

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

Rivena de Siqueira Dias

AS IMPLICAÇÕES DA IMIGRAÇÃO VENEZUELANA SOBRE O TRABALHO DOS
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PACARAIMA

Rio de Janeiro

2019

Rivena de Siqueira Dias

AS IMPLICAÇÕES DA IMIGRAÇÃO VENEZUELANA SOBRE O TRABALHO DOS
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PACARAÍMA

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

Orientadora: Dra. Filippina Chinelli

Coorientadora: Dra. Danielle Ribeiro de Moraes

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

D541i Dias, Rivena de Siqueira
 As implicações da imigração venezuelana sobre
 o trabalho dos agentes comunitários de saúde do
 município de Pacaraima / Rivena de Siqueira Dias.
 - Rio de Janeiro, 2019.
 79 f.

 Orientadora: Filippina Chinelli
 Coorientadora: Danielle Ribeiro de Moraes

 Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
 Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de
 Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,
 Rio de Janeiro, 2019.

1. Agentes Comunitários de Saúde. 2. Atenção
Primária à Saúde. 3. Imigrantes. I. Chinelli,
Filippina. II. Moraes, Danielle Ribeiro de.
III. Título.

CDD 362.10425

Rivena de Siqueira Dias

AS IMPLICAÇÕES DA IMIGRAÇÃO VENEZUELANA SOBRE O TRABALHO DOS
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PACARAIMA

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

Aprovado em 31/01/2019

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Filippina Chinelli – FIOCRUZ / EPSJV

Prof. Dra. Danielle Ribeiro de Moraes – FIOCRUZ / ENSP

Profa. Márcia Cavalcanti Raposo Lopes – FIOCRUZ / EPSJV

Profa. Dra. Adelyne Maria Mendes Pereira – FIOCRUZ / ENSP

Dedico esta dissertação a todas as ACS que trabalham em áreas de fronteira e que lutam diariamente por uma saúde digna para todas as pessoas.

Em especial a minha irmã Rachel Dias, que despertou em mim o interesse em trilhar os caminhos do mestrado.

AGRADECIMENTOS

Gratidão é meu sentimento ao finalizar esta dissertação.

A Deus, que tem me dado forças e serenidade mesmo diante dos momentos mais difíceis.

À minha família base de tudo, que mesmo longe sempre me apoiou. Em especial a minha mãe Esperança, que através de suas orações diárias me transmitiu paz e segurança. Ao meu pai, Eronildes que sempre foi minha inspiração e que por várias vezes dialogou comigo sobre o tema da imigração e não media esforços para contribuir com a minha pesquisa. Às minhas irmãs Rejane, Rosana e Rachelzinha, que sempre torceram por mim e me deram forças e ânimo para continuar. À minha querida irmã Rachel, que me acompanhou desde o início e que mesmo com tantas atribuições sempre fora solícita.

Aos meus sobrinhos Duda e Marcelo, por estarem presentes em minha vida, e em especial ao meu bonequinho José, que tem sede de viver e ser feliz. Obrigada por me ensinar o quanto é importante lutar pela vida mesmo passando por tanto sofrimento.

À minha professora e querida orientadora Filippina Chinelli, que me direcionou e me fez sentir o quanto é bom lutar pelo que se acredita. Tivemos diálogos importantíssimos e que contribuíram demasiadamente para a minha pesquisa.

À professora e minha coorientadora Danielle Moraes, pela contribuição e pelo apoio durante toda a pesquisa.

À Anastácia Fernandes, pelo apoio, carinho e paciência a mim dispensados. Que nunca me deixou desistir. Sem sua força não sei se conseguiria. Você me fez acreditar que era possível.

À minha amiga Mônica Trindade, por sempre ter me escutado e pela presença constante em minha vida. Sem você este sonho também não seria possível.

Aos professores da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, que abriram meus horizontes. Em especial a professora Márcia Morosini, por ter me permitido mergulhar em sua tese.

Às professoras Márcia Cavalcanti Raposo Lopes e Adelyne Mendes Pereira, por aceitarem embarcar nesta empreitada junto comigo.

Aos amigos de mestrado, com quem passei momentos inesquecíveis de aprendizagem e lazer.

Aos colegas da Escola Técnica do SUS, que sempre torceram e me apoiaram.

A todos que de alguma forma contribuíram para que este sonho se tornasse realidade.

Compreendi, então, que a vida não é uma sonata que, para realizar a sua beleza, tem de ser tocada até o fim. Dei-me conta, ao contrário, de que a vida é um álbum de minissonatas. Cada momento de beleza vivido e amado, por efêmero que seja, é uma experiência completa que está destinada à eternidade. Um único momento de beleza e amor justifica a vida inteira.

(Rubem Alves, 2014)

RESUMO

Nesta pesquisa, discutimos as condições de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que atendem aos cidadãos venezuelanos que se encontram no município Pacaraima, estado de Roraima, localizado na fronteira do Brasil com a Venezuela. Uma crise (econômica, política, social) de grandes proporções vem assolando o país vizinho, fazendo com que os venezuelanos atravessem a fronteira e busquem refúgio e melhores de vida no Brasil, concentrando-se em todo o estado de Roraima, em especial no município fronteiro de Pacaraima, instalando-se em condições precárias em prédios públicos, terrenos baldios, praças, sem a mínima infraestrutura necessária. Desde dezembro de 2016, o estado de Roraima decretou Estado de Emergência em Saúde Pública, pois com a entrada dos Venezuelanos via Pacaraima, aumentaram assustadoramente os atendimentos nos serviços de saúde, sobretudo, na Atenção Básica. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem um papel de destaque no atendimento aos imigrantes, já que é considerado o elo entre a comunidade e as políticas públicas. A pesquisa foi desenvolvida com abordagem qualitativa. Os sujeitos desse estudo foram 11 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das Equipes de Saúde da Família (ESF) do município de Pacaraima, os quais atendem aos cidadãos venezuelanos. Estes responderam a um questionário auto aplicativo, pré-codificado, anônimo e com perguntas fechadas, envolvendo variáveis que permitiram traçar o perfil socioeconômico destes profissionais. Posteriormente, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 10 ACS, sendo 06 Agentes Comunitários de Saúde das duas equipes da Unidade de Referência da Família e 04 Agentes da equipe do Posto de Saúde do Suapi, considerando-se os que trabalham há mais tempo na Atenção Básica e que atendam ao critério de seleção dos sujeitos. Os resultados apontaram que os ACS de Pacaraima são todas mulheres, a maioria casada, possuem no mínimo o ensino médio, numa faixa etária que vai dos 21 a 51 anos de idade. Os relatos demonstraram que o trabalho do Agente Comunitário, principalmente em áreas de fronteira, é difícil e muitas vezes desgastante. Na maioria das falas, aparece o estresse, o sofrimento, mas também a solidariedade para com os imigrantes que deixam seu país de origem em busca de melhores condições de vida. Observamos que as condições de trabalho das ACS foram alteradas com a chegada dos venezuelanos, o que se configurou em uma maior carga horária de trabalho, visitas domiciliares mais complexas e demoradas, aliadas a dificuldades com o idioma, a insegurança e o medo de sofrerem algum tipo de violência. Concluimos que os problemas de saúde de Pacaraima são grandes e bem preocupantes, e que é urgente lutar por melhores condições de trabalho das ACS.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Imigrantes; Atenção Básica; Trabalho; Pacaraima; Venezuela.

ABSTRACT

In this research we discuss the working conditions of the Community Health Agents (ACS) in the care of the Venezuelan citizens who are in the border municipality of Pacaraima, Roraima state, located on the border with Venezuela. A crisis (economic, political, social) of great proportions has been ravaging the neighboring country, causing Venezuelans to cross the border and seek refuge and better life in Brazil, concentrating in the entire state of Roraima, especially in the border municipality of Pacaraima, installing itself in precarious conditions in public buildings, vacant lots, squares, without the minimum necessary infrastructure. Since December 2016, the State of Roraima has decreed a State of Emergency in Public Health, because with the entry of Venezuelans into the state, via Pacaraima, it has frighteningly increased attendance in health services, especially in Primary Care. The Community Health Agent (CHA) has a prominent role, since it is considered the link between the community and public policies. The research was developed with a qualitative approach. The subjects of this study were 11 Community Health Agents (ACS) of the Family Health Teams (ESF) of the municipality of Pacaraima that serve the Venezuelan citizens. These answered a self-applied questionnaire, pre-coded, anonymous and with closed questions involving variables that allowed tracing the socioeconomic profile of these professionals. Subsequently, semi-structured interviews were carried out with 10 ACS, of which 06 were Community Health Agents of the two teams of the Family Reference Unit and 04 Staff of the Suapi Health Service team, considering those who have worked longer in Primary Care and that meet the criterion of selection of subjects. The results indicated that the ACS of Pacaraima are all women, most married, have at least high school, in an age group ranging from 21 to 51 years of age. The reports have shown that the work of the Community Agent, especially in border areas is difficult, and often exhausting. Most of the speeches appear stress, suffering, but also solidarity with immigrants who leave their country of origin in search of better living conditions. It was observed that the working conditions of CHWs were altered with the arrival of Venezuelans, which resulted in a higher workload, more complex and time-consuming home visits coupled with difficulties with language and insecurity and fear of suffer some kind of violence. We conclude that Pacaraima's health problems are large and very worrying, and that it is urgent to fight for better working conditions for ACS.

Keywords: Community Health Workers; Immigrants; Basic Attention; Job; Pacaraima; Venezuela.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ABS	Atenção Básica a Saúde
APS	Atenção Primária em saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIR	Comissões Intergestores Regionais
CNES -	Cadastramento Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CGVS	Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HDOT	Hospital Délio de Oliveira Tupinambá
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
MP	Medida Provisória
MRE	Ministério das Relações Exteriores
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde Família
OIM	Organização Internacional para as Migrações
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PF	Polícia Federal
PM	Polícia Militar
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde da Família
UBSF	Unidades Básica de Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL.....	16
1.1 ASPECTOS DA ATENÇÃO BÁSICA EM RORAIMA.....	19
1.2 A ATENÇÃO BÁSICA EM PACARAIMA	21
1.3 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	24
1.4 IMPACTOS DA IMIGRAÇÃO VENEZUELANA NO ESTADO RORAIMENSE.....	25
2 ALGUNS COMENTÁRIOS SOBRE O TRABALHO NA CONTEMPORANEIDADE	29
2.1 O CONCEITO DE TRABALHO	29
2.2 O TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, AVANÇOS E RETROCESSOS	32
2.3 A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DOS ACS	34
3 PERCURSO METODOLÓGICO E PROCEDIMENTOS DE PESQUISA	37
3.1 SUJEITOS QUE FALAM	43
4 O QUE DIZEM OS ENREVISTADOS.....	49
4.1 OS ACS COMO ELO ENTRE OS USUÁRIOS E O SISTEMA	49
4.2 CONDIÇÕES DE TRABALHO E PRECARIZAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.....	51
4.3 AFETIVIDADE PARA COM OS IMIGRANTES	55
4.4 A BARREIRA DA LINGUA	57
4.5 A CAPACITAÇÃO COMO ESTRATÉGIA PARA SUPERAR DIFICULDADES	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICES	75
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	76
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO	78
APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA	79

INTRODUÇÃO

O presente estudo visa identificar e analisar as condições de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que atendem aos cidadãos venezuelanos, os quais se encontram no município fronteiro de Pacaraima, estado de Roraima, localizado na fronteira com a Venezuela.

A pesquisa aqui proposta se localiza em uma vertente de estudos que trata do trabalho dos profissionais de nível técnico em saúde, especificamente, o caso dos Agentes Comunitários de Saúde, dentre os quais podem ser mencionados: Augustini e Nogueira (2009), Vieira, Chinelli e Lopes (2011) e Carvalho (2014).

Atualmente, o município de Pacaraima vem despertando a atenção do cenário nacional e internacional, devido à crise generalizada (econômica, política, social) de proporções gigantescas no país vizinho (Venezuela), o que tem feito os cidadãos venezuelanos atravessarem de forma desordenada a fronteira em busca de refúgio no Brasil, atrás de melhores condições de vida, instalando-se em todo o estado de Roraima, com intensa concentração em Pacaraima (cidade gêmea de Santa Elena del Uairén - Venezuela), em condições precárias, pelas ruas, terrenos baldios, sem a mínima infraestrutura necessária.

De acordo com o Relatório Trimestral do Comitê Federal de Assistência Emergencial (MP 820/18), até maio de 2018, foram atendidos 48.646 imigrantes venezuelanos em busca de regularização migratória no país. Destes, aproximadamente 29.202 foram pedidos de refúgio e 9.466 pedidos de residência (BRASIL, 2018).

Na tentativa de traçar um perfil dos venezuelanos que chegam a Roraima, a Prefeitura da capital Boa Vista divulgou informações que revelam que estes são em grande parte do sexo masculino (57%). Cerca de 74% estão na faixa etária entre 15 a 70 anos e 10% dos imigrantes moram em espaços públicos. Em relação ao campo profissional, 65% estão desempregados, sendo que 90% destes não recebem nenhum tipo de ajuda (PORTAL DE NOTÍCIAS G1/RR, 2018).

Todo este fluxo migratório gerou impactos consideráveis nos serviços públicos, principalmente no campo da saúde, levando o governo do estado de Roraima a decretar, em 2016, Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) nos municípios de Boa Vista e Pacaraima. Para justificar tal medida, foram divulgados dados por meio do

relatório municipal de Pacaraima que sinalizaram o aumento dos atendimentos nos serviços de saúde, sobretudo na Atenção Básica.

De acordo com o Boletim Epidemiológico Migratório nº 38 da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) do estado de Roraima, nos primeiros seis meses do ano de 2018, foram registrados 111.060 atendimentos aos imigrantes nos serviços de saúde. Destes, 94% dos atendimentos foram realizados na capital Boa Vista, com destaque também para o município de Pacaraima, porta de entrada para os imigrantes, com um total de 2.801 atendimentos no Hospital Délio de Oliveira Tupinambá (HDOT) (GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA, 2018).

Ademais, é importante salientar que os principais agravos notificados em Roraima, envolvendo venezuelanos em 2017 foram: leishmaniose tegumentar americana; malária, tuberculose, Febre de Chikungunya, entre outros agravos (GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA, 2017). É válido ressaltar ainda que, devido à crise migratória, o aparecimento de doenças já erradicadas no Brasil como a difteria. De acordo com o Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima:

No dia 12 de julho de 2017 deu-se entrada no Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA), uma criança venezuelana, 10 anos, proveniente do garimpo venezuelano do Estado de Bolívar na Venezuela, com suspeita de Difteria. Esta Criança ficou internada em isolamento, foram realizados todos os procedimentos necessários para o tratamento da difteria. Foi evoluindo para constatação e confirmação da doença. Para se confirmar a difteria, utilizou-se a cultura com prova de toxidade, onde detectou e confirmou a doença. No dia 18/07/2017, paciente foi a óbito por difteria. (GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA, 2017, p. 98)

A respeito desse panorama, Viana et al. (2007, p. 125) destacam que:

[...] a falta de saneamento básico, comum a toda a Região Amazônica apresenta-se como um sério problema de saúde. Com o aumento da população que (...) busca melhores condições de vida, observa-se a lida com doenças consequentes do empobrecimento e precarização da habitação.

Esta situação vem acarretando uma sobrecarga de trabalho para os profissionais que atuam na Atenção Básica, bem como interfere de forma significativa nos processos de gestão das unidades de saúde locais, principalmente em decorrência da grande procura por serviços de saúde nestas áreas. Para GIOVANELLA et al. (2007) as cidades brasileiras fronteiriças que vivenciam esta situação sofrem constantemente impactos em relação ao financiamento destas ações, bem como na qualidade destes serviços de saúde.

Dentro das equipes que desenvolvem atividades no âmbito da Atenção Básica, o Agente Comunitário de Saúde tem um papel de destaque, já que é considerado o elo entre a comunidade e as políticas públicas. Nogueira, Silva e Ramos (2000 apud VIEIRA; CHINELLI; LOPES, 2011, p.151) enfatizam que:

O ACS pode ser visto como um trabalhador genérico, de identidade comunitária, que realiza tarefas não restritas ao campo da saúde, ao contrário do que ocorre com outros trabalhadores do SUS. Tem um perfil social composto basicamente por sua capacidade de liderança e uma história de iniciativas na linha da ajuda solidária intracomunitária, exigência de seu processo de recrutamento, seleção e avaliação contínua. Portanto, como requisito da política que lhe deu origem, o conjunto das atividades típicas dos ACS têm de ser ancorado nesse perfil social. Devido a essas características, que valem para todos os contextos de desenvolvimento econômico-social dos municípios, o ACS constitui um trabalhador *sui generis*.

É válido enfatizar que a literatura que trata dos Agentes Comunitários de Saúde, embora existente, ainda é escassa no que se refere às condições de trabalho, as quais estes estão submetidos em áreas de fronteira. Esses espaços agregam dinâmicas sociais e históricas que necessitam ser compreendidas para um maior entendimento das práticas de trabalho que os Agentes Comunitários de Saúde vivenciam no tocante ao atendimento ao cidadão venezuelano. Esperamos que esta dissertação possa, portanto, contribuir para diminuir uma lacuna nos estudos sobre os ACS e ampliar o reconhecimento desses profissionais como sujeitos indispensáveis nos serviços de saúde, para que assim sejam valorizados e capacitados, a fim de terem um olhar crítico e resolutivo sobre todas as situações nas quais estão envolvidos e, por sua vez, tornarem mais resolutivas suas práticas de trabalho.

Estudos sobre as condições de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde em áreas de fronteira podem proporcionar aos gestores municipais a possibilidade de refletir sobre a necessidade de implementar mecanismos que possibilitem às unidades de saúde, mais especificamente aos ACS, enfrentar de forma adequada os desafios trazidos pelo fluxo migratório, principalmente em relação ao atendimento ao cidadão venezuelano, no qual o Agente Comunitário de Saúde exerce papel fundamental, ou seja, significa também proporcionar aos municípios fronteiriços a oportunidade de compreender como se dão as práticas de trabalho dos ACS, bem como as condições adversas, às quais estão submetidos e que põem em risco a qualidade das práticas de trabalho desenvolvidas por estes profissionais.

Ressaltamos também que os Agentes Comunitários de Saúde devem ter uma formação que lhes ofereça subsídios para o enfrentamento dos dilemas, bem como para potencializar e

transformar as práticas de trabalho. O Ministério da Saúde, por meio do Referencial Curricular para Curso técnico de Agente Comunitário de Saúde, salienta que:

(...) a formação e desenvolvimento profissionais sugerem a identificação técnica, ética e humanística do que compete ao profissional de saúde e que competências são requeridas para que os usuários das ações e serviços de saúde se sintam atendidos em suas necessidades diante de cada prática profissional. (BRASIL, 2004, p. 48-49)

Logo, visamos que esta pesquisa traga contribuições para o avanço do conhecimento, além de oferecer subsídios para realização de novos estudos sobre as condições de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde em áreas de fronteira, podendo, assim, facilitar a abordagem do assunto entre profissionais de saúde, nos municípios fronteiriços, nas reuniões do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e do Conselho Estadual de Saúde (CES).

De fato, pensar em políticas de saúde em áreas de fronteira é fundamental, sendo indispensável um olhar mais atento às particularidades destes locais, às condições de trabalho, à intensificação do trabalho e às carências de toda sorte que se verificam nas unidades de saúde, inclusive no que diz respeito às repercussões sobre a organização da rede de serviços de saúde e a dinâmica de imigração que ocorrem nestas áreas.

Esta dissertação procura responder as seguintes questões:

- Quais as condições de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde que trabalham com atendimento ao cidadão venezuelano na cidade de Pacaraima?
- Como os Agentes percebem o atendimento que prestam a esses imigrantes?

