

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO NUTES DE EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO: EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS E SAÚDE

Yansy Aurora Delgado Orrillo

**POLÍTICA, TRABALHO E FORMAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIAS/OS EM
UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Rio de Janeiro
2019

Yansy Aurora Delgado Orrillo

**POLÍTICA, TRABALHO E FORMAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIAS/OS EM
UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação: Educação em Ciências e Saúde, do Instituto NUTES de Educação em Ciências e Saúde, da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação em Ciências e Saúde.

Orientador: Dr. Gustavo de Oliveira Figueiredo

Rio de Janeiro
2019

Ficha catalográfica elaborada por Priscila Almeida Cruz CRB-7/6242.

D352p Delgado Orrillo , Yansy Aurora.

Política, trabalho e formação de agentes comunitárias/ os em uma unidade de saúde da família no município do Rio de Janeiro/ Yansy Aurora Delgado Orrillo . – Rio de Janeiro: UFRJ/NUTES, 2019.

209 p.: il. color.; 30 cm.

Orientador: Gustavo de Oliveira Figueiredo .

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto NUTES de Educação em Ciências e Saúde, Programa de Pós-graduação em Educação em Ciências e Saúde, Rio de Janeiro, 2019.

Referências bibliográficas: f. 174-179.

1. Condições de trabalho. 2. Agentes comunitários de saúde. 3. Tecnologia Educacional em Saúde - Tese. I. Figueiredo, Gustavo de Oliveira. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto NUTES de Educação em Ciências e Saúde , Pós-Graduação em Educação em Ciências e Saúde. III. Título.

Yansy Aurora Delgado Orrillo

**POLÍTICA, TRABALHO E FORMAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIAS/OS EM
UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação: Educação em Ciências e Saúde, do Instituto NUTES de Educação em Ciências e Saúde, da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação em Ciências e Saúde.

Aprovado em: 28 de março de 2019,

Banca examinadora:

Orientador: Prof. Dr. Gustavo de Oliveira Figueiredo - PPGECS/UFRJ

Profa. Dra. Angélica Ferreira Fonseca - EPSJV/FIOCRUZ

Profa. Dra. Vera Helena Siqueira - PPGECS/UFRJ

Rio de Janeiro
2019

AGRADECIMENTOS

A Deus;

Aos meus pais, Teodora e Aurellano, por todo o amor, apoio e a compressão de sempre, por ser a maior força que me anima a lutar pelos meus sonhos;

Aos meus irmãos, Sherry e Willy, que apesar da distância e das minhas ausências nesses últimos anos, nunca deixaram de me apoiar e motivar;

Ao meu orientador, prof. Gustavo, pela paciência, carinho e todos os aprendizados com ele nestes dois anos, obrigada por acreditar em mim!;

Às professoras Angélica e Vera, pelo aceite a compor a banca de defesa e todas as contribuições ao longo de todo o percurso do trabalho;

Aos meus amigos Shyrley, Loren e Juan; por estar sempre presente nos momentos de alegrias e de dificuldades;

Aos meus colegas da turma de mestrado de 2017, pelas trocas nessa etapa de vida acadêmica, sempre procurando momentos coletivos para nos ajudar;

Aos ACS e demais trabalhadores da clínica da família Wilma Costa, assim como à gestora Ana Laura, por permitir-me acompanhar o seu cotidiano de trabalho, me acolher tão gentilmente e pelos grandes aprendizados.

Ao grupo de pesquisa “*Cogitare*”, pelas contribuições acadêmicas e o apoio constante; em especial à Elaine, Márcia, Raquel e Darlene, pela solidariedade, colaboração, trocas e motivação;

Aos companheiros do projeto de extensão: “Educação, Saúde e Cultura em Territórios da Periferia Urbana”, pelas contribuições com a pesquisa; especialmente à equipe que me acompanhou no território do Dendê, na Ilha do Governador.

À CAPES, pela concessão da bolsa de mestrado para dedicação integral à pesquisa.

Ao instituto NUTES e todos os demais professores, pelas contribuições com a minha formação acadêmica.

A todos (as) os (as) que contribuíram com a realização deste trabalho.

