de outubro de 2018.

CEARÁ. Decreto nº 30.016, de 30 de dezembro de 2010. Regulamenta a lei nº 12.951, de 07 de outubro de 1999. **Política de implantação da fitoterapia em saúde pública no estado do Ceará**. Diário Oficial do Estado do Ceará 2010; 08 jan.

CEARÁ. Lei nº 12.951, de 07 de outubro de 1999. **Política de implantação da fitoterapia em saúde pública no estado do Ceará**. Diário Oficial do Estado do Ceará, 1999; 15 out.

CEARÁ. Lei nº 14.101, de 10 de abril de 2008. **Dispõe sobre a transposição dos agentes comunitários de saúde para o quadro suplementar da secretaria de saúde do estado do Ceará**. Diário Oficial do Estado do Ceará 2008, 23 abril.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. IN: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, p. 115-128, 2006.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (CONACS). Reformulação do papel dos agentes comunitários de saúde na Atenção Básica. **Relatório Preliminar do V Fórum Nacional da CONACS**. Goiânia: CONACS, 2015.

COSTA, M.C.L; DANTAS, E.W.C. (Orgs.). **Vulnerabilidade socioambiental na região metropolitana de Fortaleza**. Fortaleza: UFC, 2009.

CUNHA, A.B.O; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, 2010.

DATASUS. Equipes de saúde e distribuição geográfica. Disponível em: <[120P120P://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipece](https://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipece)> Acesso em 3 de março de 2018.

- DAVID, H.M.S.L. Educação em saúde e o trabalho dos agentes comunitários de saúde. In: MIALHE, F.L. (Org.). **O agente comunitário de saúde: práticas educativas**. Campinas, SP: UNICAMP, 2011, p. 51-82.
- DAVID, H.M.S.L. **Sentir saúde: a religiosidade como categoria metodológica no trabalho de educação em saúde junto às classes populares**. 2001. (Tese de Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp)/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2001.
- DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: 34, 1995.
- DIAS, E.C; SILVA, T.L. Contribuições da atenção primária em saúde para a implementação da política nacional de saúde e segurança no trabalho (PNSST). **Revista brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, v. 38, n.127, p.31-43, 2013.
- DONNANGELO, M.C. Saúde e sociedade. IN: DONNANGELO, M.C; FERREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas cidades, 1976.
- ELIAS, P. E. et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006.
- FEKETE, M.C. **Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços**. Projeto GERUS, s. l., s. n., 1996.
- FERTONANI, H.P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.
- FONSECA, A.F. **O trabalho do agente comunitário de saúde: implicações da avaliação e da supervisão na educação em saúde**, 2013. (Tese de Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2013.
- FRANÇA, J.M.S. **Indicadores sociais do Ceará 2015**. Fortaleza: IPECE, 2017. Disponível em: <[https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2019/01/Indicadores\\_Sociais\\_2017.pdf](https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2019/01/Indicadores_Sociais_2017.pdf)>. Acesso em: 10 de outubro de 2018.
- FRIEDRICH, D.B.C; PIERANTONI, C.R. O trabalho das equipes da saúde da família: um olhar sobre as dimensões organizativas do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. **Physis**, v. 16, n.1, p. 131-136, 2008.
- GALAVOTE, H.S; FRANCO, T.B; LIMA, R.C.D; BELIZÁRIO, A. M. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixão e afetamentos. **Interface**. Botucatu, v. 17, n. 46, p. 575-86, jul/set, 2013.
- GEISLER, A.R.R. Agente comunitário de saúde: mais um ator na nova política de atendimento à infância e juventude? IN: MOROSINI, M.V.G.C; REIS, J.R.F.

**Sociedade, estado e direito à saúde.** Coleção Educação Profissional e Decência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. v 2. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2014, p. 153-175.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M.H.M. Atenção primária à saúde. IN: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GONÇALVES, R.B.M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994.

GONDIM, R. **Qualificação de gestores do SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

HABIMORAD, P.H.L. **Práticas integrativas e complementares no SUS: revisão integrativa.** 2015. 90 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, 2015.

HARVEY, D. **A condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural.** São Paulo: Loyola, 1992.