A pesquisa tem como objetivo geral analisar o impacto do atendimento aos imigrantes venezuelanos sobre as condições de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Pacaraima, localizado. Diante das questões levantadas, foi possível a construção dos seguintes objetivos específicos:

- 1 - Identificar e analisar o perfil socioeconômico dos Agentes Comunitários de saúde do município fronteiriço de Pacaraima;
- 2 - Identificar e analisar as condições de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde que trabalham com atendimento ao cidadão venezuelano na cidade de Pacaraima.
- 3 - Identificar e analisar qual é a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o atendimento que prestam aos imigrantes venezuelanos.

No tocante à estrutura da dissertação, o primeiro capítulo traz um panorama geral das políticas de saúde, principalmente em relação à Atenção Básica, tanto no Brasil, como em Roraima e Pacaraima, assim como apresenta o impacto que o aumento do fluxo migratório vem trazendo, com mudanças na dinâmica tanto do município pacaraimense quanto do estado roraimense, além de abordar a figura do Agente Comunitário como eixo entre a comunidade e os serviços de saúde.

O segundo capítulo abrange aspectos relacionados ao trabalho face aos meios de produção, além de apresentar o trabalho do ACS ao longo do tempo, bem como aborda a precarização do trabalho, pontuando a questão da flexibilidade contratual, da sobrecarga de trabalho e a inadequação salarial ligada ao trabalho do ACS.

O terceiro capítulo retrata o percurso metodológico da pesquisa com todos os detalhes de como esta foi construída, assim como os resultados deste estudo. Em um primeiro momento, os resultados obtidos dos questionários que estão descritos através de quadros e revelam dados acerca do perfil dos ACS de Pacaraima, caracterizando-os a partir da idade, sexo, local de nascimento, estado civil, entre outros.

Já o quarto capítulo apresenta as categorias que serviram de base para a análise dos resultados obtidos através das falas das ACS sobre o impacto do atendimento aos imigrantes venezuelanos nos processos de trabalho dos Agentes Comunitários. As categorias elencadas são: Agente Comunitário como elo entre o usuário e o Sistema de Saúde; Condições de trabalho e Precarização do Agente Comunitário de Saúde; Afetividade para com os imigrantes; A barreira da linguagem; e Capacitação como estratégia para superar dificuldades.

Por fim, são apresentadas as considerações finais que a pesquisa possibilitou após toda a discussão acerca do tema.

1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

No contexto da luta contra a ditadura militar, no início dos anos 1970, o modelo assistencial (modelo médico privatista, também conhecido como hegemônico, hospitalocêntrico ou biomédico) até então vigente no Brasil, começou a ser questionado. O movimento da reforma sanitária ganhou bastante amplitude à época, com a participação de intelectuais, estudantes e trabalhadores que estiveram fortemente envolvidos na discussão, resultando na reforma supracitada. Criticava-se o modelo biomédico por ele ser centrado na figura do médico, no complexo hospitalar, na doença. Não se via o indivíduo como um ser integral, só interessava o biológico. Era fragmentado e não atendia as necessidades de saúde do indivíduo, além de ser extremamente caro para o país (ESCOREL, 1998).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, desempenhou papel fundamental na conquista do Sistema Único de Saúde (SUS) com a Constituição de 1988, o que deflagrou um intenso debate sobre o modelo até então vigente. Era necessário um modelo que atendesse ao que o SUS preconizava. Durante alguns anos, houve uma intensa movimentação em busca de uma proposta que correspondesse aos anseios da população. Assim, é válido ressaltar que, dentro do panorama brasileiro, o final dos anos 1980 foi considerado um período perdido para a economia, no caso da saúde, houve avanços consideráveis com a criação do SUS, assim como no processo de redemocratização do Brasil.

Chinelli, Lacerda e Vieira (2011) frisam que a década de 1990 tem uma grande importância no cenário brasileiro, pois, devido às mudanças no mundo do trabalho e ao avanço do neoliberalismo, um novo modelo econômico surgiu no país, resumidamente caracterizado: pela abertura comercial, pela liberalização financeira, pelo desregulamentação do mercado de trabalho, pela busca a todo custo do equilíbrio fiscal e pela estabilidade dos preços. No que tange à saúde, naquele momento, Mattos (2009 apud CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011, p. 45) enfatiza que:

A atuação do Banco Mundial e de outras agências de fomento orientou-se para a flexibilização dos avanços propostos pela Reforma Sanitária e contemplados na Constituição de 1988, sob a justificativa de que a realidade fiscal do país não sustentaria a concretização dos princípios norteadores do SUS, sobretudo no que se referia à universalização do acesso ao sistema de saúde.

Em diversos documentos, uma das sugestões do Banco Mundial diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, sugerindo que este fosse seletivo, priorizando os pobres, recomendando que se cobrasse daqueles indivíduos em condições de pagar, através dos impostos, por

serviços de saúde utilizados. É nesse cenário que se destaca a atenção primária seletiva, com a oferta limitada de serviços de baixa complexidade, dirigida as camadas mais pobres da população (CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011).

Esta situação teve intensa propagação na América Latina, principalmente com ações correspondentes a programas verticais focalizados, com destaque para os que envolviam proteção materno-infantil, aprofundando ainda mais a segmentação e fragmentação destes sistemas de saúde latino-americanos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). A respeito da terminologia para o caso brasileiro, Giovanella e Mendonça (2012, p. 499) afirmam que:

O uso do termo ‘atenção básica’ para designar a atenção primária no SUS buscou diferenciar as políticas propostas pelo movimento sanitário, distanciando-os dos programas de atenção primária em saúde (APS) seletivos e focalizados, difundidos pelas agências internacionais. Os defensores do uso do termo atenção básica argumentam que, em português, básico tem o sentido de essencial, primordial, fundamental, distinto de primário, que pode significar primitivo, simples, fácil, rude.

Desta forma, utilizamos a expressão “Atenção Básica” nesta dissertação a fim de se fazer referência à atenção primária em saúde, à diferença da atenção primária seletiva. Matta e Morosini (2009, p. 44) ainda mencionam que: “[...] a designação Atenção Básica a Saúde (ABS), adotada, no Brasil, em lugar da designação APS, objetiva enfatizar a reorientação do modelo assistencial com base em um sistema universal e integrado de atenção à saúde”.

A Atenção Básica configura-se no cenário brasileiro como um dos mais importantes meios de ampliação da oferta pública de serviços às pessoas, assim como de postos de trabalho. Neste contexto, vários programas e estratégias foram desenvolvidos com o intuito de aumentar o escopo da Atenção Básica, dentre eles, podemos citar: Academias de saúde, Amamenta e Alimenta Brasil, Bolsa Família, Brasil Sorridente, Consultórios na Rua, Doenças Crônicas, Estratégia Saúde da Família (ESF), e- SUS Atenção Básica, Melhor em Casa, Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), Práticas Integrativas e Complementares, Prevenção e Controle de Agravos Nutricionais, Promoção da Saúde e Alimentação Saudável, Programa de Vitamina A, Requalifica UBS, Telessaúde, UBS Fluviais, Vigilância Alimentar e Nutricional.

Ainda em relação à Atenção Básica, Bocca (2012, p. 25) relata que:

[...] um novo modelo passa a ser organizado, dando enfoque ao tema família, propiciando a reorganização das políticas e ações de saúde. Para que a mudança do sistema tradicional realmente fosse concretizada, em 1994 o Ministério da Saúde adotou a Saúde da Família como uma estratégia prioritária para a organização da AB e estruturação do sistema de saúde,

dando início assim ao Programa de Saúde da Família (PSF), sendo atualmente conhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A organização do trabalho no que concerne à Saúde da Família é baseada no trabalho em equipe, com o intuito de se ter ações com mais resolutividade e integralidade. Defende-se que, ao propiciar uma nova relação entre os usuários e os serviços, ao mesmo tempo em que se busque entender os determinantes sociais do processo saúde-doença, espera-se que a equipe de saúde passe a compreender o sujeito nas suas diferentes etapas do ciclo vital, sem esquecer que ele está inserido em uma família e, conseqüentemente, vive em uma comunidade (OLIVEIRA et al., 2015).

Fruto da experiência de diversos sujeitos (como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo) intimamente ligados à criação e à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi aprovada pela Portaria 648/GM, em 2006. Ela passou por várias revisões, sendo a mais recente em 2017, resultando na portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, sob fortes questionamentos e insatisfações, visto que as várias mudanças propostas proporcionam a organização da Atenção Básica baseada em princípios que vão de encontro a Atenção Primária em Saúde, instituídos em Alma-Ata¹, e abraçados no SUS. Além disso, não foi realizada uma discussão mais ampla e aprofundada sobre o assunto, ferindo assim uma das principais diretrizes da atenção básica que se refere à participação da comunidade.

De acordo com a revisão proposta, a composição da equipe da Saúde da Família se dará:

[...] no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local. (BRASIL, 2017)

É válido ressaltar que tanto na PNAB de 2006 como na de 2011, a cobertura da ESF dava-se através da relação que envolvia o número previsto de ACS por equipe e 100% da população cadastrada coberta, ou seja, para compor as equipes de Saúde da Família era necessário ACS suficientes para a cobertura de 100% da população cadastrada, não podendo ultrapassar a margem de 750 pessoas para cada ACS ou 12 por equipe, pois, se superior este número, a qualidade da atenção dispensada ficaria em cheque. Já na PNAB de 2017, não há

menção a cobertura universal, exceto em áreas de risco e vulnerabilidade social que deveria ser 100% de cobertura (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Ainda é importante salientar a flexibilização e o descomprometimento com a qualidade do cuidado prestado, à medida que a recomendação para a população adscrita por equipe é de 2 a 3,5 mil pessoas, podendo, de acordo com o território, ter arranjos diferentes, ficando a decisão a cargo do gestor municipal, em consonância com o Conselho Municipal ou local de Saúde (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). Acerca de todo esse cenário que envolve cobertura, número de ACS, flexibilização, além do descompromisso com a universalidade a atenção à saúde, Morosini, Fonseca e Lima (2018, p.16) discorrem que:

Pode-se compor equipes com apenas um ACS. Quando uma política, simultaneamente, torna indefinido o número de ACS por equipes e flexibiliza os parâmetros de cobertura, reforça-se o risco de serem recompostas barreiras ao acesso à saúde de parte da população. Lembre-se, aqui, que o ACS é um trabalhador que deveria ser o 'elo' entre os serviços de saúde e a população, contribuindo para facilitar o acesso e proporcionar uma relação estável e contínua entre a população e os serviços de APS. Tal formulação compromete, também, um conjunto de processos já instituídos na ESF, que se estruturam por meio da presença constante de um trabalhador da saúde no território. Entre esses processos, destacam-se a escuta e a percepção de problemas e necessidades que poderiam ser invisíveis aos serviços, bem como a identificação e a criação de possibilidades de intervenção, dadas a partir de seus conhecimentos sobre a dinâmica da vida no território.

1.1 ASPECTOS DA ATENÇÃO BÁSICA EM RORAIMA

O estado de Roraima, antigo território do Rio Branco, está localizado na parte noroeste da região norte brasileira. Com uma área de 230.104 km², tem como limite a Venezuela (norte e noroeste), Guiana (leste), Pará (sudeste) e Amazonas (Sul e Oeste). Roraima vem das palavras indígenas *roro rora* – que quer dizer verde – e *imã* – que significa serra, monte –, formando a palavra serra verde (paisagem natural encontrada na região). Possui um clima tropical sub-úmido e equatorial úmido. É o estado menos populoso do país, com apenas 15 municípios com características bem diversificadas. Tem como capital o município de Boa Vista e uma estimativa de população para 2018 de 576.568 habitantes (IBGE, 2018).

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), atualmente no estado de Roraima existem 13 polos academias de saúde; 01 central de regulação; 01 central de regulação médica das urgências; 01 centro de atenção hemoterápica e/ou hematológica; 11 centros de atenção psicossocial (CAPS); 79 centros de saúde/unidade

básica de saúde; 110 clínicas especializadas/ambulatórios especializados; 02 hospitais especializados, 10 hospitais gerais; 07 Unidades Mistas; 1 Pronto Atendimento; 309 Unidades de Atenção à Saúde Indígena; 01 Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN); 04 Laboratórios de Saúde Pública; 07 Unidades Mistas; 01 Telesaúde; 37 Unidade de Vigilância em Saúde; 04 Farmácias; 01 Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos Estadual; 23 Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência.; 02 Polos de Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde (DATASUS, 2018).

No final da década de 1990, mais especificamente em 1998, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) só estava presente em dois municípios: Caracaraí (que por falta de um enfermeiro, o Programa estava desativado) e Boa Vista (que contava só com 37 agentes dos 92 que tinha direito), reunindo um total de 47 Agentes Comunitários, tendo 7,6% da cobertura. Já em 1999, mais seis municípios aderiram ao PACS, entre eles Pacaraima (SOUZA; GIANLUPPI, 2000). Várias reuniões foram realizadas entre os gestores municipais e estaduais com o intuito de adesão ao Programa Saúde da Família. Entretanto, referiram algumas dificuldades, entre elas:

Estruturas municipais incipientes, em função da imaturidade administrativa do Estado, acarretando sérios entraves a organização administrativa dos municípios, que ainda se mostram muito dependentes, como acontecia na estrutura de território federal. Tal política acarretou sequelas, como a insensibilidade dos gestores municipais para a importância da adesão ao Programa de Saúde da Família, que seria um dos pilares para a organização do sistema de saúde (SOUZA; GIANLUPPI, 2000, p. 136).

Há uma carência de informações sobre todo o processo de implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no estado de Roraima. Sabe-se que fora implantado em 1998 e que a capital Boa Vista contava com um número ínfimo de equipes (PACOBAYHA, 2013). Segundo Pacobahyba (2013, p 57):

O passo inicial para a elaboração do projeto de implantação era a identificação das áreas prioritárias para receber as equipes, estas deviam ser preferencialmente de risco social, ter alta concentração de crianças menores de dois anos, gestantes, idosos e ser carente de serviços básicos de saúde e levantamento do número de habitantes das áreas selecionadas.

Depois de realizado o levantamento supracitado, chegou-se a decisão que seriam implantadas somente cinco equipes em Boa Vista. Inúmeros fatores contribuíram para esse número reduzido, tais como a ausência de locais adequados para receber as equipes, a carência de profissionais qualificados, a falta de interesse por parte dos políticos municipais, entre outros. Em 1999, a cobertura na cidade de Boa Vista era de 10,86%, já que só atendia

17.250 pessoas dos 158.868 habitantes da cidade. Somente em 2001 houve um aumento para 45 equipes, ampliando assim a cobertura para 74,46%. (PACOBAYHYBA, 2013). Pacobayhya (2013, p. 60) menciona ainda que uma das principais dificuldades encontradas durante a implantação da ESF:

[...] residiu na falta de preparação dos Agentes Comunitários: como não havia concurso para seleção, estes eram recrutados por meio de indicação política, o que resultava na incorporação de pessoas sem preparação, sem afinidade com a área de saúde e que passaram a desenvolver suas funções sem receber nenhum tipo de treinamento. Os relatos também referem que foi necessário desmitificar na comunidade a cultura de que as visitas da equipe às famílias não se tratava de política partidária, mas de uma ação de atenção básica à saúde desvinculada de qualquer tipo de filiação política.

Em 2012, Boa Vista contava com 53 equipes, mas devido a mudanças na esfera municipal, foram sendo reduzidas, chegando a 26 em maio de 2013. De acordo com informações do Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica, atualmente, o município de Boa Vista conta com 54 equipes de Saúde da Família, com uma cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica de 74%. No estado, todo há um total de 132 equipes distribuídas nos 15 municípios.

1.2 A ATENÇÃO BÁSICA EM PACARAIMA

O município de Pacaraima, localizado no estado de Roraima, faz fronteira com a Venezuela. Seu acesso se dá através da BR-174. Localizado na região Amazônica Brasileira. Possui uma área de 8.028,43 km², correspondendo a 3,58% do território do estado roraimense e está a uma distância de cerca de 215 km de Boa Vista (GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA, 2012). Concentra uma população estimada, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE), para 2016, de 12.144 habitantes, além de uma densidade demográfica, em 2010, de 1,30 (hab./km²) (GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA, 2012).

Pacaraima foi criado por meio da lei n° 096 de 17 de outubro de 1995. É marcado por intensas disputas territoriais, devido a questões indígenas. O município destaca-se por características bastante peculiares, sobretudo no que concerne a sua população, já que é bem diversificada, pois além da população local e dos demais estados brasileiros, ainda há aqueles provenientes das mais diversas localidades da Venezuela e das comunidades indígenas que estão distribuídas por todo o município, sendo as reservas de São Marcos e Raposa Serra do

Sol, as principais demarcadas e homologadas (GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA, 2012).

Sobre a questão indígena, Santos (2014, p. 27) enfatiza que:

O município de Pacaraima é objeto de todo esse embate, uma vez que sua área, território é motivo de disputas entre os indígenas, moradores e o poder público constituído daquele município. A discussão sobre a Terra Indígena São Marcos orbita em torno da área que atualmente se encontra demarcada e homologada. Pacaraima tem parte de sua área dentro desta terra indígena, gerando as polêmicas em torno da questão.

É importante salientar que têm acontecido frequentemente tensões, sobretudo, em decorrência das comunidades indígenas desejarem e reivindicarem a demarcação de terras e a retirada da população não indígena do município de Pacaraima, transformando o município em território indígena. A situação vem acarretando a interdição pelos indígenas das vias de acesso ao município, ocasionando transtornos e conflitos que acabam por gerar graves ferimentos e mortes entre os envolvidos. Há também a existência de conflitos entre grileiros, produtores de arroz, entre outros.

Ressalta-se que a cidade de Pacaraima, localizada na fronteira com a Venezuela, também enfrenta diariamente vários desafios, principalmente por se configurar como corredor para o trânsito de drogas, armas, prostituição, tráfico de pessoas, roubo de automóveis, contrabando de gasolina, de gêneros alimentícios, e vestimentas, entre outros.

Viana et al. (2007, p. 128) destacam que sendo a fronteira “uma zona de contato entre territórios distintos, os municípios pertencentes a essa faixa acabam por apresentar um intenso fluxo material e imaterial, configurando lugares de marcante circulação de mercadorias, lícitas e ilícitas”, o que gera intensa sensação de insegurança em residir no município.

A cidade dispõe de rede de saúde constituída por: 01 Hospital Geral; 01 Academia de Saúde; Serviço de Vigilância em Saúde (Posto de fronteira de Pacaraima- RR ANVISA; Setor de Endemias; Setor de Vigilância Sanitária); Unidade Móvel de Nível Pré-hospitalar na área de urgência (SAMU 192 de Pacaraima); 01 Centro de Saúde; 05 Equipes de Saúde da Família; Equipe de Saúde Bucal (03 Modalidades I e 01 Modalidade II); 01 Equipe Núcleo de Apoio a Saúde Família- NASF 2; 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS 1); Unidade de Atenção à Saúde Indígena com 06 Polos Bases Indígenas, os quais ofertam serviços voltados à prevenção, promoção, assistência e reabilitação em saúde (BRASIL, 2017). Segundo dados do Ministério da Saúde, até outubro de 2018, o município de Pacaraima possuía 100% de cobertura populacional estimada por ESF (BRASIL, 2016). Em relação a Atenção Básica:

O município de Pacaraima possui 5 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), 4 equipes de Saúde Bucal e 28 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), para cobrir uma população estimada de 12.375, conforme dados do IBGE. Destas 5 equipes ESF, 3 encontram-se atendendo na sede do município e 2 em comunidades indígenas devido o município está localizado dentro de 2 reservas indígenas (São Marcos e Raposa Serra do Sol). Além das equipes de ESF, o município possui o implantando o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, modalidade 1, que são equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua - eCR) e com o Programa Academia da Saúde. Os NASF têm como objetivo apoiar a consolidação da Atenção Básica, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade e a abrangência das ações (PACARAIMA, 2018, p. 5)

Em decorrência do fluxo desordenado e contínuo na fronteira Brasil/Venezuela, há uma grande preocupação dos gestores municipais de Pacaraima, em garantir cuidado integral a saúde, por vários motivos, dentre os quais se destacam a escassez de recursos, a carência de profissionais, a inexistência de equipamentos e materiais utilizados em procedimentos mais complexos, além dos mais de 200km de distância que separam os grandes centros de saúde do município de Pacaraima (PACARAIMA, 2018).