RESUMO

ORRILLO, Yansy Aurora Delgado. **Política, trabalho e formação de Agentes Comunitárias/os em uma unidade de saúde da família no município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2019. 209f. Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências e Saúde) - Instituto NUTES de Educação em Ciências e Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019. [Orientador: Dr. Gustavo de Oliveira Figueiredo]

Este estudo analisa como as/os Agentes Comunitárias/os de Saúde (ACS) reagem às políticas neoliberais contemporâneas e quais os impactos da implantação do modelo gerencialista em suas condições de trabalho, em seus processos de formação profissional e na constituição de suas subjetividades. O estudo é de natureza qualitativa com referenciais teórico-metodológicos situados na interface entre as áreas da Sociologia, da Educação e da Saúde Coletiva. Foi desenvolvida uma rigorosa revisão da literatura sobre o tema e um extenso trabalho de campo que incluiu uma fase etnográfica no cotidiano de uma unidade de saúde e outra fase de entrevistas individuais com ACS. Para a análise dos dados adotamos a técnica de análise de conteúdo temática (Bardin, 2009) a partir da qual se construíram as seguintes categorias empíricas: os desafios do contexto neoliberal; a questão da formação profissional; as condições de trabalho; a subjetividade no contexto do trabalho; e as práticas políticas de acomodação e resistência. Os sujeitos da pesquisa são ACS de uma unidade de saúde da família do município do Rio de Janeiro. Na fase etnográfica da pesquisa foram acompanhadas as atividades dos ACS: visitas domiciliares, grupos de saúde, ações de acolhimento, interações na sala dos Agentes, reuniões de equipes, ações de mobilizações, manifestações e atos de greve. Os resultados nessa fase mostram o funcionamento de uma unidade de saúde e diversas formas de agir dos ACS no seu cotidiano de trabalho, às vezes se “acomodando” à implantação do modelo gerencialista e outras vezes recriando espaços e práticas de resistência seja nos micro espaços das relações interpessoais, ou como coletivo organizado para a ação política. O cenário é dinâmico, e está marcado por diversas tensões que trazem repercussões para além do contexto do trabalho, ou seja, para a vida e subjetividade dos ACS. Já nas entrevistas identificamos as diversas formas de contestação às políticas neoliberais na organização do trabalho, e os impactos dessa luta na subjetividade dos trabalhadores. A recontextualização dessas políticas na prática apresenta-se como um grande desafio ante a desestruturação da Atenção Primária à Saúde no município e aos ataques ao SUS no âmbito federal. Sobre os processos formativos dos agentes, as escassas iniciativas de formação recebidas para o exercício do trabalho refletem-se em grandes necessidades de aprendizagem. Porém os sujeitos resgatam a importância de processos educativos que valorizem o contexto de trabalho para além dos conteúdos teóricos. Sobre as condições de trabalho, a intensificação e precarização têm se agravado no contexto de desvalorização promovida pelo modelo de gestão gerencialista. A precarização do trabalho foi constatada em uma dimensão salarial, que está relacionada com a violação e perda de direitos trabalhistas e com a flexibilização das condições de trabalho, uma dimensão subjetiva, com mudanças nas formas de pensar e agir no trabalho, mas também com uma dimensão que está relacionada com a falta de recursos materiais e humanos. No nível mais subjetivo, os aspectos positivos relacionados ao trabalho estão vinculados às relações interpessoais e ao reconhecimento do trabalho. Já os aspectos negativos estão relacionados aos impactos da precarização do trabalho na subjetividade dos ACS. O sofrimento no trabalho leva os sujeitos a procurarem estratégias de defesa que ocorrem no plano individual e coletivo, no cuidar de si e dos outros. Finalmente, é na tensão e contradição que os sujeitos se fazem e se refazem, se acomodam, se adaptam ou resistem, sentem prazer e sofrem. Concluímos que é preciso reforçar os espaços de escuta, acolhimento e diálogo, promovendo uma formação crítica que vise a conscientização dos sujeitos na sua *práxis*, fortalecendo o seu papel articulador, educador e mobilizador.

Palavras-chave: Agente comunitário de saúde. Política. Condições de trabalho. Formação. Subjetividade.