IBGE. Informações sobre os municípios brasileiros. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/home.php>> Acesso em 11 de dezembro de 2017.

IBIAPINO, W. V. et al. Inserção da fitoterapia na atenção primária aos usuários do SUS. **Ciência Saúde Nova Esperança**, v. 12, n. 1, p. 58-68, 2014.

JUNGES, J.R; BARBIANI, R; SOARES, N.A; FERNANDES, R.B.P; LIMA, M.S. Saberes populares e cientificismo na estratégia saúde da família: complementares ou excludentes? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 4327-4335, 2011.

KRUG, S.B.F; DUBOW, C; SANTOS, A.C; DUTRA, B.D; WEIGELT, L.D; ALVES, L.M.S. Trabalho, sofrimento e adoecimento: a realidade de agentes comunitários de saúde no sul do Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 3, p. 771-788, dez. 2017.

SILVA, T; DIAS, E.C; PESSOA, V.P; FERNANDES, L.M.M; GOMES, E.M. Saúde do trabalhador na atenção primária: percepções e práticas de equipes de saúde da família. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação** [em línea], v.18, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180131153004>. Acesso em 10 de maio de 2019.

LAPASSADE, G. **As microssociologias.** Brasília: Liber Livro, 2005.

LEFÈVRE, F; LEFÈVRE, A.M.C. Educação em saúde no mundo contemporâneo: seu drama e seu cenário. IN: MIALHE, L. **O agente comunitário de saúde: práticas educativas.** Campinas: Unicamp, p. 41-50, 2011.

LEITE, R.S. et al. Estratégia Saúde da Família *versus* centro de saúde: modalidades de serviços na percepção do usuário. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 323-329, 2016.

LIMA, P.V.P.S. et al. O programa de agentes comunitários de saúde (PACS) e os indicadores de saúde da família no estado do Ceará. In: **Encontro economia do Ceará em debate**. IPECE, v. 5, Fortaleza, 2008.

MACIAZEKI-GOMES, R.C; SOUZA, C.D; BAGGIO, L; WACHS, F. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1637-1646, mai. 2016.

MATOS, E. et al. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 6, p. 863-869, nov./dez, 2009.

MATOS, F.J.A. **Farmácias vivas**: sistema de utilização de plantas medicinais projetado para pequenas comunidades. Fortaleza: EUFC; 1998.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. IN: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

MERHY, E.E; QUEIROZ, M.S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, v. 2, n.9, p. 177-184, 1993.

MESSIAS, M.C.T.B. et al. Uso popular de plantas medicinais e perfil socioeconômico dos usuários: um estudo em área urbana em Ouro Preto, MG, Brasil. **Publicações Médicas**, v. 17, n. 1, p. 76-104, 2015.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 21 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa na saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

MINAYO-GOMEZ, C; LACAZ, F.A.C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.

MINAYO-GOMEZ, C; THEDIM-COSTA, S.M.F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 21-32, 1997.

MOIMAZ, S.A.S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, 2010.

MOROSINI, M.V; FONSECA, A.F. Configurações do trabalho dos agentes comunitários na atenção primária à saúde: entre normas e práticas. IN: MENDONÇA, H.H.M; MATTA, G.C; GONDIM, R; GIOVANELLA, L. (Orgs.). **Atenção primária**

**à saúde no Brasil:** conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018, p. 369-405.

MOROSINI, M.V.G.C. et al. (Orgs.). **Trabalhadores técnicos da saúde:** aspectos da qualificação profissional no SUS. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2013.

MOROSINI, M.V.G.C; CORBO, A.D; GUIMARÃES, C. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. IN: FONSECA, A.F. O processo histórico do trabalho em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. **Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde**, v. 5. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 189-211.

MOURA, R.F.S; SILVA, C.R.C. Afetividade e seus sentidos no trabalho do agente comunitário de saúde. **Physis**, v. 25, n. 3, p. 993-1010, set. 2015.

MOYSÉS, S.J. A saúde da família no Brasil e seus agentes. IN: MAGALHÃES, F.L. (Org.). **O agente comunitário de saúde:** práticas educativas. Campinas: Unicamp, p. 13-39, 2011.