Nesse cenário, é importante destacar que os atendimentos a doenças que têm um índice de prevalência alto na região como a malária, as arboviroses (dengue, zika, Chikungunya), tuberculose (principalmente em áreas indígenas) triplicaram. A procura por serviços de imunização também aumentou significativamente, pois a maioria dos imigrantes chega ao Brasil sem nenhuma vacina. O atendimento ao pré-natal é uma situação preocupante e que tem despertado a atenção tanto das autoridades como dos profissionais de saúde, visto que, na maioria das vezes, inicia-se tardiamente, pois as venezuelanas ao chegarem em Pacaraima já estão no terceiro trimestre da gestação, ou seja, bem próximas de parir. Por sua vez, Peiter (2005, p. 252) já referia que os problemas de saúde mais acentuados em Pacaraima eram:

[...] a desnutrição, as doenças diarreicas agudas e verminoses, a tuberculose (nas áreas indígenas), as endemias (malária, dengue e leishmaniose), as infecções respiratórias agudas e a gravidez precoce. As doenças infecciosas e parasitárias são a primeira causa de internação no município. A malária sozinha responde por metade das internações hospitalares anuais em Pacaraima.

É válido destacar ainda que as Regiões de Saúde no estado roraimense não se encontram estruturadas, existindo apenas no papel. Logo, as Comissões Intergestores Regionais (CIR) não estão instituídas. Isso inviabiliza ainda mais o planejamento, assim como

a assistência à saúde. Sugere-se que esta situação se deva à falta de interesse dos governantes, já que estas Regiões teriam mais autonomia e recursos.

Nesse sentido, é importante frisar que hoje as recomendações do Ministério da Saúde, bem como a implementação de políticas de extrema importância como a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a Política de Atenção Integral à Saúde da Criança, entre outras, têm o formato regionalizado. E é necessário trabalhar de maneira regionalizada, o que permitiria atender a realidade e necessidades dos municípios, como prevê os documentos oficiais que tratam do assunto.

O Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990 e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, considera em seu artigo 2º que:

Região de Saúde é um espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Enfim, os problemas de saúde de Pacaraima são grandes e bem preocupantes, e constituem grandes desafios superá-los, tanto para a gestão como para a população que ali reside. Pensar em estratégias para enfrentá-los exige bastante conhecimento das especificidades que a cidade apresenta, inclusive no que se refere ao fluxo migratório para o estado, principalmente no que concerne à grande diversidade da sua população.

1.3 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Dentro das equipes que desenvolvem atividades no âmbito da atenção básica, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem um papel de destaque, já que é considerado o elo entre a comunidade e as políticas públicas. Fonseca (2013) relata que o ACS teve sua inserção como trabalhador no SUS, por meio da criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991 e do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994.

O PACS era executado devido ao convênio entre a FUNASA e as Secretarias Estaduais de Saúde, com o repasse de recursos para o custeio do programa. Os ACS eram remunerados através de bolsa no valor de um salário mínimo vigente à época. Em 1994, o PACS estava presente em 17 (dezessete) estados e em cerca de 760 (setecentos e sessenta)

municípios, totalizando 29 mil (vinte e nove mil) ACS (BRASIL, 2015). Estes últimos eram supervisionados por um enfermeiro, realizavam visitas domiciliares, em que acompanhavam e anotavam as condições de saúde, bem como expandiam técnicas de caráter simples que impactavam sobre os indicadores de saúde (FONSECA, 2013). A respeito disso, Fonseca (2013, p. 36) menciona que:

O PSF amplia as características do PACS, agregando uma equipe, composta basicamente por médico, enfermeiro, auxiliares e técnicos de enfermagem e os ACS, vinculados a uma unidade básica de saúde, que abrange um território e um número definido de domicílios distribuídos entre os ACS, segundo uma lógica de divisão territorial.

Posteriormente, o PACS e o PSF integram a Estratégia Saúde da Família (ESF), que se configurou como modelo de reorientação da Atenção Básica, articulando ações preventivas, de vigilância e de promoção da saúde em área adscrita (FONSECA, 2013).

É importante ressaltar que, com a recente revisão da PNAB, a quantidade de Agente Comunitário de Saúde é reduzida ao mínimo, ou pior, é indeterminada, não existindo mais indicação de 01 (um) ACS para cada 750 (setecentos e cinquenta) habitantes. Assim, ao deixar indeterminado esse número e sua indicação sob a responsabilidade dos gestores municipais e, diante do quadro de recessão e do congelamento por vinte anos dos gastos com a saúde e educação, há possibilidades reais desses profissionais perderem cada vez mais espaços e terem suas formas de contratação cada vez mais flexibilizadas. Somado a isso, ainda terão que desenvolver atividades como a aferição de pressão arterial, realização de técnicas limpas de curativo, entre outras que, mesmo com treinamento prévio, não é uma responsabilidade desta categoria, prejudicando assim, o seu papel mais importante, que é a educação em saúde.

1.4 IMPACTOS DA IMIGRAÇÃO VENEZUELANA NO ESTADO RORAIMENSE

Sabe-se que as motivações que levam os venezuelanos a migrarem para Roraima são de diversas ordens. Uma das mais frequentes é a questão econômica, por verem seus familiares passando por diversas dificuldades, principalmente a fome. Buscam também atendimentos relacionados à saúde, trabalho, moradia, entre outros.

O Boletim Epidemiológico nº 38 da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde traz um panorama dos atendimentos feitos a imigrantes:

De janeiro a junho de 2018, foram computados 111.060 atendimentos aos imigrantes nas unidades de saúde, destes, 40,61% foram no 1º trimestre e 59,39% no 2º trimestre. Comparando o número de atendimentos entre os trimestres, observa-se que, o primeiro trimestre de 2018 tiveram 45.102 atendimentos a imigrantes, e no segundo trimestre, houve um incremento de 45% em relação ao trimestre anterior, correspondendo a mais de 20 mil atendimentos. (GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA, 2018, p. 1)

Este aumento do fluxo migratório para o Brasil, com especial concentração no estado de Roraima, é um assunto de extrema importância que exige cuidados e reflexões particulares, sobretudo, por se tratar de pessoas que por vários motivos tiveram suas vidas marginalizadas, devido à intensificação da crise no seu país de origem, sendo preciso ausentar-se de sua pátria mãe, procurando refúgio no Brasil. Vale ressaltar que para aqueles imigrantes que desejarem permanecer no Brasil, é necessário fazer o pedido de refúgio junto a Polícia Federal (PF), que recebeu até maio de 2018, 29.202 solicitações (BRASIL, 2018). Segundo o art. 1º da Lei Nº 9.474/1997, entende-se como refugiado toda pessoa que:

I - devido a fundados temores de perseguição por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas encontre-se fora de seu país de nacionalidade e não possa ou não queira acolher-se à proteção de tal país;

II - não tendo nacionalidade e estando fora do país onde antes teve sua residência habitual, não possa ou não queira regressar a ele, em função das circunstâncias descritas no inciso anterior;

III - devido à grave e generalizada violação de direitos humanos, é obrigado a deixar seu país de nacionalidade para buscar refúgio em outro país (BRASIL, 1997, p.1).

É importante frisar que o aumento do fluxo passou a ser percebido a partir de 2016, ocasionando sobrecarga nos serviços públicos do estado roraimense, com destaque para Pacaraima e Boa Vista, pois aumentou a procura na área da saúde, assistência social, entre outras. Este aumento do fluxo migratório também se estendeu para Manaus, Santarém e Belém, ocasionando mudanças no dia a dia das pessoas e das próprias cidades.

Uma questão desafiadora diz respeito a abrigar estes imigrantes, já que inúmeros ocuparam praças e vias públicas de várias cidades, principalmente das roraimenses. Foram construídos abrigos que não atendiam adequadamente, pois eram pouco organizados e além de apresentarem gestão ineficiente, a exemplo do abrigo Tancredo Neves na cidade de Boa Vista (BRASIL, 2018):

Nos anos de 2016 e 2017, o Governo Federal atuou no apoio financeiro e técnico ao estado de Roraima e municípios mais afetados. Houve ampliação de repasses para atendimento de saúde, abrigamento e acolhimento dos imigrantes, doação de equipamentos como ambulâncias, carros e mobiliário

hospitalar, além de alimentos para assistência emergencial. Apesar dos esforços, essas ações foram insuficientes para lidar com as consequências trazidas pelo fluxo migratório de venezuelanos. Assim, o Governo Federal decidiu fortalecer sua atuação na questão. (BRASIL, 2018, p. 5)

Ordenar a fronteira (com a instalação de estruturas que possibilitem receber, identificar, fiscalizar, triar e regularizar os venezuelanos logo na entrada do Brasil), acolher os imigrantes (os abrigos passaram a ser gerenciados pelo Governo Federal e pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados – ACNUR, em Boa Vista existem 10 abrigos: Bairro Pintolândia; Jardim Floresta; Hélio Campos; Tancredo Neves; São Vicente; Nova Canaã; Latife Salomão; Santa Tereza; Rondon; Rondon 2; Rondon 3. Já em Pacaraima existem os abrigos Janokoida e Abrigo de passagem BV-8) e a interiorização são os três principais pilares de atuação do poder federal (BRASIL, 2018):

A estratégia de interiorização, que desloca imigrantes para outros estados brasileiros com apoio do Governo Federal, tem como objetivo oferecer maiores oportunidades de inserção socioeconômica aos imigrantes venezuelanos e diminuir a pressão sobre os serviços públicos do estado de Roraima. É conduzida pelo Subcomitê Federal de Interiorização, sob coordenação do Ministério do Desenvolvimento Social-MDS, com apoio do ACNUR, da Organização Internacional para as Migrações – OIM e do Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA. A OIM é a organização responsável pela operacionalização da interiorização, a partir de Memorando de Entendimento assinado junto à Agência Brasileira de Cooperação/ MRE. (BRASIL, 2018, p. 13)

Todas essas estratégias foram traçadas com o intuito de amenizar o sofrimento dos venezuelanos, possibilitando um novo recomeço, uma nova chance. Enfim, de acordo com Simões (2017, p. 55): “[...] políticas de interiorização com oferta de trabalho para aqueles que não foram absorvidos pelo mercado de trabalho local”. Ainda em relação a interiorização, é válido mencionar que existem critérios para efetua-la:

Apenas os imigrantes regularizados no país, imunizados, avaliados clinicamente e com termo de voluntariedade assinado podem participar da estratégia. É dada prioridade aos imigrantes residentes dos abrigos públicos de Roraima. A interiorização depende também da sinalização de interesse das cidades de destino e da existência de vagas em abrigos públicos ou da sociedade civil, para os imigrantes. Cada abrigo possui um público para acolhimento, o que determina o perfil dos imigrantes selecionados para interiorização, desde que cumpridos os critérios de participação (BRASIL, 2018, p. 13).

Embora existam muitas estratégias para o acolhimento destes imigrantes venezuelanos, principalmente no que concerne ao mercado de trabalho roraimense, estas ainda são insuficientes, pois não há condições de absorver toda esta nova demanda. Os imigrantes acabam trabalhando em situações calamitosas, seja pedindo esmolas em sinais,

seja na frente dos estabelecimentos públicos, ajudando nos estacionamento de supermercados, guardando as compras no carro das pessoas, engraxando sapatos. Enfim, as mais diversas formas de ganhar a vida e conseguir o dinheiro pelo menos da alimentação no final de cada dia.

Como grande parte dos venezuelanos não consegue nenhum tipo de trabalho, estes acabam enveredando pelo caminho da criminalidade, assustando os munícipes, principalmente os da capital boa-vistense, gerando em todo o estado uma onda de insegurança e medo. Acerca dessa situação, Braga, Jesus e Lacerda (2017, p.10) reiteram que:

As principais preocupações dos munícipes em relação aos venezuelanos que vivem atualmente em Boa Vista dizem respeito às questões de segurança, pois o índice de criminalidade e furtos envolvendo venezuelanos cresceu significativamente. Apesar de não existirem estudos científicos comprovando a relação entre aumento da criminalidade e a imigração de venezuelanos. Contudo, a violência não é a única consequência ocasionada com a chegada dos imigrantes no município de Boa Vista, os hospitais da cidade estão superlotados, pois vários atendimentos de imigrantes venezuelanos são realizados, com isso, a falta de medicamentos já é notável.

Os índices crescentes de violência no estado de Roraima, sobretudo na capital Boa Vista e em Pacaraima, vêm de fato tirando o sossego da população local. Frequentemente, há relatos de conflitos envolvendo venezuelanos e brasileiros, veiculados pela mídia local. Recentemente, no município de Pacaraima, um comerciante foi brutalmente agredido e teve seu estabelecimento arrombado por quatro venezuelanos, o que gerou um grande mal-estar e revolta na cidade pacaraimense. Um grupo de moradores locais e amigos da vítima fizeram uma mobilização e saíram percorrendo as ruas do município atacando os imigrantes que estavam alojados em acampamentos nas ruas, queimando documentos, roupas e expulsando-os da cidade.

No outro lado da fronteira, os brasileiros que estavam no país vizinho também tiveram seus carros atacados e foram hostilizados pelos venezuelanos em resposta ao ato de violência dos brasileiros. A Polícia Federal (PF) e a Polícia Militar (PM) agiram a tempo de conter os ânimos e amenizar a situação. Após o incidente, o governo federal enviou 60 homens da Força Nacional para ajudarem na segurança da fronteira, bem como do estado todo.

2 ALGUNS COMENTÁRIOS SOBRE O TRABALHO NA CONTEMPORANEIDADE

2.1 O CONCEITO DE TRABALHO

O trabalho pode ser entendido como sendo uma reunião de atividades (tanto de caráter manual como intelectual) estabelecidas pelo homem a fim de garantir sua subsistência (PINTO, 2010). É importante salientar que Lukács (1978) enfatiza que a diferença entre o animal e o ser humano é que o primeiro responde instintivamente ao meio e se adapta à natureza, sem modificá-la, já o ser humano através da ação consciente do trabalho, cria e recria a sua existência. Por sua vez Gadotti (2012), entende o trabalho como uma ação intencionada do homem sobre a natureza, em que tanto a natureza quanto o homem são transformados. Cabe frisar que o capitalismo restringe o trabalho à mercadoria. Marx (1983, p. 149) em relação ao trabalho aponta que:

Antes de tudo, o trabalho é um processo entre o homem e a Natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. [...] Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a Natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. Ele desenvolve as potências nela adormecidas e sujeita o jogo de suas forças a seu próprio domínio. [...]. O estado em que o trabalhador se apresenta no mercado como vendedor de sua própria força de trabalho deixou para o fundo dos tempos primitivos o estado em que o trabalho humano não se desfez ainda de sua primeira forma instintiva.

Ao longo da história, sempre existiu uma grande preocupação com o trabalho, em especial com sua organização, nitidamente percebida no modo de produção capitalista, a qual é submetida aos interesses de classe, principalmente após as revoluções industriais, a partir do século XVIII. Pode-se afirmar que a organização do trabalho passou a ser considerada matéria do conhecimento que advém da luta política e econômica entre o empregador e o trabalhador. Esta luta perpassou por muitas fases (PINTO, 2010).

Em busca de uma maior produtividade do trabalho, um americano chamado Winslow Taylor, trouxe os fundamentos da chamada administração científica que revolucionou o sistema produtivo, já que se baseava principalmente no estudo do tempo, na supervisão funcional, na padronização, na utilização de fichas, contendo instruções que deveriam ser entregues aos trabalhadores, além de gratificações por produção. Para Taylor, o trabalhador deveria executar tarefas altamente especializadas e repetitivas, objetivando assim produzir em menor tempo, aumentando com isso o lucro das fábricas (PINTO, 2010).

Ainda neste sentido, Pinto (2010) salienta que durante o chamado Taylorismo, a gerência ganhou novas atribuições, principalmente em relação ao planejamento. Assim, é a gerência que passa as ordens, por meio de instruções para os trabalhadores, desenvolvendo para cada etapa de trabalho, métodos científicos, não mais empíricos, ficando assim a cargo da administração, mediante a existência de falhas, a rápida substituição do trabalhador, pois suas funções eram consideradas estáticas e simples.

Ao trabalhador não era permitido pensar, refletir criticamente sobre seu trabalho, nem suas habilidades e experiências eram valorizadas. Tudo era repassado a este, através de ordens e não havia a necessidade de ele ser capacitado além do que era necessário para a execução de suas tarefas. Infelizmente, o trabalhador era visto sem quase nenhum valor, a não ser pelo fato de empregar a sua força de trabalho em atividades repetitivas.

Outro nome de destaque foi o americano Henry Ford, que teve como anseio padronizar os produtos (automóveis) e fabricá-los em uma grande linha de montagem, diminuindo assim os custos, aumentando o consumo e propiciando também um aumento da renda em função de melhores salários decorrentes das vendas. Todo o automóvel era fabricado no mesmo espaço, o que aumentou o controle sobre o processo. Assim, o trabalhador era considerado uma espécie de “apêndice” da máquina, já que não precisava pensar, era só fazer suas tarefas à medida que o trabalho vinha a ele, pois na linha de montagem o produto vem até o trabalhador (PINTO, 2010).

O fordismo absorveu algumas das características do taylorismo, principalmente em relação ao fato dos trabalhadores serem especializados em desenvolver apenas determinada função. Na época, a qual se pode chamar de fordismo/taylorismo, houve uma enorme acumulação de capitais pelas empresas automobilísticas dos países centrais da economia capitalista. Entretanto, com os anos 70, assolou-se uma terrível crise, a do petróleo (PINTO, 2010).

Lipietz (1991 apud LEMOS 2002, p. 38) menciona que ocorreu:

Uma crise do fordismo sob todos os aspectos e ao mesmo tempo: baixa de rentabilidade do modelo produtivo fordista, internacionalização dos mercados e da produção comprometendo a regulação nacional, revolta dos produtores diante da alienação do trabalho e diante da onipotência da hierarquia e do Estado, aspiração dos cidadãos à maior autonomia, omissões crescentes diante da solidariedade administrativa, a crise de um modo de organização do trabalho.

Nesse cenário de crise do fordismo e na tentativa de superar o rigor deste, o Toyotismo surgiu na fábrica da Toyota após a Segunda Guerra Mundial, graças a Taiichi Ohno (PERES, 2000), como a saída para a crise do capital ocorrida nos anos 1970.

Agora não se prioriza mais o trabalho repetitivo, a rotina, a produção em massa do sistema taylorista-fordista, contudo, há a necessidade de se flexibilizar, onde o trabalhador irá realizar várias atividades dentro da empresa; com o intuito de evitar desperdícios, a produção agora obedece aos ditames do mercado.

De uma maneira geral, o Toyotismo abrange alguns aspectos como: trabalhadores multifuncionais e qualificados, que trabalhavam em equipes denominadas células de produção, mecanização flexível; implantação do sistema de controle de qualidade total; qualidade; produtos personalizados e controle visual. Não se pode deixar de mencionar algumas das importantes estratégias que foram desenvolvidas como: *just in time*, *team work*, *kanban*, visando eliminar o desperdício e manter o controle de qualidade total. Enfim, a palavra de ordem era a flexibilidade (PERES, 2000).

Infelizmente, não é difícil constatar que dentre os vários modelos que foram desenvolvidos e colocados em prática, os trabalhadores nunca foram valorizados. No fundo, o que sempre interessou não se diferente dos dias de hoje, é que os empresários capitalistas ganhem cada vez mais em detrimento dos trabalhadores que passam a ser cada vez mais explorados, perdendo quase todos os seus direitos trabalhistas. Tudo isso em função de manter um sistema explorador e bárbaro.