ABSTRACT

ORRILLO, Yansy Aurora Delgado. **Política, trabalho e formação de Agentes Comunitárias/os em uma unidade de saúde da família no município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2019, 209f. Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências e Saúde) - Instituto NUTES de Educação em Ciências e Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019. [Orientador: Dr. Gustavo de Oliveira Figueiredo]

This study analyzes how the Community Health Agents (CHA) react to contemporary neoliberal policies and what are the impacts of the establishment of the managerialist model on their working conditions, on their professional training processes and on the constitution of their subjectivities. The study is qualitative with theoretical and methodological references located at the interface between the Sociology, Education and Collective Health areas. A rigorous review of the literature on the subject and an extensive fieldwork was developed that included an ethnographic phase in the daily life of a health unit and another phase of individual interviews with CHA. To analyze the data, we adopted the thematic content analysis technique (Bardin, 2009), from which the following empirical categories were constructed: the challenges of the neoliberal context; the issue of vocational training; working conditions; subjectivity in the context of work; and the political practices of Accommodation and resistance. The subjects of the research are CHA of a health unit of the family of the municipality of Rio de Janeiro. In the ethnographic phase of the research, the CHA activities were followed: home visits, health groups, welcoming actions, interactions in the Agents' room, team meetings, mobilization actions, demonstrations and strike actions. The results in this phase show the functioning of a health unit and various forms of CHA action in their daily work, sometimes "accommodating" to the implantation of the managerial model and at other times recreating spaces and practices of resistance in the micro spaces of interpersonal relations, or as an organized collective for political action. The scenario is dynamic, and is marked by diverse tensions that bring repercussions beyond the context of the work, that is, in the life and subjectivity of the CHA. Already in the interviews we identified the various forms of protest against neoliberal policies in the organization of work, and the impacts of this struggle on the subjectivity of workers. The recontextualization of these policies in practice presents itself as a major challenge in the face of the dismantling of Primary Health Care in the city and the attacks on the SUS at the federal level. Regarding the training processes of the agents, the scarce training initiatives received to carry out the work are reflected in great learning needs. However, the subjects rescue the importance of educational processes that value the work context beyond theoretical contents. Regarding working conditions, intensification and precariousness have been aggravated in the context of devaluation promoted by the managerialist model. The precariousness of work was observed in a salary dimension, but it is also related to the violation and loss of labor rights, with the easing of working conditions and also a subjective dimension with changes in the ways of thinking and acting at work, as well as a larger dimension of this precariousness related to the lack of material and human resources. At the most subjective level, the positive aspects related to the work are linked to interpersonal relations and the recognition of work. The negative aspects are related to the impacts of the precariousness of work on the subjectivity of the CHA. Suffering at work leads individuals to seek defense strategies that occur on an individual and collective level, in caring for themselves and others. Finally, it is in the tension and contradiction that the subjects are made and redo, they adapt, they adapt or they resist, they feel pleasure and they suffer. We conclude that it is necessary to reinforce the spaces of listening, welcoming and dialogue, promoting a critical formation that aims at raising the awareness of the subjects in their praxis, strengthening their articulating, educating and mobilizing role.

Keywords: Community health agent. Policy. Working conditions. Training. Subjectivity.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Síntese dos procedimentos metodológicos para revisão de literatura (Número e tipo de Busca; chaves de busca, número de trabalhos encontrados e de trabalhos selecionados e Base de dados pesquisada).	30
Quadro 2 Síntese dos documentos que compõem o corpus de análise: referência bibliográfica, revista/biblioteca, base de dados de origem, tipo de documento e número da busca.	32
Quadro 3 Categorias temáticas construídas a partir dos textos da revisão de literatura: Nome da categoria temática, definição da categoria e identificação das referências dos trabalhos que abordam a temática definida na categoria.	35
Quadro 4 Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde entrevistados	91
Quadro 5 Síntese das categorias empíricas e seus descritores	109

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Divisão do município do Rio de Janeiro em áreas de planejamento da Saúde....	83
Figura 2. Localização do território de abrangência (Cocotá/ Ilha do Governador)	83
Figura 3. Localização da Clínica da Família Wilma Costa	84
Figura 4 Unidade de saúde e Sala dos ACS	86
Figura 5. Território de Abrangência da Unidade de Saúde da Família com a divisão das micro-áreas de atuação das equipes de saúde da família.....	87
Figura 6 Roteiro utilizado como base para as entrevistas	88
Figura 7. Linha do tempo com o histórico das manifestações e mobilizações dos ACS no período de junho de 2017 a janeiro de 2018.....	107