NASCIMENTO, D.G; AYALA, M.I.N. As práticas orais das rezadeiras: um patrimônio imaterial presente na vida dos itabaianenses. **Nau Literária**. Rio Grande do Sul: v. 9, n. 2, p. 21-37, jan/jun 2013.

NASCIMENTO, V.F. et al. Dificuldades apontadas pelo agente comunitário de saúde na realização do seu trabalho. **Saúde**. Santa Maria, v. 43, n. 1, p. 60-69, jan./abr., 2017.

NOGUEIRA, R.P. O trabalho em serviços de saúde. IN: SANTANA, J.P. (Org.). **Organização do cuidado a partir de problemas**. Brasília: OPAS, 2000.

OLIVEIRA, D.T. et al. Percepções do agente comunitário de saúde sobre sua atuação na estratégia saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 132-137, 2012.

OLIVEIRA, I.F; YAMAMOTO, O.H. A psicologia no programa de saúde da família (PSF) em Natal: espaço a ser conquistado ou um limite da prática psicológica? **Aletheia**, v. 1, n. 25, p. 5-19. Jan/jun. 2007.

PAIM, J.S. Dossiê sobre o PSF e dos debates sobre educação permanente em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 5-6, 2005.

PEIXOTO, C.S. **O agente comunitário de saúde:** e o seu papel dentro da comunidade no município de Guaíba – CE. 2015. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Integração Internacional de Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB. Redenção, Ceará, 2015.

PEREIRA, I.B; LIMA, J.C.F. **Dicionário de educação profissional em saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PERREAULT, M. et al. Programa de saúde da família no Brasil: reflexões críticas à luz da promoção da saúde. **Enfermagem Contemporânea**. Bahia, v. 5, n. 1, p. 159-179, jun/jul, 2016.

PIMENTA, M.M. Grupos focais: conceito, aplicação e desenvolvimento. IN: ALVES, G; SANTOS, J.B.F. (Orgs). **Métodos e técnicas de pesquisa sobre o mundo do trabalho**. Bauru: Canal 6, 2014, p. 123-243.

PINAFO, E; NUNES, E.F.P.A; GONZALEZ, A.D. A educação em saúde na relação usuário-trabalhador no cotidiano de equipes da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1825-1832, 2012.

PINTO, A.G.A; PALÁCIO, M.A.V; LÔBO, A.C; JORGE, M.S.B. Vínculos subjetivos do agente comunitário de saúde no território da estratégia saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 3, p. 789-802, dez. 2017.

PORTO, A. O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas. **História, Ciência, Saúde**, v. 13, n. 4, p. 1019-1027, out/dez, 2006.

PORTO, M.F.S. Pode a vigilância em saúde ser emancipatória? Um pensamento alternativo de alternativas em tempos de crise. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 10, p. 3149-3159, 2017.

QUADROS, R.M; DIAS, E.C. Os caminhos da Saúde do Trabalhador: para onde apontam os sinais? **Revista Médica de Minas Gerais**, 2010; 20 (2 Supl 2): S5-S-12.

RAMOS, M.N. et al. Processo de trabalho dos técnicos em saúde na perspectiva dos saberes, práticas e competências. **Relatório de Pesquisa**. Rio de Janeiro: Observatório dos Técnicos em Saúde da Rede de Recursos Humanos em Saúde do Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz, 2017.

RIQUINHO, D.L; PELLINI, T.V; RAMOS, D.T; SILVEIRA, M.R; SANTOS, V.C. F. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n.1, p. 163-182, dez. 2017.

ROCHA, N.S.P.D. **Análise do programa saúde da família no município de Natal-RN: inovações assistenciais?** (Dissertação de Mestrado). Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2000.

SAFFER, D.A; BARONE, L.R. Em busca do comum: o cuidado do agente comunitário de saúde em saúde mental. **Physis**, v. 27, n. 3, p. 813-833, jul. 2017.

SANCHEZ, R.M; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Panamericana Salud Publica**, v. 32, n. 3, p. 260-268, 2012.

SANO, H; ABRUCIO, F.L. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **Rev. Administração de Empresas**, v. 48, n. 3, p. 64-80, 2008.

SANTOS FILHO, S.B; BARROS, M.E.B. **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo do trabalhador na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí, 2007.