Um novo modelo econômico surge com a finalidade de honrar os galopantes juros da dívida externa, imposto pelos organismos internacionais na década de 90. Chinelli, Lacerda e Vieira (2011, p. 43) referem que “Assistiu-se ao processo de reorganização da produção, com a hegemonia do capital financeiro. [...] constituiu um movimento estrutural em escala mundial, mas diferenciado conforme as características dos países nos quais se instalava”.

É válido destacar que as recentes mudanças no mundo contemporâneo (principalmente em virtude da nova organização econômica, acompanhadas de inovações tecnológicas) refletiram fortemente em áreas como o emprego e o trabalho, em especial nos países semiperiféricos como o Brasil, aumentando a desigualdade na relação capital-trabalho, já que não há direitos sociais consolidados e a sociedade salarial é frágil (MARTINS; MOLINARO, 2013).

Martins e Molinaro (2013, p. 1669) ainda consideram que no Brasil: “embora o modelo de regulação, oriundo da Consolidação das Leis do Trabalho estabelecesse direitos formais, a desregulação do mercado, ampliou a flexibilidade dos contratos de trabalho, provocando a redução da proteção social e a desvalorização dos rendimentos”. Os autores supracitados relatam que a desregulação do trabalho também atingiu o setor público, alterando o Regime Jurídico Único e também possibilitou vínculos irregulares e conseqüentemente desigualdade e precarização.

As transformações do trabalho no mundo contemporâneo apontam para mudanças no campo da formação profissional, que passa a não se limitar, apenas, à preparação de pessoal para entrar no mercado de trabalho. O novo modelo exige um processo contínuo de aperfeiçoamento durante a trajetória profissional dos trabalhadores, além de uma interação entre ensino e serviço, no sentido da construção de uma base sólida de conhecimento, de forma a integrar os princípios científicos que informam a prática cotidiana. (MARTINS; MOLINARO 2013, p. 1674)

No tocante à saúde, mesmo com a assimilação de tecnologias avançadas, não há como dispensar o trabalho vivo. É necessário que o profissional esteja sempre qualificado. Tem-se assim uma alta pressão sobre o trabalhador, visto que ele passa a ter, na maioria das vezes, toda a responsabilidade, inclusive financeira de sua qualificação, para tentar ampliar suas possibilidades de inserção profissional (MARTINS; MOLINARO, 2013).

Não se deve esquecer que a formação de trabalhadores da saúde necessita ser emancipatória, libertadora e que atenda de fato as necessidades do trabalhador. É necessário lutar contra a precarização do trabalho, contra a perda dos direitos trabalhistas, lutando assim com os desmandos da política neoliberal que, por conta dos seus interesses, marginalizam cada vez mais o trabalhador.

2.2 O TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, AVANÇOS E RETROCESSOS

O PACS (1991) possibilitou a recuperação de várias experiências nacionais em relação aos ACS. Dentre estas, a do estado do Ceará foi uma das mais importantes e pôde contribuir com a construção de caráter nacional do programa, já que se destacou pelo trabalho de um grupo basicamente de mulheres que desenvolviam ações básicas de saúde, na luta contra a seca (BORNSTEIN, 2007).

A inserção do Agente Comunitário no território nacional se deu em uma conjuntura marcada, conforme Fonseca (2013), pelo desemprego estrutural oriundo da crise do capitalismo e da redefinição do papel do Estado no país. Sobre isso, a autora supracitada ainda realça que dentre as respostas que foram geradas em torno das várias áreas de atuação do Estado, as que se destacaram foram as políticas tanto de incentivo à geração de renda para as camadas da população com poucas chances de entrar no mercado de trabalho como as que racionalizavam os custos na saúde.

Nesse sentido, Chinelli, Lacerda e Vieira (2011) afirmam que o Programa Saúde da Família se configurou como uma forma de inserção precária dos profissionais no sistema de saúde. Morosini (2010) reflete sobre esse contexto, enfatizando que:

Partindo-se da criação em nível nacional do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) em 1991 e considerando-se os anos de participação na estratégia saúde da família, uma política nacional, tem-se, em 2008, 17 anos de atuação desses agentes, 12 dos quais como um dos elementos centrais da principal política de reorganização da atenção à saúde no Brasil. Destaca-se, entretanto, que 11 desses anos foram marcados pela inexistência da profissão, criada somente em 2002. Nesse período, foram critérios de seleção dos agentes comunitários de saúde: saber ler e escrever, ter espírito de liderança e solidariedade, idade mínima de 18 anos e disponibilidade de trabalho em tempo integral.

A partir da criação da profissão em 2002 (lei nº10.507), exigiu-se o ensino fundamental como escolarização mínima e também um curso de qualificação básica para a formação dos Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2002). Embora tenha sido publicado o Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, em 2004, a formação destes ainda não faz parte da realidade de uma grande parte destes trabalhadores, que não desistem de lutar por uma maior qualificação, salários justos e formas de inserção nos serviços de saúde que assegurem seus direitos como trabalhadores (FONSECA, 2013).

É relevante também mencionar que os ACS, embora sejam trabalhadores cujas principais atribuições são a de se solidarizar e de difundir práticas que visem uma vida saudável e que previna os agravos nos usuários, são também moradores da própria comunidade, o que muitas vezes é uma situação que gera estresse em virtude de não ser tão fácil e simples impor limites e terminam por se envolver nas questões e problemas vivenciados pelo morador. Nesse sentido, Durão et al. (2011, p. 152) ressaltam que:

Em síntese, não é ocioso assinalar que os ACSs atuam em meio a uma contradição: são profissionais cuja função é a de serem solidários e disseminarem hábitos que visem à preservação da saúde em um ambiente marcado pela falta de condições dignas de vida. Esse paradoxo entre uma

política efetiva de atuação de cidadania nesses locais e um discurso que enfatiza a necessidade da solidariedade dos trabalhadores com os usuários tenciona, a todo momento, o trabalho desses agentes. Por serem moradores da comunidade e terem uma relação de vizinhança com os usuários do PSF, não conseguem estabelecer um distanciamento em relação aos problemas que os cercam, os quais, ao fim e ao cabo, também os afetam. De mais a mais, são constantemente cobrados pelos usuários para a solução de problemas cuja solução está muitas vezes além da sua possibilidade de atuação.

O trabalho do ACS é vasto, já que engloba atividades nas Unidades Básica de Saúde da Família (UBSF), a área pela qual é responsável, assim como nas residências dos usuários que nela residem. O ACS realiza atividades variadas, principalmente em relação a atenção que dispensam a populações vulneráveis, levando sempre em consideração o ritmo da comunidade como mudanças, migrações, conflitos policiais, entre outros (NASCIMENTO; DAVID, 2008).

2.3 A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DOS ACS

Sobre o conceito de precarização, Alves (2011, p. 86) enfatiza que:

No capitalismo, o trabalhador assalariado é, por um lado, força de trabalho como mercadoria; e por outro lado, ser humano-genérico (o que denominamos trabalho vivo, na medida em que o homem, na perspectiva ontológica, é um animal que se fez homem através do trabalho) (...). Deste modo, a precarização do trabalho que ocorre hoje, sob o capitalismo global, seria não apenas “precarização do trabalho” no sentido de precarização da mera força de trabalho como mercadoria; mas seria também, “precarização do homem que trabalha”, no sentido de desefetivação do homem como ser genérico.

Em relação a precarização do trabalho, são utilizados tanto precarização como precariedade. No campo acadêmico, estes dois termos receberam importância na sociologia a partir do final dos anos 1970, com a crise estrutural do capitalismo. Morosini (2018, p. 139) discorre que:

Ambos os termos são utilizados nos estudos que abordam as transformações ocorridas no mundo do trabalho, em diferentes sociedades, que envolvem a ampliação e a difusão de formas de exploração do trabalho (...) Abrangem em outros aspectos a deterioração das condições de trabalho, a desregulamentação das formas de emprego, a intensificação do trabalho, a extensão dos ganhos salariais, a crescente desproteção social, a difusão da insatisfação e do sofrimento físico/mental associados ao trabalho.

A ideia de precarização está relacionada à reorganização produtiva no pós-fordismo, a partir da década de 1980, no intuito de minimizar as despesas e de abater os direitos da força de trabalho (LOPES, 2011). A precariedade não reflete somente o vínculo trabalho-emprego, e sim a relações trabalho-vida, como percebido nas mudanças em relação à jornada de trabalho, entre outros (ALVES, 2011).

Sob a hegemonia das políticas neoliberais, Morosini (2018) explicita que surgiram novos vínculos laborais, diminuíram-se os direitos, há flexibilização da organização da produção, dos salários; além disso, os processos de trabalho foram modificados, houve a ruptura dos laços de solidariedade entre a classe trabalhadora, fragmentando-a. Ampliou-se a insegurança não apenas no trabalho, mas na vida, como se pode observar no excerto abaixo:

A precarização associando a insegurança das novas formas de organização do trabalho, à corrosão das relações de trabalho, ao enfraquecimento das formas coletivas de representação, ao desmonte dos direitos e da proteção social, entre outros aspectos, compromete os vários trabalhadores, empregados ou não, transformando-se em um vetor de sofrimento e adoecimento. (MOROSINI, 2018, p. 163).

A precarização afetou de forma generalizada os profissionais do SUS, em especial os da Estratégia Saúde da Família (ESF), acarretando impactos diferentes que variavam de acordo com a qualificação profissional destes que incidiram principalmente na diferença entre os salários entre os trabalhadores (MOROSINI, 2010). Em relação ao Agente Comunitário de Saúde, Fonseca (2013, p. 119-120) ressalta que:

[...] a precarização do ACS se efetiva por meio: da desvalorização do trabalhador expressa pelos baixos salários; da terceirização dos vínculos, que gera sensação de instabilidade; das formas de organização e gestão que incitam competitividade; da fragilização política dada pelo enfraquecimento das relações sindicais e, da vulnerabilidade do trabalhador dada pela associação entre desqualificação/simplificação do trabalho.

Morosini (2018) aponta ainda que a precarização do trabalho do ACS vai além das questões contratuais, envolvendo outras dimensões do trabalho que decorrem especialmente:

Das características da gestão da AB; das condições nas quais o trabalho se realiza, das relações estabelecidas no processo de trabalho; e do significado social de suas atividades. Manifestam-se, por exemplo, na percepção do ACS sobre o sentido de suas atribuições, na forma como este se insere na equipe, na sua autonomia para organizar e planejar suas atividades, na satisfação obtida com o trabalho [...]. Afetam a subjetividade do trabalhador e se expressam pelo aparecimento de sofrimento, tensões e adoecimentos que se originam no contexto das atividades laborais. (MOROSINI, 2018, p.23).

O ACS na tentativa de fazer o melhor acaba muitas vezes fazendo o possível e impossível para tentar solucionar alguma demanda que venha de sua área. E neste ímpeto, lança mão de várias estratégias como a realização de visitas domiciliares fora de seu horário de trabalho, entre outras, em uma busca frenética de atender aquele morador. Sente-se responsável, mesmo quando a resolução daquela situação não está em suas mãos, acaba sendo cobrado duas vezes, tanto por ele mesmo, como pelo morador que pressiona para que suas necessidades sejam prontamente atendidas. Tudo isto gera no Agente Comunitário uma pressão e uma angústia, o que pode leva-lo a adoecer psicologicamente, pois vive constantemente nessa tensão.

3 PERCURSO METODOLÓGICO E PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida com abordagem qualitativa. De acordo com Maanen (1979, p. 520), esta “tem por objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social; trata-se de reduzir a distância entre indicador e indicado, entre teoria e dados, entre contexto e ação”.

Para Chizzotti (2001, p. 52), a pesquisa qualitativa fundamenta-se “em dados coletados nas interações interpessoais, na coparticipação das situações dos informantes, analisadas a partir da significação que estes dão aos seus atos. O pesquisador participa, compreende e interpreta”. Já Teixeira (2006, p. 137) destaca também que, em relação à pesquisa qualitativa, que:

[...] o pesquisador procura reduzir a distância entre a teoria e os dados, entre o contexto e a ação, usando a lógica da análise fenomenológica, isto é, da compreensão dos fenômenos pela sua descrição e interpretação. As experiências pessoais do pesquisador são elementos importantes na análise e compreensão dos fenômenos estudados.

Por sua vez, Dias (2000) entende que o estudo qualitativo se configura como uma investigação que visa à interpretação da realidade partindo da vivência, com base no mergulho na realidade do outro, com conseqüente descrição dos fenômenos e comportamentos. Na investigação qualitativa, trabalha-se com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões (MINAYO; SANCHES, 1993).

Os sujeitos desse estudo foram os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das Equipes de Saúde da Família (ESF) do município de Pacaraima que atendem aos cidadãos venezuelanos. De acordo com o Departamento de Atenção Básica (DAB), atualmente estão cadastrados um total de 28 agentes no município de Pacaraima, distribuídos em 05 (cinco) equipes. Destas, três equipes encontram-se na sede do município, sendo duas equipes na Unidade de Referência de Saúde da Família (com um total de 12 ACS) e uma no Posto de Saúde do Suapi (com 04 ACS); uma equipe no Posto de Saúde Surumu (Comunidade indígena) e uma no Posto de Saúde André Fernandes na Boca da Mata (Comunidade Indígena).

Assim, à luz dos objetivos desse estudo, foram considerados os profissionais que aceitaram participar da pesquisa e que atendem ou já atenderam a imigrantes e que trabalham na sede do município, onde os imigrantes venezuelanos têm o seu primeiro contato com o território brasileiro. Foram consideradas as duas Unidades Básicas de Saúde localizadas na

sede de Pacaraima, onde os venezuelanos permanecem por mais tempo. Por serem Comunidades Indígenas e sendo esta uma questão específica, não foram considerados os Postos de Saúde do Surumu e da Boca da Mata. Seguindo estes critérios, dos 16 ACS, participaram da pesquisa 11 sujeitos. É importante salientar que no momento da coleta 04 Agentes Comunitários de Saúde estavam de férias e 01 ACS estava resolvendo questões relacionadas ao tratamento por TFD (Tratamento Fora de Domicílio) de um parente.

Os Agentes Comunitários de Saúde assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), após responderam a um questionário autoaplicativo, pré-codificado, anônimo e com perguntas fechadas, elaborado pela pesquisadora, envolvendo variáveis como gênero, etnia, naturalidade, faixa etária, estado civil, número de filhos, escolaridade, religião, tipo de residência em que mora, tempo de atuação na instituição/ano de início, tempo de trabalho como agente comunitário de saúde, atendimento ao imigrante, formação para desenvolvimento das atividades como agente comunitário de saúde, participação em cursos de capacitação, especificação dos cursos de capacitação e principais fontes de acesso à informação. A aplicação ocorreu em ambiente de trabalho, sob a supervisão da pesquisadora.

Posteriormente, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 10 ACS, sendo 06 agentes das duas equipes da Unidade de Referência da Família e 04 da Posto de Saúde do Suapi, considerando-se aqueles que trabalham há mais tempo na Atenção Básica e que atendam ao critério de seleção dos sujeitos. Utilizamos a técnica de bola de neve, ou seja, o mais antigo indicou outro também antigo, e assim sucessivamente. As entrevistas seguiram um roteiro que envolveu questões que abordaram suas condições de trabalho, a forma como percebem as suas práticas de trabalho, principalmente em relação ao atendimento ao imigrante, assim como acerca da necessidade de uma maior capacitação para desenvolverem suas atividades em área de fronteira.

Para Minayo (2008), a entrevista é a estratégia mais utilizada no que concerne às pesquisas de caráter qualitativo. Triviños (2006) ainda enfatiza que permite ao entrevistado ponderar suas experiências, partindo do ponto principal proposto pelo pesquisador. É importante destacar que esta também permite ao sujeito emitir respostas de forma espontânea e livre.

Cabe salientar que “a entrevista, quando analisada, precisa incorporar o contexto de sua produção e, sempre que possível, ser acompanhada e complementada por informações provenientes de observação” (MINAYO, 2010, p. 263). Para tanto, foi realizada também

observação do trabalho dos ACS selecionados, o que permitiu compreender a dinâmica das atividades que desenvolvem nos cenários em que os sujeitos da pesquisa estão inseridos. De acordo com Queiroz, Vall, Souza e Vieira (2007, p. 267):

A observação torna-se uma técnica científica a partir do momento em que passa por sistematização, planejamento e controle da objetividade. O pesquisador não está simplesmente olhando o que está acontecendo, mas observando com um olho treinado em busca de certos acontecimentos específicos. A observação ajuda muito o pesquisador e sua maior vantagem está relacionada com a possibilidade de se obter a informação na ocorrência espontânea do fato".

Para Lüdke e André (1986), um dos benefícios de lançar mão da técnica supracitada é promover o contato do pesquisador com o objeto de investigação, possibilitando o acompanhamento de experiências diárias dos sujeitos, assim como a apreensão do significado que atribuem à realidade e às suas ações.

Os dados coletados através do questionário estandardizado tiveram como objetivo traçar o perfil socioeconômico e profissional dos entrevistados. Esses dados são apresentados por meio de quadros descritivos. Já as informações coletadas através das entrevistas foram examinadas a partir da análise de conteúdo, particularmente da análise temática ou categorial. Conforme Bardin (1977, p. 105), este procedimento consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. Conforme a autora, a análise de conteúdo compreende três etapas.

Pré-análise: é a fase que se caracteriza pela organização do material coletado, com o objetivo de operacionalizar e sistematizar as primeiras ideias, tem o intuito de levar ao desenvolvimento das operações sucessivas em um plano de análise. Minayo (2000) sublinha que esta etapa envolve três passos importantes: A **leitura flutuante**, que é a apropriação exaustiva do conteúdo; a **constituição do corpus**, que consiste em organizar o material para que possam responder às normas de validade, tais como: a representatividade, a exaustividade, entre outras; e a **formulação de hipóteses e objetivos**, que diz respeito à determinação das hipóteses iniciais, que necessitam ser flexíveis.

Exploração do Material: “consiste essencialmente de operações de codificação, desconto ou enumeração em função de regras previamente formuladas” (BARDIN, 1995, p. 101). Nesta etapa, inicialmente faz-se o recorte do texto em unidades de registro (palavra, tema, entre outros) como foi determinado na pré-análise. Em um momento subsequente, são selecionadas as regras de contagem; depois os dados são classificados e agregados,

selecionando-se as categorias (teóricas ou empíricas) que nortearão as especificações dos temas (MINAYO, 1993).

Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: Os resultados brutos são abordados de forma a terem validade e significado, podendo assim ser submetidos a operações mais simples até as mais complexas, dependendo da situação, possibilitando constituir “quadro de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise” (BARDIN, 1995, p. 101). É relevante ressaltar que a autora reitera que com a posse dos resultados é possível traçar inferências e interpretação dos objetivos que tinham sido previstos, como possibilita também algo que não havia sido esperado.

Para esta pesquisa, foram respeitadas as normas e diretrizes para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, contidas na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos que são: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade, dentre outros.

Os ACS entrevistados foram elucidados em relação aos objetivos e à metodologia proposta, assim como foi garantido o direito de acesso aos dados e assegurado o anonimato e a manutenção do sigilo das informações. Para garantir a privacidade dos participantes, estes não foram identificados. O TCLE assinado foi arquivado pela pesquisadora principal. Os dados foram informatizados em computador pessoal da pesquisadora principal.

Considerando que as pesquisas possuem riscos potenciais que variam de acordo com a pesquisa e seus elementos, por isso a grande probabilidade de risco seria o constrangimento e o desconhecimento dos participantes em relação a alguma questão.

A pesquisa proporcionou benefícios tanto para os sujeitos participantes que tiveram a oportunidade de repensarem suas práticas de trabalho e aprofundar formas de enfrentamento das condições de trabalho, buscando sua melhoria, como para os municípios envolvidos que poderão delinear novas estratégias de gestão e capacitação que expressem a realidade, as quais estas áreas de fronteira estão submetidas.