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de teses e Dissertações
CDR	Comitê de Defesa da Revolução
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
eAB	Equipe de Atenção Básica
ENEMEC	Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EPS	Educação Popular em Saúde
FMC	Federação de Mulheres Cubanas
F-SESP	Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
MOPS	Movimento Popular de Saúde
NUTES	Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programa de Agentes de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PNAB	Programa Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Popular
PSE	Programa de Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
OSS	Organização Social de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SINDACS-RJ	Sindicato de Agentes Comunitários de Saúde do Rio de Janeiro
SISREG	Sistema de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Término de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 APRESENTAÇÃO.....	13
1.2 O CAMPO CIENTÍFICO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE	15
1.3 A FORMAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	18
1.4 O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SEU PAPEL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	21
2. OBJETIVOS	26
2.1. GERAL	26
2.2. ESPECÍFICOS	26
3. REVISÃO DE LITERATURA	27
3.1. PERCURSO METODOLÓGICO PARA A REVISÃO DE LITERATURA	28
3.2. CATEGORIZAÇÃO DOS TEXTOS QUE COMPÕEM O CORPUS DE ANÁLISE	34
3.2.1. O contexto político contemporâneo das reformas neoliberais	36
3.2.2. A realidade dos Agentes Comunitários de Saúde	37
3.2.2.1. Histórico e origem da profissão	37
3.2.2.1.1. Contexto internacional.....	38
3.2.2.1.2. Contexto Brasileiro	40
3.2.2.2. Processos de Formação e Educação Permanente	45
3.2.2.2.1. Experiências de educação popular em saúde nos processos de formação	46
3.2.2.2.2. Percepção de outros profissionais de saúde sobre a formação dos Agentes Comunitários de Saúde.....	48
3.2.2.2.3. Condições que favorecem e/ou dificultam os processos de educação permanente	49
3.2.2.3. Condições de trabalho dos ACS	51
3.2.2.3.1. O cenário político e a precarização do trabalho	52
3.2.2.3.2. Dificuldades e desafios no trabalho.....	53
3.2.2.3.3. Caminhos para a ressignificação do trabalho dos ACS	57
3.2.2.4. Identidade profissional dos ACS	59
4. MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL	62
4.1. GLOBALIZAÇÃO, REFORMAS NEOLIBERAIS E MODELOS DE GESTÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	62
4.2. PRIVATIZAÇÃO, GERENCIALISMO E PERFORMATIVIDADE.....	65

4.3. O GERENCIALISMO E SUAS FALÁCIAS: INTENSIFICAÇÃO, FLEXIBILIZAÇÃO E PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO	67
4.3.1. Precarização do trabalho em saúde	68
4.4. SUBJETIVIDADE NO TRABALHO EM SAÚDE.....	70
4.5. PRÁTICAS POLÍTICAS DE RESISTÊNCIA E ACOMODAÇÃO	72
4.6. CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO POPULAR PARA FORMAÇÃO E TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.....	75
4.6.1. Aportes conceituais do educador Paulo Freire	75
4.6.2. Contribuições Teórico- Metodológicas da área de Saúde Coletiva ...	77
5. MÉTODO	80
5.1. ABORDAGEM EPISTEMOLÓGICA	80
5.2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO E DOS SUJEITOS DO ESTUDO.....	82
5.2.1. O bairro e o território de abrangência	82
5.2.2. Contexto sociopolítico da unidade de saúde	84
5.2.3. Equipes de saúde da família	86
5.2.4. Agentes Comunitários de Saúde	87
5.3 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	88
5.4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	89
5.4.1. Fase exploratória: abordagem etnográfica	89
5.4.2. Fase empírica: Entrevistas individuais	90
5.4.2.1 Caracterização dos sujeitos entrevistados	90
5.5. PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS	92
5.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	92
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	93
6.1. NARRATIVAS DO COTIDIANO DE TRABALHO: UM OLHAR ETNOGRAFICO	93
6.1.1. Participação nos encontros do "grupo de bem-estar"	94
6.1.2. Ações de acolhimento dos usuários na unidade de saúde	95
6.1.3. Atividades e interações na "Sala dos Agentes"	97
6.1.4. Visitas domiciliares com membros da equipe técnica (médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de saúde bucal, técnicos de enfermagem)	100
6.1.5. Visitas domiciliares com Agentes Comunitários de Saúde	101
6.1.6. Reuniões de equipe	102
6.1.7. Reações dos ACS frente à precarização do trabalho no SUS	103
6.2. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS COM AS/OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	108
6.2.1. Desafios do Contexto Neoliberal	110
6.2.1.1 Críticas às reformas neoliberais e ao desmonte do SUS	110
6.2.1.2. Falência do modelo gerencial por organizações sociais	114