SANTOS FILHO, S.B. A análise do trabalho em saúde nos referenciais da humanização da relação de serviço. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 45-54, 2011.

SANTOS, B.S; MENESES, M.P. (Orgs.). **Epistemologias do sul**. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, B.S. **A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SANTOS, B.S. **A gramática do tempo: para uma nova cultura política**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, B.S. **Na oficina do sociólogo artesão: aulas 2011-2016**. São Paulo: Cortez, 2018.

SANTOS, I.E.R; VARGAS, M.M; REIS, F.P. Estressores laborais em agentes comunitários de saúde. **Rev. Psicologia Organizacional do Trabalho**, v. 14, n. 3, p. 324-335, 2014.

SANTOS, K. T. et al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado do programa saúde da família? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 1023-1028, 2011.

SANTOS, L; ANDRADE, L.O.M. Acesso às ações e serviços de saúde: uma visão polissêmica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2876-2878, 2012.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ (SESA). A saúde no Ceará: uma construção de todos. **Relatório da gestão da secretaria da saúde do estado do Ceará**. Ceará: Omni, 2006.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ (SESA). Projeto qualifica APSUS Ceará: qualificando a atenção primária à saúde no estado. **Capacitação complementar em saúde do trabalhador na atenção primária**. Ceará: SESA, 194p, 2018.

SECRETARIA DE SAÚDE DO CEARÁ (SESA). **Regiões de saúde e macrorregiões de saúde do Estado do Ceará**. Disponível em: <[126P126P://www.saude.ce.gov.br](http://www.saude.ce.gov.br)> Acesso em: 19 de janeiro de 2018)> Acesso em: 18 de agosto de 2018.

SILVA, J.A; DALMASO, A.S.W. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

SORATTO, M. T. et al. Desafios enfrentados pelos agentes comunitários de saúde na estratégia saúde da família. **Inova Saúde**. Criciúma, v. 4, n. 1, p. 26-46, jul. 2015.

SOUSA, M.B.L.; SILVEIRA, S.A.S; RODRIGUES, N.J.G.A; SILVA, E.S. Estratégia saúde da família: dificuldades para a efetivação da proposta de reorganização do SUS. IN: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 5., 2011, São Luís. **Anais [...]**. São Luís: UFMA, 2011.

SOUZA, B.M; MARTINO, L.M. **Sociologia da religião e mudança social**. São Paulo: Paulus, 176 p. 2004.

STOTZ, E. N; DAVID, H.M.S.L; BORNSTEIN, V.J. Educação popular em saúde. IN: MARTINS, C.M; STAUFFER, A.B. (Orgs.). **Educação e saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 34-46, 2007.

TAKAHASHI, R.F; OLIVEIRA, M.A.C. Manual de Enfermagem, Programa Saúde da Família. **A visita domiciliária no contexto da saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

VIANA, A.LD; DAL POZ, M.R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa da saúde da família. **Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15 (supl.): 225-264, 2005.

VIEIRA, M.C.F. **O trabalho domiciliar e sua relação com a saúde do trabalhador: uma revisão da literatura brasileira no período de 2000 a 2009**. 2009. (Dissertação Mestrado). ENSP/FIOCRUZ, Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Rio de Janeiro.

WAI, M.F.P; CARVALHO, A.M.P. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. **Enfermagem UERJ**, v. 17, n.4, p. 563-568, 2009.

## ANEXO A TERMO DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICIPAL DE CAUCAIA



### PREFEITURA DE CAUCAIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

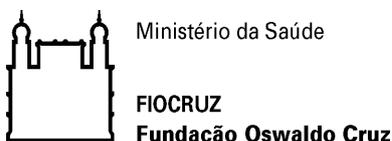
- **Projeto de Pesquisa:** Vigilância em Saúde do Trabalhador na perspectiva da Ecologia dos Saberes: o caso dos Agentes Comunitários de Saúde do Ceará.
- **Pesquisadora Responsável:** Jane Mary de Miranda Lima
- **Orientadoras:** Ana Maria Cheble Bahia Braga  
Fátima Sueli Neto Ribeiro
- **Instituição Proponente:** FIOCRUZ
- **Curso:** Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde do Trabalhador.
- **Período de Coleta de Dados:** Agosto a Outubro/2018.