Esta dissertação foi construída concomitantemente à nossa experiência profissional com os ACS e o atendimento aos imigrantes venezuelanos. O fato de ser enfermeira de formação nos levou à aprovação em um processo seletivo da Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista no início de 2018. Nos primeiros dias de fevereiro, começamos a exercer nossas atividades na Unidade Básica de Saúde Asa Branca, realizando procedimentos relacionados à

minha formação. Em maio do mesmo ano, assumimos por convite a coordenação de uma equipe de Estratégia Saúde da Família (Equipe 5.3). Em um primeiro momento, houve medo e apreensão. Nunca tínhamos trabalhado na Atenção Básica, embora o encanto pelo trabalho desenvolvido dentro da Estratégia sempre existira. Mas aceitei o desafio, começamos a planejar e executar as atividades junto a equipe composta por 06 ACS, uma enfermeira, uma médica e uma técnica em enfermagem. A UBS Asa Branca é um dos postos mais antigos, tradicional em Boa Vista.

Com o aumento da migração, muitos venezuelanos que cruzaram a fronteira dirigiram-se para a capital Boa Vista em busca de melhores condições de vida e à procura dos serviços de saúde e acabaram instalando-se em abrigos, em quartos, apartamentos e casas alugadas. Assim, na área que estava sob nossa supervisão, residia um grande número de venezuelanos que cotidianamente frequentavam a UBS. Chegavam bem cedo para garantir uma vaga na consulta que poderia ser tanto com o médico e/ou enfermeiro.

Atendíamos diariamente mais venezuelanos do que brasileiros. Estes chegavam com todas as mazelas reunidas em uma só pessoa. Tivemos certa dificuldade com alguns atendimentos, pois além do idioma, a cultura e os hábitos de vida eram bem diferentes dos nossos. Em alguns momentos, ficávamos bem preocupados, pois como orientar, por exemplo, uma gestante venezuelana a ter uma alimentação balanceada se muitas vezes a única coisa que ela tinha para comer era um pacote de macarrão instantâneo ou um saco de biscoitos?

Entretanto, existia também um outro lado do atendimento aos imigrantes. Alguns eram extremamente mal-educados. Já chegavam fazendo escândalo. Queriam atendimento prioritário por serem estrangeiros e exigiam consultas com médicos especialistas. Em certas ocasiões, houve tumulto, vozes alteradas e uma grande confusão, principalmente na recepção, onde não aceitavam receber um não.

Rotineiramente, nas visitas domiciliares, os ACS sempre ficavam bastante estressados, pois os venezuelanos pressionavam para que fossem logo resolvidas suas necessidades e questionavam a concessão de benefícios, querendo por força que o Agente Comunitário marcasse horário no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Tentávamos explicar que esse não era o papel do ACS, alguns imigrantes fechavam a cara e não aceitavam mais a entrada do profissional na casa. Diante dessas situações, tínhamos que ir até lá sensibilizá-los para a receber a equipe, tentando mostrar que queríamos ajudar, mas que cada um tinha sua responsabilidade e que muitas vezes a resolução da demanda estava além das nossas possibilidades.

Os imigrantes reuniam-se em seis a oito famílias para dividirem um apartamento que, geralmente, tinha três cômodos, com o mínimo de condições. Diante desse cenário, os agentes comunitários passaram a atender um número maior de pessoas e as visitas eram bem complexas e demoradas, pois além de cadastrar cada um dos indivíduos residentes naquele imóvel, buscavam informações sobre o estado de saúde, situações de vulnerabilidade, somados à dificuldade na comunicação, de entendimento das informações por parte dos venezuelanos e a intensa mobilidade do imigrante que confundia não só o agente comunitário, mas também a equipe. Os ACS reclamavam que não conseguiam acompanhar toda essa movimentação e que tudo estava se transformando em um martírio.

Vale ressaltar que, com o aumento da demanda e com o déficit de recursos humanos, grande parte dos profissionais ficou bastante sobrecarregada, tornando quase impossível o bom andamento das atividades. É fato que, dentro dos abrigos, havia uma equipe de saúde dando assistência aos que lá estavam instalados, mas para os venezuelanos que se encontravam em residências alugadas ou em prédios públicos, era nas UBS que encontravam atendimentos

Os usuários brasileiros reclamavam que quase nunca conseguiam vagas para consultas médicas ou procedimentos de enfermagem como, por exemplo, para a coleta do exame preventivo do câncer do colo uterino ou mesmo para imunizar-se, já que essas vagas eram rapidamente preenchidas pelos venezuelanos, frequentadores assíduos.

Durante todo esse movimento de venezuelanos no estado, houve uma série de tentativas de conter o avanço de doenças – como o sarampo, por exemplo – que já haviam sido erradicadas, mas, coincidentemente ou não, com o aumento da migração voltaram a assolar o Brasil, em especial o estado roraimense. Para conter a epidemia, foram realizadas grandes ações como vacinação na fronteira, nas escolas, na sede da Polícia Federal e nos abrigos.

Foi realizada também uma operação chamada de “Vacinação Casa a Casa”. Esta consistia em reunir os profissionais (enfermeiros, ACS, técnicos de enfermagem e vacinadores) das equipes de todas as 32 UBS da capital Boa Vista que foram divididos por bairros. Cada grupo era formado por um enfermeiro e três ou quatro ACS ou um técnico de enfermagem e três ou quatro ACS, os quais percorriam as ruas com a intenção de imunizar o maior número possível de pessoas. Os ACS iam na dianteira para verificar a situação vacinal de cada morador. De lado, nas residências em que estavam todos vacinados, colocavam um adesivo verde para sinalizar à vizinhança que os moradores daquela casa estavam imunizados,

por outro lado, era colocado um adesivo vermelho na porta da residência das pessoas que necessitavam serem vacinadas. Então, o enfermeiro ou técnico em enfermagem chegava com a caixa de vacina para imunizar quem estava faltando. Uma estratégia que lembrava muito o processo de guetificação. De qualquer forma, o procedimento não foi suficiente para conter o avanço da doença.

O caos na Venezuela agravou consideravelmente os problemas de Roraima, com o colapso de suas instituições públicas. Certamente não estamos preparados para possíveis situações como estas, mesmo sendo um estado com tríplice fronteira, vulnerável a esse tipo de situação. Com todos esses problemas, os profissionais da saúde sofrem também, pois estão na ponta e recebem essa “avalanche” de pessoas e têm que atender e fazer o impossível para dar resolutividade em tempo hábil.

O profissional, na maioria das vezes, se percebe com as responsabilidades triplicadas, tendo que fazer de tudo para entender o que o imigrante está falando, compreender que tem que ser paciente com aquela pessoa sofrida que largou tudo e fugiu da crise, deixando tudo para trás, atrás da possibilidade de recomeçar, mesmo passando fome, não tendo emprego e nenhuma perspectiva. A maioria dos profissionais que trabalha diretamente com o imigrante acaba tendo suas rotinas mudadas, afetadas de várias formas e proporções.

3.1 SUJEITOS QUE FALAM

O quadro descritivo abaixo serve para demonstrar a quantidade de participantes que fizeram parte da pesquisa, sua idade, escolaridade, estado civil, orientação sexual e ocupação, a forma de quadro foi escolhida visando melhorar a visualização desses dados. Importante destacar que os nomes dos participantes usados na pesquisa são fictícios, foram utilizados nomes de comunidades indígenas representando os povos que vivem na região do estado de Roraima, onde a pesquisa foi realizada.

Nome	Gênero	Idade	Procedência	Estado Civil	Escolaridade	Tempo de Atuação	Participou de curso de capacitação	Turno de Trabalho
1 Ananás	F	44	Itaituba-PA	Casada	Graduada	09 Anos	Sim	M/V
2 Anaro	F	42	Boa Vista-RR	Casada	Graduação Incompleta	15 Anos e 08 Meses	Sim	M/V
3 Aningal	F	51	Urucurituba-AM	Casada	Especialização	12 Anos	Sim	M/V
4 Anta	F	37	Boa Vista-RR	Casada	2º Grau Completo	11 Anos	Sim	M/V
5 Araçá	F	32	Boa Vista-RR	Casada	2º Grau Completo	12 Anos	Sim	M/V
6 Arapuá	F	46	Bonfim-RR	Casada	2º Grau Completo	16 Anos	Sim	M/V
7 Barata	F	46	Zé Doca-MA	Solteira	2º Grau Completo	17 Anos	Sim	M/V
8 Livramento	F	42	Primavera-PA	Solteira	2º Grau Completo	10 Anos	Sim	M/V
9 Bom Jesus	F	35	São Geraldo do Araguaia- PA	Solteira	2º Grau Completo	08 Anos	Sim	M/V
10 Boqueirão	F	21	Zé Doca-MA	Solteira	2º Grau Completo	01 Mês	Sim	M/V
11 Cajueiro	F	34	Boa Vista-RR	Solteira	2º Grau Completo	09 Anos	Sim	M/V

Em relação à caracterização socioprofissional dos sujeitos que falam, constatamos que a idade dos 11 profissionais variou entre 21 a 51 anos; estando 01 sujeito na faixa etária que vai de 21 a 31 anos (9,1 %); 04 na faixa etária que vai de 32 a 41 anos (36,4%) e 06 com idades maior ou igual a 42 anos (54,5 %), destacando-se uma faixa etária mais avançada entre as ACS de Pacaraima. Pressupomos que o ACS de idade mais avançada é também mais conhecido, mais vivido, reunindo uma gama de experiência de vida. A respeito disso, vale mencionar Palhares (2011, p. 37):

A faixa etária mais elevada na atividade de ACS contribui para a vivência na profissão e favorece a realização das ações de educação em saúde na comunidade, visto ser uma atividade exclusiva para prestar serviço ao SUS, com pouca ou nenhuma oportunidade de adquirir experiência antes de ser ACS. Esse fato os torna privilegiados em relação a outros ACS mais novos no quesito experiência prática.

No que concerne ao gênero, os sujeitos da pesquisa foram em sua totalidade do sexo feminino, com um total de 11 sujeitos (100%). Isso pode ser explicado pelos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, cuja projeção da população brasileira para 2018 é de 106.523.727 mulheres para 101.971.173 homens, com 4.552.554 mulheres a mais que homens. Já em Roraima, a projeção revela que há mais homens do que mulheres, já que há

295.323 homens e 281.245 mulheres, com 14.078 homens a mais (IBGE, 2018). Sobre existir mais ACS mulheres do que homens, Palhares (2011, p. 38) também comenta a predominância feminina entre os ACS:

A prevalência de mulheres na profissão de ACS pode estar ligada a diversos fatores, como ter maior contato com vizinhos e prestar-lhes ajuda nos casos de doença; participar mais de atividades sociais, clube de mães, reuniões religiosas, associação de moradores; e apresentar mais disposição, tempo para realizar trabalho voluntário na comunidade. Esses atributos são encontrados com maior frequência entre as mulheres e devem favorecer a indicação para serem ACS, em especial no início do Programa, quando, possivelmente, se pôde priorizar essas características.

Trabalhar como ACS possibilita que essa mulher sustente e fique próxima de sua família, dispensando atenção e cuidado aos seus filhos e maridos. Aliado a tudo isso, certamente ser mulher favorece que certas intimidades sejam reveladas pelos moradores às ACS, sobretudo no tocante à saúde da mulher, como a questão sexual ou alguma situação ginecológica, já que para o ACS homem haveria mais resistência em falar de certas situações.

Em relação à procedência das ACS, 05 participantes nasceram no estado roraimense, 03 no estado do Pará, 01 no estado do Amazonas e 01 no estado do Maranhão. Roraima possui um grande número de pessoas vindo principalmente do Pará, Amazonas e de vários estados nordestinos (Maranhão, Ceará, Pernambuco, Paraíba). Souza e Nogueira (2015, p. 123) relatam que:

Nas últimas quatro décadas, segundo dados do IBGE (Censos Demográficos de 1980, 1991, 2000, 2010), boa parte dos migrantes que chegam à Roraima são provenientes da própria Região Norte (Pará e Amazonas) e, principalmente, do Nordeste, destacando-se os maranhenses. Quanto ao primeiro dado, podemos observar que muitos destes que procedem do Pará ou do Amazonas, por exemplo, ou são naturais de um estado nordestino que migram por etapas ou são descendentes de migrantes nordestinos já nascidos nestes lugares. Quanto aos provenientes do Maranhão, estes estão espalhados por toda a Amazônia, fato que pode ser explicado por sua realidade socioeconômica excludente, podendo ser arrolada também como facilitadora da migração a proximidade geográfica com o Pará e o fato de parte do território do Maranhão integrar a Amazônia Legal.

No que tange ao estado civil, 06 participantes (54,5%) são casadas e 05 (45,5%) solteiras. Quanto à escolaridade, 01 (9,1%) possui especialização, 01 (9,1%) ensino superior e 01 (9,1%) ensino superior incompleto e 08 (72,7%) ensino médio. Cabe salientar que as seis mulheres ACS casadas compartilham a responsabilidade no sustento da família com seus respectivos maridos. Para as ACS, os afazeres domésticos, a necessidade de ter uma renda fixa e o cuidado com os filhos foram determinantes na interrupção temporária da

escolarização. Uma ACS só concluiu o ensino superior em Pedagogia após começar a exercer suas atividades como Agente Comunitário.

Vale destacar que o maior grau de escolaridade possibilita uma maior compreensão da realidade vivenciada por seus usuários e um maior entendimento das suas atribuições. Morosini (20108, p. 22) menciona que “Os ACS também apresentam, hoje, uma maior escolaridade. A inexistência de uma política de formação profissional específica vem acompanhada da busca por outros cursos técnicos ou de nível superior, na saúde ou em outras áreas”.

Para essas mulheres de Pacaraima, o trabalho como ACS foi uma oportunidade única de ter um emprego estável, próximo a sua residência, ajudar nas despesas com a casa, investir na complementação da escolarização, além do grau de satisfação em ser útil e estar fazendo um trabalho que ajude as pessoas, mesmo com todos os problemas enfrentados cotidianamente, como é enfatizado por Morosini (2018, p. 206):

O ingresso no trabalho de ACS foi fortemente caracterizado como a oportunidade de emprego que se viabilizou para esta fração da classe trabalhadora mais exposta ao desemprego, ocupações intermitentes, baixa remuneração e trabalho informal. Para a maioria das mulheres, o trabalho como ACS foi sua primeira atividade formalmente remunerada.

É importante salientar que todos os Agentes Comunitários de Saúde referiram que já participaram de cursos de capacitação, mas que já faz certo tempo que não é ofertado. Relatam que sentem falta desses cursos, principalmente nesse momento de intenso fluxo de venezuelanos no estado, pois consideram imprescindível a capacitação para um bom desempenho profissional.

Em relação ao tempo de atuação dos 11 sujeitos: 01 tem 17 anos de atuação, 01 tem 16 anos, 01 tem 15 anos e 08 meses, 02 participantes têm 12 anos de atuação, 01 atua há 11 anos, 01 atua há 10 anos, 02 atuam há 9 anos, 01 atua há 8 anos e 01 atua há 01 mês apenas. O tempo de atuação como ACS teve uma variação entre 08 a 17 anos, o que implica no conhecimento mais aprofundado das áreas pelas quais estão responsáveis e o que pressupõe laços pessoais mais sólidos, maior confiança entre morador e seu Agente Comunitário. Enfim, tudo sugere que esses provavelmente conhecem melhor quais são as famílias em situação de maior vulnerabilidade, o que lhes permite planejar e desenvolver suas atividades de forma mais rápida e com mais segurança.

Das 11 ACS participantes desta pesquisa, 10 ACS são estatutárias desde 2016 quando o município de Pacaraima lançou concurso e no qual foram aprovadas. Antes desse ano, o

ingresso se dava através de processo seletivo. Apenas uma entrevistada ainda é celetista e trabalha há um mês como ACS. Ingressou através de um processo seletivo lançado pelo município para provimento de vaga deixada em decorrência do falecimento de uma Agente Comunitária do quadro efetivo.

De modo geral, a obrigatoriedade em ser morador da comunidade, cenário no qual exerce suas atividades, afastou por um longo período a possibilidade do ACS em ser estatutário, já que para os concursos independe o local em que o candidato reside, o que vai de encontro do que se exigia para ser Agente Comunitário de Saúde (MOROSINI, 2010).

No tocante ao local de trabalho, 08 pessoas trabalham na Unidade de Referência da e 03 no Posto de Saúde do Suapi. Todas as ACS participantes foram unânimes em referir que não têm tempo para exercer outras atividades além das de Agente Comunitário de Saúde, pois trabalham em regime de 40 horas semanais.

O profissional de saúde que exerce suas atividades em área de fronteira convive diariamente com os estrangeiros em uma dinâmica de entra e sai do seu país de origem, seja para passear, para fazer compras no país vizinho ou em busca de algum serviço de saúde, entre outros. As ACS que responderam ao questionário sabem bem o que é esse convívio e relatam que mais recentemente esse trânsito atingiu proporções ainda maiores, como se apontou acima, devido à crise de proporções alarmantes. Segundo Nascimento, Oliveira e Félix (2017, p. 605):

É difícil calcular o número exato de imigrantes venezuelanos que chegam ao Brasil todos os anos. Todavia, entre 2014 a 2016, houve um aumento alarmante no número de vistos em Roraima. Segundo dados do governo de Roraima, há uma população de aproximadamente 30.000 venezuelanos fixados no Estado. A situação torna-se ainda mais grave quando se constata que Pacaraima é um município minúsculo, com cerca de 12.000 habitantes, o que deixa clara a ausência de estrutura para receber tão grande número de estrangeiros.

O aumento da imigração venezuelana em direção ao Brasil alterou a dinâmica de Pacaraima, como também de todo o estado roraimense, gerando uma sobrecarga na procura por serviços de saúde, educação, além da busca incansante por um emprego, havendo toda uma movimentação a fim de acolher estes imigrantes. Com isso, o trabalho do ACS de Pacaraima também aumentou, visto que o município acolheu esses imigrantes que foram se

instalando em espaços públicos, mas também em casas alugadas ou abrigos construídos para recebê-los.

Para que houvesse uma amplitude maior do conhecimento dos contextos estudados, este estudo foi analisado e consubstanciado em categorias a partir das falas mais relevantes e representativas dos entrevistados. Essas categorias serviram de base para a análise de dados desta pesquisa.

4 O QUE DIZEM OS ENREVISTADOS

4.1 OS ACS COMO ELO ENTRE OS USUÁRIOS E O SISTEMA

O agente é a ponte. Ele é a ponta. É ele quem traz a informação para a equipe, ou de modo geral para o sistema. É o primeiro contato (Ananás, F, 44 anos).

O significado da palavra *elo* no dicionário Aurélio é de ligação, laço. E é nesse sentido que a entrevistada Ananás entende o que é ser Agente Comunitário de Saúde. É ele quem leva as informações relacionadas à saúde para a comunidade. Corroborando essa visão, Martins e Stauffer (2012, p. 2) relatam que há: “em documentos oficiais e em artigos acadêmicos a concepção de que o ACS é o ‘elo’, a ‘ponte’ entre a comunidade e os serviços de saúde (MENDONÇA, 2004; entre outros), sendo por isso mesmo, instituído como um trabalhador ímpar na ESF”.

Em sua rotina, os ACS realizam atividades que ultrapassam as que são preconizadas pelo Ministério da Saúde, percebem-se no ímpeto de darem resolutividade as necessidades da comunidade, rompendo então com a dureza da organização do trabalho, no qual as funções são bem determinadas e onde cada profissional se responsabiliza pelo seu cenário de atuação. Assim, mais do que compor a equipe e estar inserido na comunidade, o Agente é considerado como o facilitador da criação de vínculos (JORGE et al., 2007). Morosini (2018, p. 100), por sua vez, retrata o papel do ACS:

[...] como o de um ‘mediador’ entre, de um lado, os profissionais, o conhecimento técnico-científico portado por eles, suas formas de conduzir e atuar sobre o processo saúde-doença e, de outro, a comunidade, as relações desenvolvidas entre seus moradores, suas condições de vida, de saúde, de educação, a cultura, seus saberes e modos de levar a vida, explicar e compreender os aspectos do adoecimento.