6.2.2. A questão da Formação profissional em saúde	116
6.2.2.1. Curso Introdutório e aprendizado na prática	116
6.2.2.2. Potencialidades e necessidades de formação	119
6.2.3. Condições de Trabalho	122
6.2.3.1. Processo de trabalho e a práxis cotidiana.....	122
6.2.3.2. Intensificação e precarização do trabalho	124
6.2.3.3. Relações interpessoais no trabalho.....	131
6.2.4. A subjetividade no contexto de trabalho	132
6.2.4.1. Satisfação de ser ACS: O reconhecimento no trabalho	132
6.2.4.2 Sobrecarga do trabalho e Sofrimento.....	138
6.2.4.3. Momentos coletivos e de suporte emocional.....	140
6.2.5. Práticas políticas de acomodação e resistência	142
6.2.5.1. Dificuldades de mobilização e organização política	142
6.2.5.2. Reinvidicações dos ACS	148
6.2.5.3. Mobilizações: estratégias de enfrentamento e o risco das armadilhas	150
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	154
7.1. ALGUMAS PONDERAÇÕES NECESSÁRIAS.....	154
7.2. SÍNTESE DAS CATEGORIAS EMPÍRICAS E SEUS DESCRITORES.....	162
7.3. CONCLUINDO	170
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	174
APÊNDICES	180
ANEXOS	202

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

O Interesse pelo tema desta pesquisa surge a partir das vivências da minha graduação em Saúde Coletiva na Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), especificamente nas disciplinas de Práticas Interdisciplinares e estágio curricular. Nestes cursos tive a oportunidade de me aproximar das discussões sobre o campo da educação em saúde com o desenvolvimento de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), que revelou as fragilidades e potencialidades do Programa Saúde na Escola (PSE) em um município do interior do Paraná. Naquele trabalho foi possível observar as carências na formação dos profissionais tanto da área de educação como da área da saúde para o desenvolvimento do PSE.

Sou nascida numa cidade do interior do Perú e vivo como estrangeira no Brasil desde 2012. A UNILA, criada num contexto progressista do governo de Luis Inácio Lula da Silva me possibilitou cursar uma universidade pública brasileira que me proporcionou grande experiência com atividades de pesquisa, ensino e extensão durante a graduação me motivando a refletir sobre a formação profissional e as condições de trabalho dos profissionais que atuam na rede de Atenção Primária à saúde.

Ao ingressar no programa de mestrado do NUTES, com as discussões teóricas desenvolvidas tanto nas disciplinas como no grupo de pesquisa¹ no Laboratório de Estudo das Ciências, me interessei pelo estudo da situação dos profissionais de saúde no contexto contemporâneo e pude compreender a complexidade que envolve o tema; analisar as questões políticas e sociais da

¹ COGITARE - Grupo de Pesquisa em Formação, Política e Trabalho Humano
[<http://dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/2734715268881813>]

conjuntura no Brasil no âmbito da educação e da saúde e pesquisar aspectos relacionados à formação e às condições de trabalho dos profissionais de saúde.