Declaro ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer autorizando a coparticipação da Secretaria de Saúde de Caucaia no estudo. Declaro, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012. A **Secretaria Municipal de Saúde de Caucaia** está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos da pesquisa nela recrutados.

Caucaia (CE), 22 de Maio de 2018.

  
\_\_\_\_\_  
Moacir de Sousa Soares  
Secretário de Saúde do Município de Caucaia

## ANEXO B TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

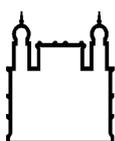
**Prezado (a) participante,**

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “**O processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e a Vigilância em Saúde do Trabalhador na perspectiva da Ecologia de Saberes**”, desenvolvida por **Jane Mary de Miranda Lima**, vinculada à Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das pesquisadoras: **Dr<sup>a</sup>. Ana Maria Cheble Bahia Braga** e **Dr<sup>a</sup>. Fátima Sueli Neto Ribeiro**.

O objetivo central dessa pesquisa é analisar o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) do estado do Ceará sob a perspectiva da ecologia dos saberes, considerando as dimensões das epistemologias do sul de Boaventura Santos, entendida como uma abertura criativa para novas formas de organização e conhecimento social, a partir de um diagnóstico crítico do presente, baseado nos princípios da dignidade humana e na possibilidade de uma discussão democrática.

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. Ao longo de toda a pesquisa irão ser tomados alguns cuidados para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Garantimos que 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. De qualquer forma, caso deseje que seu nome conste do trabalho final você poderá expressar isso nesse Termo ou em qualquer momento da pesquisa, através dos meios de contato explicitados neste TCLE. Lembramos, também, que a qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa.

A sua participação consistirá em compor os Grupos Focais, juntamente com outros agentes comunitários de saúde que pertençam ao mesmo território, e discutir sobre a relação entre seu processo de trabalho, sob a mediação da pesquisadora do projeto. O encontro será gravado em áudio, filmado e fotografado. Sua autorização se dará a partir da assinatura deste Termo. As falas do encontro serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e suas orientadoras.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

O estudo está planejado de forma a garantir o anonimato aos participantes no ato da divulgação dos resultados, porém no processo coletivo do grupo focal onde estará entre colegas de trabalho, não haverá essa possibilidade.

Os encontros dos grupos focais serão gravados em áudio e fotografados visando facilitar o processo de análise de dados pela pesquisadora, com fins exclusivos para essa pesquisa. Ressaltando, porém, que as imagens poderão ser utilizadas como ilustrações da metodologia.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de contribuir coletivamente com a compreensão das relações entre saúde e trabalho nas atividades de serviço e o benefício direto é a possibilidade de autorreflexão das questões inerentes ao seu processo de trabalho.

A pesquisa prevê a possibilidade de danos e riscos a sua participação no estudo, em decorrência da dinâmica das políticas públicas, que pode acarretar mudanças não previstas no processo de trabalho. Essa possibilidade será amenizada através da estratégia metodológica aplicada, que é uma técnica participativa e democrática, permitindo ainda que você, caso não se sinta a vontade em participar, desistir da sua participação no projeto.

Os resultados da pesquisa serão devolvidos aos participantes em uma reunião pré-agendada e posteriormente divulgados em artigos científicos e na dissertação.

### Observações Finais:

Este Termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador do campo, 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 é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Tel. e Fax do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

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

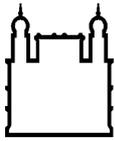
E-mail: cep@ensp.fiocruz.br / <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

### Contato com a pesquisadora responsável:

**Jane Mary de Miranda Lima**

**Tel. (85) 999217627**

**E-mail: janemirandamar@gmail.com**



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Caucaia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que li e entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “**A vigilância em saúde do trabalhador na perspectiva da ecologia dos saberes: o caso dos agentes comunitários do Ceará**” e concordo em participar.

 Autorizo gravação em áudio e registro fotográfico Não autorizo gravação em áudio e registro fotográfico Autorizo ser identificado no trabalho final Não autorizo ser identificado no trabalho final

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura participante: \_\_\_\_\_

---

Jane Mary de Miranda Lima  
(Pesquisadora)