As Agentes de Pacaraima entendem que elas são a conexão entre o sistema e a comunidade, levando informações necessárias à comunidade, realizando principalmente a prevenção, formando vínculos e ganhando a confiança das pessoas para que estas compartilhem suas necessidades de saúde. Entretanto, é válido ressaltar que as ACS entrevistadas se percebem como ponte entre a comunidade e o serviço de saúde, integrando a equipe, tendo sobre si a responsabilidade de tornar possível que o usuário tenha acesso aos serviços de saúde, embora nem sempre seja possível, devido à falta de condições para tal. Sobre esta questão, Morosini (2018, p. 220) entende que:

[...] trata-se de um complexo de mediações que interagem de forma dialética e contraditória, tornando o trabalho do ACS e ele próprio particularmente tensionados e afetados pela discrepância entre a expectativa do direito universal e integral à saúde e as condições insuficientes, excludentes e precárias para a sua realização.

A limitação em resolver as situações dos moradores acaba por trazer à tona sentimentos de frustração, tanto para o morador que depositou sua esperança no ACS como para o próprio profissional, que se sente incapaz e desmotivado por não conseguir dar a solução tão aguardada por aquele morador de sua área, principalmente diante da grande demanda que se estabeleceu com a vinda maciça dos imigrantes venezuelanos. As ACS relataram que com a chegada dos novos moradores a situação se agravou ainda mais, já que os serviços de saúde estão sobrecarregados e não conseguem absorver nem metade das novas necessidades advindas dos imigrantes. Referiram o colapso dos serviços de saúde tanto de Pacarima como do estado roraimense todo.

Cabe mencionar que o trabalho dos ACS perpassa por três dimensões que, segundo Chiesa e Fracoli (2004, p. 44), são:

Dimensão técnica: atende indivíduos e famílias através de ações de monitoramento de grupos específicos, doenças prevalentes e de risco, através de visitas domiciliares e informação em saúde com base no saber epidemiológico e clínico;

Dimensão política: o ACS é quem reorienta o modelo de atenção à saúde na discussão dos problemas e organização da comunidade, auxiliando no fortalecimento da cidadania, através das visitas domiciliares e educação em saúde, com base nos saberes da saúde coletiva;

Dimensão da assistência social: há uma tentativa de se resolver questões, entre elas a de acesso aos serviços.

Além destas três dimensões, não se pode esquecer que o ACS é um agente educador, pois atua diretamente na prevenção, orientando e sensibilizando as pessoas, seja quanto aos cuidados com a saúde, seja no tratamento, como evitando agravos e prevenindo doenças, ajudando a comunidade a ter mais qualidade de vida. Conforme o Ministério da Saúde e da Educação, em relação ao Referencial Curricular para o Curso Técnico de ACS, o agente comunitário:

[...] atua no Sistema Único de Saúde, no campo de interface intersetorial da assistência social, educação e meio ambiente, desenvolvendo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de processos educativos em saúde, privilegiando o acesso às ações e serviços de informação e promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania, no âmbito social e da saúde. (BRASIL, 2004, p. 17).

Ainda segundo Rocha, Barletto e Bevilacqua (2013), o Agente Comunitário está mais próximo ao usuário graças à sua função de educador, principalmente na oportunidade das visitas domiciliares. Nesse sentido, os autores mencionados afirmam que: “A partir dessa troca também acontece o aperfeiçoamento do saber popular e científico em um processo educativo, onde não se exclui um saber pelo outro” (ROCHA; BARLETTO; BEVILACQUA, 2013, p. 978).

O Agente tem que dar conta. Ele que tem que dizer onde está aquela família. Tem o hipertenso, o diabético. Tem a visita dele. Tem que levar para ele a prevenção. A educação é o mais importante (Livramento, F, 38 anos).

A fala da entrevistada Livramento, assim como a de todas entrevistadas, leva-nos a entender que o Agente Comunitário sabe o quanto é importante a educação, o quanto é necessário ser agente educador, sobretudo nos municípios mais distantes, onde é mais difícil o acesso às informações.

Neste sentido, o papel do ACS é muito amplo. Mesmo não tendo formação técnica adequada, estes profissionais necessitam ir muito além, têm que estar atentos e, principalmente, conquistar a confiança do usuário para que este se sinta à vontade e consiga conversar sobre os vários assuntos relacionados a sua situação de saúde. Muitas vezes, esse profissional é solicitado fora do seu horário de trabalho, tendo que resolver alguma questão em área com certa urgência. A respeito disso, Theisen (2004, p. 31) salienta que:

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) se diferencia dos demais trabalhadores da área da saúde, porque este profissional mesmo não sendo reconhecido como técnico por não ter uma formação científica, atua em várias situações ao mesmo tempo as quais envolvem questões sobre doença/saúde; educação/informação; prevenção/assistência; bem como, contato direto e constante com o usuário de seus serviços (população da comunidade). O processo de trabalho na qual o ACS se envolve vai desde visitas domiciliares realizando orientações sobre saúde, meio ambiente, saneamento básico até prestação de primeiros socorros nos casos de emergência.

4.2 CONDIÇÕES DE TRABALHO E PRECARIZAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Tem um quintal na casa. Eles [os imigrantes] fazem outras casinhas dentro do quintal. De lona mesma. O dono cede porque é de algum conhecido deles ou às vezes ele aluga. São várias famílias em uma casa. Crianças e idosos, vários homens. Fico com medo. Esse povo amedronta a gente (Ananás, 44 anos).

Com a chegada dos venezuelanos, mudou muita coisa, e muito, veio mais trabalho, claro e medo. Medo porque na minha área, visitar uma casa sozinha com quinze pessoas, quinze homens? Com todos te olhando, principalmente se for em uma área longe de pouco acesso. Fora o medo de se deparar com doenças que a gente não conhece (Araçá, 32 nos).

As ACS do município de Pacaraima relataram, em vários momentos das entrevistas, as dificuldades para desenvolver seu trabalho no atendimento ao imigrante venezuelano, sobretudo, na Visita Domiciliar (VD). Afirmaram que esta é uma das suas principais atividades, sabem a importância que têm, pois é a partir destas visitas que elas orientam as pessoas em relação aos serviços prestados pelas Unidades Básicas de Saúde, conseguem conhecer um pouco mais daquele núcleo familiar, seus modos, rotinas e quais são as situações vulneráveis que necessitam de mais atenção. Em relação a VD, Morosini (2018, p. 98) infere que:

[...] é o momento principal no qual o ACS fornece orientações de diversos tipos, relacionadas à prevenção, à promoção e ao cuidado da saúde, e informações sobre a dinâmica de funcionamento das unidades. É também o local de observação, interação, escuta e acolhimento das demandas dos moradores pelos agentes. As VD são realizadas diariamente pelos ACS, podem ser rotineiras ou fazer parte de um esforço de busca ativa, quando a unidade de saúde precisa, por exemplo, encontrar um usuário que evadiu de um programa de acompanhamento contínuo.

Referiram também que durante as visitas domiciliares aos venezuelanos sentem medo e insegurança. Ao chegar ao Brasil, esses imigrantes se aglomeram diante de prédios públicos ou juntam-se em três ou quatro famílias e alugam pequenos apartamentos em condições precárias. A partir da VD, as ACS têm a oportunidade de constatar que essas moradias abrigam grande quantidade de pessoas, muitos homens o que acaba por gerar medo nas profissionais, talvez associado à dificuldade na comunicação, devido à língua. Acrescenta-se a isso o fato de geralmente esses apartamentos se localizarem em áreas de venda e consumo de drogas e prostituição. Torna-se presente o temor de ocorrer algum tipo de violência, principalmente a sexual. Por isso mesmo, evitam fazer visitas sozinhas, inclusive pelo receio de serem assaltadas, como discorrem Polaro, Gonçalves e Alvarez (2013, p. 938):

[...] a violência é um entrave para o profissional da saúde que atua na atenção básica, principalmente na ESF, dada a característica de ser prestada na comunidade, no domicílio, expondo profissionais a ambientes violentos. Essa vulnerabilidade à violência gera sentimentos de medo, ansiedade, impotência e frustração, comprometendo sua saúde física e mental. A violência faz com que o trabalho na ESF se descaracterize, pois ao se limitar a atender mais no interior das unidades de saúde, o atendimento da comunidade fica prejudicado.

As ACS referiram que cotidianamente, por tudo isso, se sentem à “mercê da sorte”, contando apenas com outra colega de profissão que disponha de seu tempo para acompanhá-las nestas visitas, sentindo-se mais protegidas e amparadas quando vão em pares ou em trio.

Tem imigrante que a gente sabe que precisa dar mais atenção, porque não cuida da sua saúde. Então tem vezes que tenho que ir à noite na casa dele, ou em outro horário. Geralmente durante a semana estão ocupados pela rua tentando ganhar a vida. Acabo não tendo final de semana. Me preocupo com eles (Arapuá, 46 anos).

A ACS Arapuá chamou a atenção para o fato de que tem que ficar vigilante o tempo todo, para não perder de vista aquele imigrante que precisa de uma maior atenção. Por conta de situações como estas, citou que as visitas nesses casos têm que ser diferenciadas e que toda essa situação acaba por interferir no planejamento e execução de suas atividades. Mencionou que existem vezes que precisa visitar fora do seu horário de trabalho que é quando consegue encontrar boa parte dos imigrantes em casa, já que a maioria passa o dia buscando emprego ou fazendo diárias em fazendas.

Já Araçá apontou o medo de contrair doenças desconhecidas ou até mesmo aquelas consideradas erradicadas, a exemplo do sarampo que ultrapassou os limites da fronteira e chegou até o Brasil, configurando no estado de Roraima uma epidemia, e um corre-corre para “frear” novos casos e imunizar as pessoas.

As Agentes expressaram ainda que a condição do imigrante é flutuante, ou seja, está em constante mobilidade, pois sua intensa movimentação entre os dois países e/ou entre os municípios do próprio estado acaba por se constituir em obstáculo no processo de trabalho desta profissional, sobretudo, no que se refere ao acompanhamento da situação de saúde dos moradores venezuelanos de suas respectivas áreas.

As entrevistadas entendem que o cadastramento faz parte do seu trabalho e que esses são importantes para o planejamento das atividades. De acordo com Morosini (2018), os cadastros das pessoas do território é uma das primeiras ações que são realizadas pelo ACS. Através destes, são colhidos dados relacionados a questões sociais, econômicas, sanitárias e demográficas que servem como base para o planejamento das ações.

Eles não têm um paradeiro. Hoje eles estão aqui. Amanhã estão em outra área. A gente faz o cadastro deles aqui de manhã e à tarde eles não estão mais. Quando a gente cadastra, por exemplo, uma grávida de manhã na visita e por algum motivo volta à tarde para avisar sobre a consulta ou dar outra informação, ela não está mais. Já está em Boa Vista. Quando a gente pensa que ela está em Boa Vista, ela está de volta para cá. É muito confuso. Estou adoecendo psicologicamente (Aningal, 51 anos).

Essa situação relatada por Aningal é bem comum, quando se leva em consideração território em área de fronteira, já que as pessoas acabam entrando e saindo do Brasil. Embora, nos últimos anos os imigrantes, que vêm fugindo da crise, acabam fixando moradia no território brasileiro e têm em Pacaraima sua primeira tentativa de ganhar a vida. Frequentemente, essa primeira investida quase sempre não é bem sucedida, porque por um lado não há como o mercado de trabalho local absorver toda essa população, por outro lado, há superlotação dos abrigos, o que acaba por levar os imigrantes venezuelanos a procurarem outros destinos como os outros municípios do estado e, em especial, a capital Boa Vista, em busca de ganhar seu sustento. Há também um movimento do governo federal com outros estados de fazer a interiorização desses imigrantes para outros estados da federação, a exemplo, São Paulo, Mato Grosso, Amazonas, entre outros.

Os Agentes Comunitários de Saúde então acabam não desenvolvendo adequadamente suas atividades, pois mesmo que sempre tenha existido essa flutuação, que é uma característica de área de fronteira, esta não se revelava tão intensa como vem acontecendo nos últimos anos, o que deixa o trabalho da ACS confuso, pois tem que ficar sempre atento, pois sempre há um ir e vir destes imigrantes.

As entrevistadas relataram que vêm adoecendo psicologicamente, pois não conseguem desenvolver suas atividades e são cobradas por isso, pois têm que dar conta de onde está, por exemplo, a gestante venezuelana que não está comparecendo a consulta do pré-natal ou o hipertenso que não está vindo pegar a medicação.

Nunca dá a medicação o mês inteiro. Até porque eles pegam o remédio deles e se o pai ou um parente dele é hipertenso, ele pega aquele remédio que ele pegou para ele e divide com outros. O da malária também. Aí não fazem o controle direito e a medicação nunca dá (Bom Jesus, 35 anos).

A entrevistada Bom Jesus se pronuncia sobre a questão das medicações que são dispensadas ao usuário e sobre o fato de como é difícil sensibilizá-lo a fazer o controle de sua situação de saúde. Talvez por uma questão cultural ou pela falta de conhecimento, acabam por dividir sua medicação com o outro, sem saber dos riscos que isto pode trazer ao outro, já que é de conhecimento geral que não se pode usar medicação sem a correta indicação, o que pode trazer sérios prejuízos a saúde de quem toma remédio sem prescrição médica. Assim, o ACS sente-se aflito, apreensivo, pois este se sente responsável pelos moradores, assim como pela sua microárea. Gomes et al. (2009, p. 750) revelam que:

Situações como essas fazem com que a abordagem do ACS, muitas vezes, seja baseada principalmente no controle de doenças crônicas e na prevenção

de outros agravos, através do esclarecimento de dúvidas, da criação de vínculos de confiança, do reforço à solidariedade e escuta das demandas.

4.3 AFETIVIDADE PARA COM OS IMIGRANTES

Eu vejo aquela família, principalmente aquelas crianças e velhinhos chorando porque não têm o que comer, me dói na alma. Entro pelo quintal de uma residência, no que serve de casa, que é um estrutura de lona e encontro um fogo feito com alguns gravetos e dois pacotes de miojo que servirão para alimentar as pessoas naquele dia inteiro. Isso é muito sofrido (Anta, 37 anos).

Segundo Sawaia (2001, p. 98), a afetividade é:

[...] entendida como a tonalidade e a cor emocional que impregnam a existência do ser humano e se apresentam como: 1) Sentimento, reações moderadas de prazer e desprazer, que não se referem a objetos específicos; 2) Emoção, fenômeno afetivo intenso, breve e centrado em fenômenos que interrompem o fluxo normal da conduta.

A afetividade em relação aos venezuelanos é uma constante entre as Agentes Comunitárias de Saúde de Pacaraima entrevistadas. Os imigrantes que vêm fugindo da crise de seu país chegam ao Brasil em extrema vulnerabilidade, “jogados a própria sorte”. Esta situação faz emergir nas pessoas uma enxurrada de sentimentos.

E nesse cenário, não tem como não se colocar no lugar do outro, e não ter aquela vontade louca de querer ajudar, seja com a doação de roupas que não se quer mais ou com a oferta de um prato de comida, para aplacar a fome e acalantar a alma. Mas, ao mesmo tempo, a certeza de que aquele gesto, só irá amenizar o problema naquela hora, gera um desconforto, uma preocupação, pois a problemática acerca dos venezuelanos tem dimensões maiores, que só atos momentâneos não serão suficientes para resolvê-la. Sobre essa questão, os ACS muitas vezes se sentem impotentes em relação ao sofrimento do outro, o que acaba por gerar também sofrimento no trabalhador, como expõem Rosa, Bonfanti e Carvalho (2012, p. 148-149):

[...] é o ACS que entra em contato mais cruamente com as diversas formas de sofrimento da população. Seu papel ultrapassa, portanto, as atribuições que lhe compete, afinal a vida no bairro, em suas diversas expressões, continua depois do expediente, nos feriados e nos fins de semana. Assim, há que se considerar que, geralmente, a atuação do ACS está permeada de considerável envolvimento pessoal e interpessoal, o que pode trazer conflitos e desgaste emocional.

As ACS referiram em vários momentos da entrevista que a vontade de querer ajudar os imigrantes venezuelanos é enorme, devido ao grande número de pessoas, principalmente de crianças e idosos, passando fome, abrigadas em minúsculos quartos sem a mínima infraestrutura, como a fala de Anta (37 anos) define é “de cortar o coração”. Mas conforme a entrevistada relatou não tem como ajudar todos, pois seu salário só dá para suprir suas necessidades, o que leva a um sentimento de frustração, e de sofrimento, pois a sensação é de estar de mãos atadas.

Morosini (2018, p. 204) percebe que: “A solidariedade é um atributo muito esperado do ACS e, geralmente, o trabalhador se dispõe a atuar, além do seu escopo de atribuições, para o equacionamento das necessidades que encontra entre os ‘comunitários’”. Ter solidariedade e empatia era quesito para ser ACS aliados ao fato de residirem na área além de estarem disponíveis para trabalhar 40 horas (MOROSINI, 2018).

Frequentemente, os ACS presenciam muitas situações difíceis, e isso faz com que se sintam mais responsáveis. Não dispõem de muitos meios para amenizar tanto para o outro como para si. Entende-se que sejam essas algumas das razões que levam a sensação de ser impotente e insatisfação para com o trabalho (ROSA; BONFANTI; CARVALHO, 2012).

Os imigrantes venezuelanos tentam ganhar o seu pão de cada dia de todas as formas, mas na maioria das vezes todo o esforço é em vão, e os que conseguem no final do dia, seja fazendo uma diária, oferecendo serviços de carpintaria, em fazendas, serviços gerais, seja parado nos sinais com papelões pendurados no pescoço implorando por doações, mal dá para alimentar a sua família.

Já para aqueles que estão em abrigos, há distribuição de alimentação e atendimento médico dentro destes espaços, mas a maioria das vezes estes encontra-se super lotados e muitos imigrantes acabam reclamando da falta de privacidade e da organização destes, então saem à procura de garantir seu sustento, nem que para isso procurem alternativas como a prostituição, a venda de drogas entre outras atividades ilícitas. Isto aumenta o medo e a insegurança das pessoas, assim como também dispara os índices de violência.

Enfim, as ACS entrevistadas relataram que é muito triste presenciar pessoas tendo que largar suas vidas, suas famílias, amigos e sair às pressas, fugindo, muitos só com a roupa do corpo em busca de um amanhã digno, em que consigam um “lugar ao sol”. De acordo com Durão et al. (2010, p. 152), os Agentes Comunitários de Saúde:

[...] são profissionais cuja função é a de serem solidários e disseminarem hábitos que visem à preservação da saúde em um ambiente marcado pela falta de condições dignas de vida. Esse paradoxo entre uma política efetiva de atuação de cidadania nesses locais e um discurso que enfatiza a necessidade da solidariedade dos trabalhadores com os usuários tensiona, a todo momento, o trabalho destes agentes. Por serem moradores da comunidade e terem uma relação de vizinhança com os usuários do PSF, não conseguem estabelecer um distanciamento em relação aos problemas que os cercam, os quais ao fim e ao cabo, também os afetam.

As ACS mencionaram fazer de tudo para ajudar e relataram que inúmeras vezes são abordadas pelos imigrantes que solicitam ajuda para arranjar um emprego ou para conseguir doações do mínimo para sua sobrevivência. As entrevistadas demonstraram irritação ao mencionarem que mesmo tendo sido montado uma grande estrutura com abrigos e a presença de Organização Não Governamental (ONG) com o objetivo de ajudar os imigrantes, não foi suficiente, pois os venezuelanos acabaram se instalando das formas mais variadas. Muitos preferem não ficar nos abrigos e instalam em um primeiro momento diante dos prédios públicos, em praças onde fazem suas necessidades a céu aberto. O mau cheiro e a sujeira incomodam os munícipes, trazendo desconforto para quem passa na frente desses locais.