Em paralelo a essas reflexões, já formada como sanitária, sempre busquei me aproximar e conhecer a realidade social brasileira e considero que foi muito importante para a escolha do meu tema de pesquisa a minha inserção no campo desde os primeiros meses do curso de mestrado. Esta inserção ocorreu por meio de minha participação nas atividades do projeto de extensão² coordenado por meu orientador que me inseriu em um dos territórios onde o projeto de extensão se desenvolve, a Clínica da Família Wilma Costa, na região da Ilha do Governador, bairro da periferia do município do Rio de Janeiro. Nesta unidade de saúde fui muito bem acolhida pelos trabalhadores e as vivências naquele espaço foram fundamentais para o desenvolvimento de minha pesquisa. Foi, portanto, com base nas demandas levantadas a partir do campo de práticas proporcionado pelo projeto de extensão e nas reflexões teóricas estimuladas pelo grupo de pesquisa que decidimos por abordar o tema: trabalho e formação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Por fim, já concluindo a apresentação, ressaltamos que nesta dissertação de mestrado adotaremos a seguinte estrutura: 1. Introdução: neste primeiro tópico será apresentado o contexto acadêmico em que nossa pesquisa está inserida (o campo da educação em saúde) e a problematização do estudo; 2. Objetivos: gerais e específicos; 3. Revisão da Literatura: serão abordadas questões sobre o contexto político contemporâneo das reformas neoliberais relacionadas com a profissão do ACS, a história sobre a origem da profissão de ACS, a formação do ACS, as condições de trabalho dos ACS, e; identidade profissional; 4. Marco teórico-conceitual: as discussões estarão focadas no contexto da globalização, reformas neoliberais, gerencialismo, performatividade, precarização das relações de trabalho, subjetividade no trabalho em saúde, processos de resistência e acomodação e aportes teóricos para a formação profissional crítica; 5. Método: neste momento será descrita a abordagem epistemológica adotada neste estudo, os procedimentos metodológicos para a coleta de dados e análise dos resultados; 6. Discussão do

² Projeto de Extensão “Educação, Saúde e Cultura em Territórios da Periferia Urbana”
[<https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/projetoPesquisa/viewProjetoPesquisa.jsf?popup=true&idProjeto=370628>]

resultados: apresentaremos os resultados da fase etnográfica e das entrevistas, assim como as discussões geradas a partir dos resultados; 7. Considerações finais: nossas conclusões sobre o estudo, as limitações da pesquisa e novas questões para investigações futuras serão apresentadas nesta sessão; 8. Referências Bibliográficas.

1.2 O CAMPO CIENTÍFICO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O presente estudo situa-se dentro do campo da educação em saúde na interseção de vertentes da Educação Popular em Saúde, da Educação Formal e da Educação Permanente em saúde. Consideramos que o conceito de campo é um instrumento capaz de iluminar a análise das “posições” dos agentes envolvidos em uma determinada arena social, suas “disposições” e a partir daí suas “tomadas de posição” dentro do campo (MONTAGNER; MONTAGNER, 2010, p.264). Na perspectiva de Bourdieu o campo científico é

[...]um espaço estruturado de posições onde dominantes e dominados lutam pela manutenção e pela obtenção de determinados postos. Dotados de mecanismos próprios, os campos possuem propriedades que lhes são particulares, existindo os mais variados tipos, como o campo da moda, o da religião, o da política, o da literatura, o das artes e o da ciência. [...] A estrutura do campo é como um constante jogo, no qual, cientes das regras estabelecidas, os agentes participam, disputando posições e lucros específicos (ARAÚJO; AVES; CRUZ, 2009. p.35)

Historicamente podemos considerar que o campo da Educação em Saúde surge na Europa a partir das doutrinas higienistas no século XIX (ASSIS, 1998), e se estabelece no Brasil mais posteriormente com um enfoque parecido, principalmente como mecanismo de controle das epidemias e agravos à saúde, assim, “[...]configurou-se ao longo do tempo como uma dimensão instrumental da política de saúde do Estado, no sentido de contribuir para que as ações de controle e prevenção de patologias e ou agravos à saúde fossem mais efetivas e tivessem a adesão da população” (ASSIS, 1998, p.4). Nesse sentido, a educação em saúde no Brasil respondia aos interesses econômicos e políticos do Estado e de grupos das elites até meados da década de 1970 (VASCONCELOS, 1998).

Neste período, com o desgaste do regime de ditadura militar, surgem constantes insatisfações sociais da população a respeito do acesso aos serviços de saúde e cresce um movimento de crítica à visão higienista culminando com o

movimento da Reforma Sanitária que visava a reorientação do modelo assistencial de saúde e que lançou as bases para a posterior implementação do Sistema Nacional de Saúde (SUS).

Naquele panorama, como aponta Vasconcelos (1998), um dos objetivos da mudança de perspectiva na Educação em Saúde foi a aproximação do saber científico com o saber popular aproximando os profissionais de saúde da cultura das comunidades locais. Segundo Assis (1998) se procurava criar espaços para um outro tipo de pedagogia que não priorizasse as mudanças comportamentais, mas sim uma transformação efetiva da realidade social profundamente desigual no país. Deste modo, Assis (1998), critica a educação em saúde com uma perspectiva de mudança de valores, crenças, hábitos e comportamentos considerados nocivos à saúde. E afirma que deste modo a prática educativa é entendida como mera transmissão de conhecimento. O que Gazzinelli *et al.* (2005) explica como uma herança do modelo cartesiano que faz com que os profissionais de saúde desenvolvam práticas educativas normativas com um caráter persuasivo e diretivo.