Tem uns que entram nas casas sem autorização dos donos. É o famoso invasor. Eles não querem nem saber. Aí, eles dizem que não pode porque tem criança no meio. Que direitos humanos são esses que tira o direito de um. Os venezuelanos são humanos e os brasileiros são desumanos. Vai invadir as coisas deles na Venezuela, não deixam não (Aningual, 51 anos).

Esta entrevistada Aningual chama a atenção para o fato de que alguns grupos de venezuelanos invadiram as casas dos brasileiros e se instalaram, principalmente, naquelas que estavam fechadas em virtude de seus proprietários se encontrarem na capital resolvendo problemas e também nas disponíveis para alugar ou vender. Aningual referiu que não concorda com essa invasão e que fica chateada com os imigrantes, pois enfatiza que os brasileiros em sua maioria são acolhedores, solidários e que não há necessidade de agirem assim.

4.4 A BARREIRA DA LINGUA

Eu entendo pouco do idioma deles porque a gente já lida com eles. Mas não que eu fale. A gente entende eles. Eu entendo o que eles falam, mas eu acho que eles não me entendem. Não sei direito como explicar para eles as orientações (Barata, 46 anos).

A entrevistada Barata apontou que um dos grandes obstáculos no atendimento do ACS ao imigrante é o idioma. As áreas de fronteira sempre têm uma mistura de línguas diferentes, pois convivem lado a lado pessoas dos dois países, cada um com sua língua, cultura e hábitos. Nos últimos anos, os moradores de Pacaraima sentiram ainda mais esse convívio, devido ao aumento do fluxo migratório dos venezuelanos em direção ao Brasil. Pelas ruas do município pacaraimense, o espanhol e o português se misturam a tal ponto que se originou o “portunhol”, que seria um meio termo entre os dois idiomas, intermediário no entendimento das palavras. Braga, Jesus e Lacerda (2017, p.10) mencionam que:

[...] o idioma ainda é um elemento restritivo na hora de se comunicar com os brasileiros, pois isso interfere na busca por oportunidades no mercado de trabalho. Todavia, as dificuldades surgem no decorrer do tempo em que esses imigrantes vão se adaptando ao estado, pois o mercado de trabalho é muito competitivo, mesmo que os venezuelanos tenham ensino superior, muitos findam trabalhando em serviços como construção civil, domésticos e em pontos na cidade, como nos semáforos vendendo balas e utensílios domésticos.

Todos tentam de todas as formas se entenderem, embora mesmo com todo o esforço ainda existe uma barreira muito grande na compreensão das situações, em fornecer orientações ou sanar dúvidas sobre os cuidados com a saúde. E essa dificuldade as ACS entrevistadas mencionaram em todos os momentos da entrevista. Relataram que ainda conseguem entender razoavelmente o que os venezuelanos falam, mas o contrário nem sempre acontece, principalmente quando se tratam de pessoas que vêm de cidades venezuelanas distantes da fronteira, que tinham pouquíssimo contato com o português, com estes é bem mais difícil a comunicação. Para Bertachini (2012, p. 510): “A comunicação não pode ser uma barreira entre o profissional e o paciente, ao contrário, ela deve abrir caminhos para a manifestação clara de suas intenções na relação de ajuda, por meio de ‘novos canais de expressão e observação’”.

É válido destacar também que a comunicação é caracterizada por atos sensíveis, empáticos entre os indivíduos, em uma gama de significados que contém tanto aspectos verbais como não verbais (CORIOLANO-MARINUS et al., 2014). Em busca de soluções, as ACS tentam as mais diversas estratégias para superar esta dificuldade, como pedir para outro profissional da Unidade Básica que fale mais fluentemente o espanhol que as acompanhe em suas visitas. Quando não é possível, lançam mão de gestos, mímicas e até da escrita para que se façam entender. Quando questionado se tem dado certo, são unânimes em dizer que sim, que mesmo com os obstáculos ainda conseguem atender e dar resolutividades nas situações

que aparecem. Moura, Castro e Silva (2015, p. 1002), por sua vez, entendem como é importante a parceria com os outros membros da equipe, ao referirem que:

No trabalho do ACS, vemos como a proximidade e a cooperação com outros trabalhadores proporcionam maior sintonia ao serviço, harmonizando as diferenças entre os sujeitos conforme é permitido a cada um cooperar com o outro e transformar as singularidades em potências. Os encontros entre os profissionais, a ajuda mútua entre eles e o contentamento em perceber sua própria ação como efetiva para outra pessoa reforçam laços sutis, cujo fortalecimento revigora os envolvidos e lhes permite agir de maneira cada vez mais potente.

As ACS entrevistadas relataram que uma das formas possíveis de amenizar esse entrave que é a diferença de idioma seria a contratação de um intérprete pela prefeitura de Pacaraima a fim de oferecer apoio, quando a comunicação entre profissionais e usuários fosse ineficaz. Uma das ACS entrevistadas sugeriu que fosse realizado semanalmente palestras em espanhol nas áreas, sobre temas ligados à saúde para os venezuelanos, pois assim a equipe teria mais segurança de que o imigrante estaria de fato compreendendo e estaria atento a sua saúde.

Acho sofrida a situação desses venezuelanos. Porque além de tudo quem vêm passando ainda tem que fazer um esforço para saber o português que é uma língua bem difícil. Sem saber direito, eles ficam perdidos. Não sabem como os serviços de um modo geral funcionam, como o resto das coisas também (Cajueiro, 34 anos)

É bem difícil viver em um país com cultura, hábitos e língua diferentes. De fato, em um primeiro momento, a pessoa deve ficar perdida, com medo, insegura, pois mesmo que o imigrante venha para terras brasileiras, as quais têm um povo que é conhecido pela sua receptividade e solidariedade, ainda assim é um ambiente novo, desconhecido. Cajueiro reflete sobre essa questão das dificuldades encontradas pelos imigrantes, à medida que estes não conhecem como funcionam os serviços, quais são os seus direitos e deveres, e tudo se torna ainda pior pela dificuldade no idioma, atrelado a busca incessante por um trabalho. Vasconcelos (2018, p. 143) evidencia que:

Os/as venezuelanos/as procuram trabalhar e estão se inserindo como podem nos mercados de trabalho boa-vistenses. Oferecem lavagem de para-brisas nos semáforos, fazem comércio ambulante de mercadorias chinesas, trabalham em restaurantes, ou ainda são empregados informalmente no comércio e na construção civil, com salários abaixo dos/as trabalhadores/as brasileiros/as, além de serem recrutados/as para trabalharem em fazendas e nos municípios do interior como pedreiros e/ou ajudantes. Os trabalhos nos municípios do interior do estado de Roraima são ainda mais precários, relegados a um lugar desconhecido e sem terem como voltar. É comum a descrição de experiência de condições análogas à escravidão, nas quais o

valor combinado a ser pago é descontado quase pela metade no ato do pagamento em troca da comida fornecida pelo contratante.

E essa busca por uma vaga no mercado de trabalho mesmo com todas as dificuldades, principalmente em relação ao idioma, sem os mínimos direitos assegurados, na informalidade, ganhando na maioria dos casos nem a metade de um salário mínimo, é para além de ganhar seu sustento, mandar para seus familiares que ficaram na Venezuela e que estão passando por momentos bem difíceis, sem itens básicos como alimentação e medicamentos.

Os venezuelanos falam muito rápido e querem que a gente entenda na mesma velocidade. Quando não entendemos, eles se zangam, xingam e ficam estressados. (Bom Jesus, 35 anos).

A fala da entrevistada e a observação no campo aponta a língua como um dos principais entraves no contato entre os venezuelanos e os brasileiros, não só no tocante aos serviços de saúde, mas em outras situações, como no simples fato de fornecer ao venezuelano alguma informação referente a um endereço, por exemplo. Se a comunicação não for adequada, corre-se o risco de o imigrante passar o dia todo procurando o tal endereço e não o encontrar.

A comunicação no desenvolvimento do trabalho do ACS é primordial, pois são eles os interlocutores dos serviços de saúde, levando informações, saberes e compartilhando experiências. Abrunhosa (2011, p.35), a esse respeito, enfatiza que:

Para desenvolver toda a amplitude de tarefas e atividades previstas normativamente pelo Ministério da Saúde, os ACS têm na fala, na conversa e na escuta seus principais instrumentos de trabalho. A comunicação e a informação tornam-se, portanto, fundamentais para o desenvolvimento de suas práticas diárias. Ele não só transmite algo para as pessoas, mas também as ouve, mantêm um diálogo, e há uma troca e um compartilhamento de informações tanto com a comunidade quanto, como suposto, com a equipe. Essa troca acontece primeiramente no território em que moram e também atuam, e depois é levada pelos ACS para dentro da equipe de Saúde da Família, possibilitando a discussão e a definição de ações de promoção da saúde para as comunidades.

Quando a comunicação é ineficaz entre o profissional e o usuário ocorrem desconfortos para os dois lados. Por um lado, o profissional sente-se estressado, desmotivado por não conseguir interagir com o morador de sua área, sendo um entrave no desenvolvimento das suas atividades; por outro, o usuário acaba não compartilhando suas necessidades e suas dúvidas, ficando sem respostas para seus anseios, principalmente se esse usuário for de outra nacionalidade.

Trabalhar em área de fronteira acarreta questões como diferenças de cultura, hábitos e idiomas, as quais sempre têm que ser levadas em consideração, embora os entraves não se resumam somente às questões culturais. Vão muito além. As áreas de fronteira têm que ter políticas públicas eficientes, ações planejadas, principalmente para não deixar os munícipes e estrangeiros desassistidos seja na saúde, educação, segurança e assistência social.

4.5 A CAPACITAÇÃO COMO ESTRATÉGIA PARA SUPERAR DIFICULDADES

Nunca mais teve capacitação. Acho importante e acho que ela nos ajudaria em muita coisa. Acho que sempre a gente deveria ser capacitada. Me sentiria bem (Anaro, 42 anos).

A legislação propõe desde o PACS, em 1997 que os ACS devem ser capacitados para poderem o desempenho de suas atribuições. É válido mencionar que esta deveria sempre estar acontecendo, gradualmente, já que este profissional é a ligação entre o sistema de saúde e a comunidade. Assim, se estes não são capacitados, a atenção dispensada por estes acaba por ficar fragilizada (SEGHETO, 2014). Na verdade, segundo Freitas et al. (2015, p.174):

(...) sua formação profissional tem sido marcada pela precariedade e descontinuidade, considerando que, para essa função, desde a criação do PACS, o Ministério da Saúde estabelecia como critérios de escolaridade apenas as habilidades de ler e escrever".

Apenas em 2018, com a lei 13595 de 05/01/18, exigiu-se dos ACS o ensino médio completo. As Agentes Comunitárias foram unânimes em afirmar que sabem a importância de haver sempre capacitação para poderem exercer suas atividades com qualidade e segurança. Referiram que diante da situação dos venezuelanos é indispensável estarem sendo capacitadas para atender esta nova demanda, pois ainda têm dúvidas sobre como abordar, criar vínculos, sendo que as culturas são diferentes, os hábitos também.

Queria terminar o meu curso técnico que começamos pela ETSUS. Ainda tenho esperança de terminar e ter um curso técnico (Araçá, 32 anos).

As ACS entrevistadas entendem que a capacitação é uma estratégia para superar barreiras e afirmaram que se sentem mais seguras e confiantes quando participam das capacitações. Expressaram também que ao participarem de cursos, sentem que não estão abandonadas. Nove das doze ACS participantes disseram que fizeram o módulo introdutório (400hs), primeira etapa do Curso de Técnico em Agente Comunitário de Saúde oferecido pela

Escola Técnica do SUS em Roraima no ano de 2006. Em relação à formação destes profissionais, Morosini (2018, p.21) diz que:

[...] apesar do empenho em se elaborar uma proposta de formação profissional, expressa pela publicação conjunta entre o Ministério da Saúde e da Educação, em 2004, do Referencial Curricular para o curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde, esta não se consolidou como uma política formativa nacional. Quando oferecida, esta formação limita-se geralmente à primeira etapa (de 400h) do curso Técnico, que conta com o financiamento do MS. Como resultado, a maior parte dos ACS não tem formação profissional específica para o trabalho.

O segundo e terceiro módulos do curso técnico supracitado ainda não foram pactuados no estado. Participaram do primeiro módulo 618 Agentes Comunitários de Saúde que desenvolvem suas atividades em todo o estado roraimense.

É válido destacar que se o profissional não tem garantido sua formação profissional, este é colocado à margem, e isto traz de certa forma sofrimento para o trabalhador que anseia por ter uma formação que lhe possibilite resolver as situações pautadas em uma visão de mundo mais crítica. Enfim, as ACS de Pacaraima desejam ansiosamente que capacitações sejam uma realidade na sua trajetória profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

En Venezuela no hay comida. Cómo se dice aquí en Brasil? Obrigado? Obrigado, porque aquí en Brasil hay comida. (Imigrante venezuelana ao chegar ao Brasil)

A presente dissertação consistiu em uma tentativa de compreender como se encontram as condições de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do município fronteiriço de Pacaraima face ao aumento da imigração venezuelana em direção ao território brasileiro.

A entrada em massa de venezuelanos no Brasil através da fronteira com Roraima se tornou elemento central dos debates sobre o tema da imigração no país. Embora as imigrações sejam um fenômeno antigo na história humana, hoje vemos o recrudescimento com graves consequências para os envolvidos.

O objetivo desta dissertação foi analisar o impacto do atendimento aos imigrantes venezuelanos sobre a organização e as condições de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município de Pacaraima, localizado no estado de Roraima e que faz fronteira com a Venezuela.

No tocante ao perfil socioeconômico desses profissionais, verificamos que os ACS em sua totalidade são mulheres, que viram no trabalho como Agente Comunitário de Saúde uma oportunidade singular de terem uma renda e, ao mesmo tempo, ficarem próximas as suas famílias. Grande parte das entrevistadas veio de outros estados das regiões norte e nordeste, reflexo do intenso êxodo, principalmente de nordestinos para o estado roraimense à época da sua ocupação.

Percebemos também que a maioria das ACS são estatutárias e possuem o nível médio. As ACS que têm curso superior são em áreas distantes da saúde. A falta de uma política de formação profissional direcionada para o Agente Comunitário as distanciou e as levou a outros cursos. Vale a pena mencionar que grande parte das ACS fez o primeiro módulo do curso de Técnico em Agente Comunitário de Saúde ofertado pela Escola Técnica do SUS em Roraima- ETSUS/RR, e relatam que ainda têm esperanças em terminar os outros dois módulos restantes, e assim ter um curso técnico direcionado para a profissão com a qual trabalha; com a conclusão deste curso possibilitaria um exercício profissional com mais qualidade. Mas, ainda não foi possível a oferta dos módulos restantes.

Após escutar as 10 ACS de Pacaraima durante as entrevistas, percebemos que o trabalho do Agente Comunitário, principalmente em áreas de fronteira é complexo, e muitas

vezes desgastante. Na maioria dos relatos aparece o estresse, o sofrimento, mas também a solidariedade para com o imigrante que chega na maioria das vezes somente com a roupa do corpo.

Foi uma experiência gratificante dar voz e vez as ACS da fronteira, os resultados apontaram que as condições de trabalho sofreram mudanças com a chegada dos venezuelanos, seja pelas visitas domiciliares que muitas vezes eram realizadas em horários diferenciados ou mesmo pela confusão na hora do cadastro, devido à intensa mobilidade dos estrangeiros.

As entrevistas mostraram ainda que as Agentes sabem que têm grande responsabilidade à medida que se enxergam como a ponte entre os serviços de saúde e o usuário. Entretanto, sabem que não está em suas mãos a resolução das necessidades do morador de sua área, mesmo que utilizem vários meios, até mesmo pessoais para obter resolutividade. Ainda assim, muitas vezes, esse resultado não é possível. Percebem sua importância na vida do usuário, principalmente quando esse é imigrante e não conhece quase nada do país em que passará a residir.

Neste cenário de imigração, as ACS sabem a importância que tem a dimensão da educação no seu trabalho e revelam fazer de tudo para que sempre seja possível a realização de ações educativas em suas áreas.

Outro ponto relevante é o medo e a insegurança que as ACS relatam ao fazer as visitas domiciliares aos venezuelanos que frequentemente encontram-se aglomerados, em casas pequenas, com poucos cômodos. Relatam que a presença de muitos homens na mesma residência as apavora, pois temem estupro, assalto, entre outros, pelo fato de serem mulheres. A companhia de outra colega é a saída para se sentirem mais seguras. Revelam também que ficam vigilantes quando constatam que há uma situação de vulnerabilidade e fazem de tudo para atender aquele imigrante, mesmo que não seja durante o seu período de trabalho.

Um aspecto citado também é o sofrimento psíquico em decorrência da intensa mobilidade dos imigrantes, o que acaba confundindo as ACS que relatam que são cobradas, pois têm que saber onde está aquele usuário que não está comparecendo as consultas, ou aquele que não tem buscado seu medicamento para hipertensão. Afirmam que ficam sempre vigilantes para ter certeza se o usuário venezuelano ainda está no município ou já foi embora.

As dificuldades com a língua estiveram muito presentes nos discursos das entrevistadas. Revelam que, com a chegada em grande quantidade dos venezuelanos, a

comunicação ficou mais complexa. Mesmo morando em áreas de fronteira, o idioma ainda é um entrave, principalmente para o imigrante que compreende pouco do que é falado.

Nos relatos fica clara a empatia com os venezuelanos. A ânsia de querer ajudar é percebida nos olhos das ACS, pois elas sabem que os imigrantes que fogem da crise econômica em seu país, passam por inúmeras dificuldades como a adaptação ao idioma, de encontrar emprego (validação de diploma), xenofobia e vulnerabilidade social. Muitas vezes sem documentação ou com documentação insuficiente, recorrem à informalidade na tentativa de obterem alguma resposta aos seus anseios, mesmo sujeitando-se a toda sorte de exploração.

A capacitação foi elencada pelas ACS como uma saída para melhorar suas condições de trabalho, visto que pode proporcionar subsídios para o melhor desempenho de suas atividades. Mencionam que as capacitações ainda possibilitam um trabalho com mais qualidade e segurança, pois através destas podem compartilhar seus anseios, sanar suas dúvidas e sentir que são importantes para o sistema.

Finalmente, cabe ressaltar que é necessário lutar para que as condições de trabalho dos ACS não sejam tão adversas, que não seja necessário trabalhar fora do seu horário, que não precisem sofrer por conta de cobranças cujas respostas não estão capacitadas a fornecer. É necessário olhar para o profissional que está na linha de frente dos sistemas de saúde, expondo-se, tendo que fazer todo um esforço para garantir que o morador de sua área tenha o mínimo de suas necessidades atendidas.

É fundamental e urgente pensar em políticas de saúde em áreas de fronteira, já que é possível sim um olhar mais atento às particularidades destes locais que requer diversas estratégias para o enfrentamento do sofrimento ocupacional, das condições de trabalho, com frequência desfavoráveis, expressas através de carências em determinados pontos, devido às repercussões sobre a organização da rede de serviços de saúde, da vinculação flexível, aliadas à dinâmica de imigração que ocorre nestas áreas.

REFERÊNCIAS

ABRUNHOSA, M.A. **A Informação e a comunicação no trabalho do agente comunitário de saúde**. 2011. 103f. Dissertação (Mestrado em Informação e Comunicação em Saúde) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5514>> Acesso em: 20 jan. 2018

AUGUSTINI, J.; NOGUEIRA, V.M.R. A descentralização da política nacional de saúde nos sistemas municipais na linha de fronteira Mercosul. **Divers@: Revista Eletrônica Interdisciplinar**, Matinhos, v. 2, n. 1, p. 54-76, 2009.

ALVES, R. **Concerto para corpo e alma**. 17. ed. Campinas, SP: Papirus, 2014.

ALVES, G. Trabalho, subjetividade e capitalismo manipulatório: o novo metabolismo social do trabalho e a precarização do homem que trabalha. **Revista da RET: Rede de Estudos do Trabalho**, Marília, ano 5, n. 8, p. 1-31, 2011. Disponível em: <<http://www.estudosdotrabalho.org/RevistaRET08.html>> Acesso em: 20 jan. 2018

BARDIN, L. **Análise de conteúdo** Lisboa: Edições 70, 1977.

_____. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995.

BERTACHINI, L. A comunicação terapêutica como fator de humanização da Atenção Primária. **Mundo Saúde**, v. 36, n. 3, p. 507-20, 2012. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/14.pdf. > Acesso em: 10 fev. 2018

BORNSTEIN, V.J. **O agente comunitário de saúde na mediação de Saberes**. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4483/2/281.pdf>> Acesso em: 20 jan. 2018

BRAGA, E.O.; JESUS, G.F.; LACERDA, E.G.; Perfil do imigrante venezuelano residente em Boa Vista-RR. **Blucher Social Sciences Proceedings**, v. 3, n. 1, p. 1-15, 2017.

BRASIL. Casa Civil. Relatório Trimestral. Comitê Federal de Assistência Emergencial, Brasília, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informação da Atenção Básica. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br>.> Acesso em: 10 fev. 2018

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Portal do Departamento de Atenção Básica. 2016. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br>> Acesso em: 10 fev. 2018

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Seção 1, p. 1-3. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm> Acesso em: 10 fev. 2018

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64 p.: il. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Lei nº. 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=235057>. Acesso em: 10 fev. 2018

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9474, de 22 de julho de 1997. Define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951, e determina outras providências., Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 10 fev. 2018

_____. Ministério da Saúde, Portal da Saúde. História dos ACS e ACE, 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1187-sgtes-p/agentes-comunitarios-de-saude-e-agentes-de-combate-as-endemias/13-ac-s-e-ace/19757-historia>> Acesso em: 10 fev. 2018

BOCCA, A.W. Perfil sociodemográfico e demandas dos idosos em uma unidade de saúde de Santa Cruz do Sul, a partir do olhar dos idosos e profissionais da rede pública de saúde. 2012. 86 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2012.

CARVALHO, F.A.L. Atenção à saúde nas cidades fronteiriças de Bonfim e Pacaraima: Implementação do SIS - Fronteiras em Roraima. 2014. 120f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, 2014.

CHINELLI, F.; LACERDA, A.; VIEIRA, M. A reconfiguração gerencial do Estado brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990. In: VIEIRA, M. et al. **Para Além da Comunidade.** Trabalho e Qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde. Rio de Janeiro,

EPSJV/Fiocruz, 2011. p 33-78. Disponível em:<<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&Tipo=8&Num=182>> Acesso em: 18 maio 2018

CHIESA, A.M.; FRACOLLI, L.A. O trabalho dos agentes comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da promoção da saúde. **Rev. Bras. Saúde Fam.**, v. 2, p. 42-49. 2004. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/revista_saude_familia7.pdf. > Acesso em: 10 fev. 2018

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

CORIOLO-MARINUS, M.W.L. et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1356-1369, dez. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000400019>> Acesso em: 10 fev. 2018

DATASUS – CNES – Cadastramento Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, 2018. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>.

DIAS, C. **Pesquisa qualitativa: características gerais e referências**, 2000. Disponível em: <<http://www.reocities.com/claudiaad/qualitativa.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2017.

DURÃO, A.V. et al. Os agentes comunitários de saúde e o conceito de comunidade na configuração de sua qualificação. In: VIEIRA, M. (org.). **Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde**. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde**. Origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

FREITAS, L. M. et al. Formação dos agentes comunitários de saúde no município de Altamira (PA), Brasil. **ABCS Health Sciences**, 2015. Disponível em: <<https://portalnepas.org.br/abcshs/article/view/791/686>> Acesso em: 10 fev. 2018

FONSECA, A. F. **O trabalho do agente comunitário de saúde: implicações da avaliação e da supervisão na Educação em Saúde**. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13932>> Acesso em: 10 fev. 2018

GADOTTI, M. **Trabalho e educação numa perspectiva emancipatória**. Trabalho apresentado no II Fórum Mundial de Educação Profissional e Tecnológica. Democratização, emancipação e sustentabilidade. Florianópolis, SC, 2012.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde nas Fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteiras com países do Mercosul na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de 23, Sup. 2, p. 251-266, jan. 2007.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde- CGVS. **Boletim de atendimentos aos imigrantes nos serviços de saúde do estado de Roraima em decorrência do processo migratório** Boletim Epidemiológico nº 38, Boa Vista, Roraima, Brasil, abril, 2018, 17p.

_____. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde- CGVS. Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima, 2017, 229p. Disponível em: http://www.saude.rr.gov.br/cgvs/images/visa/relatorios/relatorioanualdeepidemiologia_2017.pdf> Acesso em: 10 maio 2018

_____. SECRETARIA DE ESTADO DO PLANEJAMENTO E DESENVOLVIMENTO DE RORAIMA (SEPLAN). Informações Socioeconômicas do Município de Pacaraima - RR 2012. 1. ed. Elaboração: DIEP. Boa Vista – RR, 2012.

G1 GLOBO.COM. Mapeamento aponta que 25 mil venezuelanos vivem em Boa Vista, diz prefeitura. Junho, 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/mapeamento-aponta-que-25-mil-venezuelanos-vivem-em-boa-vista-diz-prefeitura.ghtml>> Acesso em: 24 abr. 2018

GOMES, K.O. et al. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. **Saúde soc.** [online], v. 18, n. 4, p. 744-755, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000400017>> Acesso em: 10 maio 2018

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil e das unidades da federação**. Disponível Em: [https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/.](https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/)> Acesso em: 10 maio 2018

JORGE et al. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre sua prática no programa de saúde da família. **Revista APS**, v. 10, n. 2, p. 128-136, jul./dez. 2007.

LEMOS, P.C.M. **Análise da característica do trabalho da indústria automobilística no Paraná**. 2002. Dissertação (Mestrado em Economia) – Curso de Pós-graduação em Economia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

LUKÁCS, G. As Bases Ontológicas da Atividade e do Pensamento do Homem. **Revista Temas**, n. 4, 1978.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LOPES, J.S.L. Notas sobre a precarização do trabalho no Brasil. **Revista RET – Rede de Estudos do Trabalho**. São Paulo, v. 8, n. 8, 2011. Disponível em: <http://www.estudosdotrabalho.org/8_%208%20Articulo%20Leite%20Lopes.pdf> Acesso em: 10 maio 2018.

MAANEN, J.V. Reclaiming qualitative methods for organizational research: a preface. **Administrative Science Quarterly**, v. 24, n. 4, p. 520-526, dez. 1979.

MARTINS, M.I.C.; MOLINARO, A. **Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2013. P. 1667-1676. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600018> Acesso em: 10 maio 2018.

MARTINS, C.M.; STAUFFER, A.B. Sobre a produção da sociabilidade capitalista: o discurso sobre trabalho, comunicação e participação nos manuais dos agentes comunitários de saúde. **RECIIS – Rev. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, dez. 2012.

MARX, K. Processo de Trabalho e Processo de Valorização. In: MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. Volume 1, tomo 1. São Paulo: Editora Abril, 1983. p.149-163.

MATTA, G.C.; MOROSINI, M.V.G. Atenção Primária à Saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <http://www.midias.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao_Primary_a_Saude_-_recortado.pdf> Acesso em: 10 maio 2018.

MENDONÇA, M.H.M. Profissionalização e regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária. **Trab. educ. saúde** [online], vl. 2, n. 2, p.353-366, 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462004000200009>> Acesso em: 10 maio 2018.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

_____. O conceito de representações dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P.A.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**. 10. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

_____. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

_____.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A.F.; LIMA, L.D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan.-mar. 2018.

MOROSINI, M.V. Transformações no trabalho dos agentes comunitários de saúde nos anos 1990-2000: precarização além dos vínculos. Tese (Doutorado) -, Universidade de Estado de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=14279> Acesso em: 7 ago. maio 2017.

_____. **Educação e trabalho em Disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

MOURA, R.F.S. ; CASTRO E SILVA, C.R. Affectivity and its meanings in the community health agent's work. **Physis** [online], v. 25, n. 3, p.993-1010, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000300016>> Acesso em: 10 maio 2018.

NASCIMENTO, G.M.; DAVID, H M.S.L. Avaliação de Riscos no Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: um Processo Participativo. **Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 550-556, 2008.

NASCIMENTO, J.P.R.; OLIVEIRA, P.H.F.; FÉLIX, Y.S. A regulamentação de entrada e permanência de imigrantes venezuelanos no território nacional. **Anais do V Congresso Nacional da FEPODI** [Recurso eletrônico on-line], UFMS, 2017. Disponível em: <<https://www.conpedi.org.br/publicacoes/696vp84u/bloco-unico/G13h1I4LB0forv6s.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2018.

NOGUEIRA, R.P; SILVA, F.B; RAMOS, Z.V. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde. **Textos para Discussão** n. 735, 2000. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0735.pdf>.

OLIVEIRA, B.N.; WACHS, F.; GOMES, I.C.; PAIVA, G.A. M. Educação popular em saúde e práticas corporais: contribuições para o debate. In: DIAS, M. S. A. et al. (Org.). **Tecnologias leves em saúde: saberes e práticas da Residência Multiprofissional na Estratégia Saúde da Família** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p. 141-155.

PACARAIMA. Relatório Circunstanciado sobre a Imigração Venezuelana. **Diário Oficial do Município de Pacaraima**, Pacaraima, RR, n. 0147, p. 1-10, 15 de fevereiro de 2018.

PACOBAYHA, L.D. **Estudo da estratégia saúde da família em Boa Vista, Roraima**. 83f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – PROCISA, Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, 2013.

PALHARES, F.F.M. **Análise das condições de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde de Manaus**. 114f. Mestrado (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) — Universidade Federal do Amazonas, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2011.

PEITER, P.C. **A Geografia da saúde na Faixa de Fronteira internacional do Brasil na Passagem do Milênio**. 2005. Tese (Doutorado em Geografia) – IGEO, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005.

PERES, M.A.C. **Do Taylorismo/Fordismo à acumulação flexível Toyotista: Novos paradigmas e velhos dilemas**. Faculdades Unopec, SP, 2000. Disponível em: <www.seufuturonapratica.com.br/intellectus/_Arquivos/Jan_Jul_04/PDF/Artigo_Marcos.pdf>. Acesso em: 10 maio 2018

PINTO, G.A. **A Organização do trabalho no Século 20**. Taylorismo, Fordismo e Toyotismo. Editora Expressão Popular. São Paulo, 2010.

POLARO, S.H.I.; GONÇALVES, L.H.T.; ALVAREZ, A.M. Enfermeiras desafiando a violência no âmbito de atuação da Estratégia de Saúde da Família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, dez. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072013000400009&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 10 maio 2018.

QUEIROZ, D. T.; VALL, J.; SOUZA, Â.M.A.; VIEIRA, N.F.C. Observação Participante na Pesquisa Qualitativa: conceitos e aplicações na área da Saúde. **R. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-83, abr.-jun. 2007.

ROCHA, N.H.N.; BARLETTO, M.; BEVILACQUA, P.D. Identidade da agente comunitária de saúde: tecendo racionalidades emergentes. **Interface**, v. 17, n. 47, p. 847-57, out.-dez. 2013.

ROSA, A.J.; BONFANTI, A.L.; CARVALHO, C.S. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. **Saúde Soc.**, v. 21, n. 1, p. 141-522012. Disponível em: <<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000100014>> Acesso em: 10 maio 2018.

SANTOS, W.E.V.S. **O processo de criação de Pacaraima e suas implicações para questão indígena na região (1995 – 1997)**. 36f. Monografia (Curso de Licenciatura e Bacharelado em História) – Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, 2014.

SAWAIA, B. et al. (Org.). **As artimanhas da exclusão** – Análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, 2001.

SEGHETO, N.N. **Educação continuada em saúde para os agentes comunitários**. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em atenção básica na saúde da família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Juiz de Fora. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Educa%C3%A7ao_continuada_saude.pdf.> Acesso em: 10 maio 2018.

SIMÕES, G.F. Venezuelanos em Roraima: características e perfis da migração venezuelana para o Brasil. **Fluxos migratórios e refugiados na atualidade**, v. 7, p. 45 – 56, 2017.

SOUZA, C.M.; GIANLUPPI, M.V.P. Implantação do Programa Saúde da Família no estado de Roraima. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, n. especial, p. 1 35-1 37, dez. 2000. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672000000700022>.> Acesso em: 27 set. 2017

SOUZA, C.M.; NOGUEIRA, F.M.M. Notas sobre a presença nordestina em Roraima. **Muiraquitã - UFAC**, v. 3, n. 1, p. 121-141, 2015. Disponível em: <<http://revistas.ufac.br/revista/index.php/mui/article/view/626/339>.> Acesso em: 27 set. 2017

TEIXEIRA, E. **As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. 203 p.

THEISEN, N.I.S. **Agentes comunitários de saúde (ACS): condições de trabalho e sofrimento psíquico**. 2004. 160 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2004. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11624/680>.> Acesso em: 27 set. 2017

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

VASCONCELOS, I. dos S. Receber, enviar e compartilhar comida: aspectos da migração venezuelana em Boa Vista, Brasil. **REMHU, Rev. Interdiscip. Mobil. Hum.**, Brasília, v. 26, n. 53, p. 135-151, ago. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-85852018000200135&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 set. 2017

VIANA et al. Desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, supl. 2, p. S117-S131, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400002> Acesso em: 27 set. 2017

VIEIRA, M.; CHINELLI, F.; LOPES, M.R. O trabalho e a educação na Saúde: a questão dos “recursos humanos”. In: VIEIRA, M. et al. **Para Além da Comunidade:** trabalho e qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde. Rio de Janeiro, EPSJV/Fiocruz, 2011, p. 79-117.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro(a) Participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “PERCORRENDO FRONTEIRA: O IMPACTO DA IMIGRAÇÃO VENEZUELANA SOBRE A ORGANIZAÇÃO E AS CONDIÇÕES DOS PROCESSOS DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PACARAÍMA/RR” desenvolvida por Rivena de Siqueira Dias, discente do Programa de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/FIOCRUZ), sob orientação da Prof.^a Dra. Filippina Chinelli e Coorientada pela professora Dra. Danielle Ribeiro de Moraes.

O objetivo principal deste estudo é analisar o impacto do atendimento aos imigrantes venezuelanos nos processos de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município de Pacaraima, localizado no estado de Roraima e que faz fronteira com a Venezuela.

Você está sendo convidado (a) devido ao fato de você ser Agente Comunitário de Saúde, e já ter atendido ou atender imigrantes venezuelanos.

Sua participação não é obrigatória, é voluntária. Você é livre para participar ou não da pesquisa. Poderá retirar seu consentimento e interromper a participação a qualquer momento. Não será penalizado (a) de forma algum caso você decida não consentir a sua participação, ou desistir da mesma. Entretanto, ela é fundamental para a execução da pesquisa. Serão garantidos o sigilo e a privacidade das informações prestadas por você. Deste modo, não será divulgado nenhum dado que possa levar a sua identificação. O material será guardado e mantido em segurança.

A qualquer tempo, durante ou mesmo depois da pesquisa, se desejar, poderá pedir da pesquisadora informações a cerca do estudo e/ou de sua participação. Esta solicitação poderá ser feita através dos contatos mencionados neste termo.

Você participará da pesquisa respondendo a um questionário elaborado pela pesquisadora, anônimo, com perguntas fechadas, estruturado a respeito de dados pessoais, formação acadêmica e atuação profissional, com duração de aproximadamente quinze minutos, sendo que é você quem definirá as datas e os horários. Posteriormente, você participará de uma entrevista na qual serão feitas perguntas pela pesquisadora e será conduzida mediante um roteiro que envolverá questões que abordem suas condições de trabalho, a forma como percebem as suas práticas de trabalho, com duração de aproximadamente meia hora, sendo que é você quem definirá as datas e os horários.

Os dados oriundos tanto dos questionários como das entrevistas serão transcritos e guardados por meio de arquivos digitais com acesso somente da pesquisadora, orientadora e coorientadora. No final do estudo, o material será guardado, por pelo menos cinco anos, conforme Resolução 466/12 e instruções do CEP/ENSP.

Em relação aos benefícios (indiretos) com sua participação será de trazer subsídios para a discussão acerca das suas práticas de trabalho bem como aprofundar as formas de enfrentamento das condições de trabalho, buscando sua melhoria.

Considerando que as pesquisas possuem riscos potenciais que variam de acordo com a pesquisa e seus elementos. Grande probabilidade de risco, considerados baixos, seria o constrangimento e o desconhecimento dos participantes em relação a alguma questão. Os resultados obtidos através dos questionários e entrevistas serão utilizados exclusivamente para fins científicos, como na dissertação do mestrando ou em trabalhos em eventos ou revistas científicas.

Este termo é constituído por duas vias, sendo que uma ficará com o participante e a outra ficará com a pesquisadora. A última página deverá ser assinada tanto pela pesquisadora, como pelo participante. É válido ressaltar também, que as outras páginas deverão ser rubricadas, por ambos.

Caso você tenha dúvidas em relação à sua participação ou a pesquisa, poderá falar com a pesquisadora responsável através do telefone: (095)99168-1170 ou através do e-mail: rivesd4@hotmail.com. Se desejar pode entrar em contato também com o Comitê de Ética da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ FIOCRUZ, que tem por finalidade a defesa dos participantes, levando-se em consideração os padrões éticos. Este está endereçado a Av. Brasil, 4365 – Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-360; telefone: 21 38659797 / E-Mail: cep@epsjv.fiocruz.br

Endereço institucional: <http://www.epsjv.fiocruz.br/pesquisa/comite-de-etica-em-pesquisa>

Rivena de Siqueira Dias

Eu, _____ declaro que concordo em participar da pesquisa”.

Boa Vista/RR, _____ de _____ de 20____.

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO

Nº Quest.:	
Falando dos seus dados pessoais	
Sexo:	Masculino () Feminino ()
Qual sua idade:	
Onde nasceu:	
Qual seu estado civil:	
Falando da sua formação	
Maior grau de escolaridade	() Fundamenta Incompleto, _____ () Fundamenta Completo, _____ () 2 ° Grau Incompleto, _____ () 2 ° Grau Completo, _____ () Graduação Completa () Graduação Incompleta () Especialização Concluída () Especialização em andamento () Mestrado Concluído () Mestrado em andamento () Doutorado Concluído () Doutorado em andamento () Outros
Participação em cursos de capacitação na área em que atua	() Sim () Não
Especificação dos cursos de capacitação na área em que atua	
Falando da sua atuação profissional:	
Tempo de atuação na área / ano de início:	_____ anos _____ meses Ano de início _____
Local onde trabalha:	
Tempo de atuação	_____ anos _____ meses
Turno de trabalho:	() matutino () vespertino () matutino e vespertino
Tempo de atuação na função atual / ano de início da atuação:	
Tem outra atividade em outro local? Qual?	() Sim () Não Qual: _____
Tempo de atuação com imigrantes/ ano de início:	_____ anos _____ meses Ano de início _____

Data de aplicação do questionário: _____/_____/20____.

APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA

- O que significa ser Agente Comunitário de Saúde para você?
- Com a contínua chegada de cidadãos venezuelanos ao município, houve alguma mudança no seu trabalho? Se sim, quais? Explique.
- Você tem alguma dificuldade em atender aos cidadãos venezuelanos? Quais?
- Como lida com essas dificuldades?
- Você consegue desenvolver atividades de educação em saúde com os imigrantes venezuelanos?
- O que você acha que precisa para melhorar o seu trabalho, inclusive no que se refere ao atendimento dos venezuelanos?
- Você planeja as suas atividades?
- Quais são as suas estratégias, frente aos obstáculos ou situações imprevistas?