Já num contexto da emergência de movimentos contrahegemônicos podemos considerar que “o argumento da educação popular foi marcante para a criação de um movimento de profissionais que buscava romper com a tradição autoritária e normatizadora da relação entre os serviços de saúde e a população” (VASCONCELOS, 1998, p 42).

As posturas críticas que surgiam, já manifestavam uma preocupação maior com os problemas de grupos populacionais, adotando um olhar macro sobre os problemas de saúde com intuito de procurar soluções coletivas. Esta abordagem visava adquirir um enfoque social e de transformação das práticas educativas para que pudessem colaborar com o desenvolvimento crítico dos indivíduos (ASSIS, 1998). Estas propostas mais críticas questionaram a transmissão vertical do conhecimento e valorizaram o saber popular sobre as questões de saúde.

Já nos anos 1980, foram fundamentais as reflexões propostas por Joaquin Cardoso de Melo que criticou as vertentes tradicionais da Educação em Saúde valorizando a dimensão dialógica do processo educacional e considerando que a educação em saúde é uma mediação de relações sociais com a totalidade, relações

essas que se concretizam nas práticas de saúde”(ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2007).

Outra crítica importante é realizada por Gazzinelli *et al.* (2005) que alerta sobre a permanência de um hiato entre a teoria e a prática. Ou seja, por um lado existe uma reorientação nas concepções teóricas sobre educação em saúde e uma visão mais compreensiva da doença, mas por outro, as intervenções concretas das práticas educativas em saúde ainda correspondem ao modelo hegemônico, com uma prática biologicista e curativista., Partindo da premissa de que nem sempre a aquisição do saber instituído vai gerar mudanças comportamentais, a autora afirma que

Enquanto educador em saúde, esta é uma tentativa de abdicar de um poder fictício e permitir ser seduzido pelo outro para criar novas ou outras representações. Aprender a relativizar os conhecimentos e permitir trocas possíveis com os sujeitos com os quais se relaciona em seu processo saúde-doença (GAZZINELLI *et al.*, 2005, p. 204).

Esta perspectiva se aproxima da ideia de educação libertadora de Paulo Freire, já que enfatiza a importância da cultura e dos saberes populares nas práticas educativas e a necessidade de uma prática educativa transformadora. Apesar de representar um significativo avanço na questão da interação cultural e simbólica, o enfoque de educação em saúde apresentado por Gazzinelli ainda está centrado na “doença”, no “problema de saúde”; ainda muito distante das perspectivas mais recentes que aprofundam os conceitos de promoção da saúde, qualidade de vida e integralidade do cuidado.

Embora o campo da educação em saúde surja tradicionalmente como um modo de conscientizar a população sobre os processos saúde-doença e os comportamentos de risco, existe uma outra vertente que devemos considerar na análise do campo. A educação em saúde também abrange os processos de formação de recursos humanos e a preparação dos profissionais de saúde para o trabalho. Ou seja, uma outra dimensão do campo que não se concentra na relação do profissional de saúde com a população, mas sim na formação do próprio profissional de saúde. Esta será a dimensão que abordaremos no tópico a seguir, mas limitaremos o nosso enfoque à formação dos sujeitos que interessam a este estudo, os/as agentes comunitários de saúde. Todavia, não podemos nos esquecer que no caso dos ACS, não se trata de um profissional alheio à realidade da população, mas exatamente ao contrário, de um profissional de saúde que também é a própria população. Esta

característica específica dos agentes de saúde promove uma tensão que buscaremos compreender e que irá permear todo nosso estudo.

1.3 A FORMAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Contextualizando o processo de formação do ACS no Brasil é importante considerar que o aprimoramento deste profissional foi estruturando-se a partir da ampliação do Programa de Saúde da família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no país. No começo desses programas não se tinha no mercado médicos, enfermeiros ou dentistas com especialização em saúde de família, e não existia a figura de ACS, portanto todos os profissionais da equipe de saúde da família, participavam de cursos introdutórios que tinham em média cerca de 40h mas que em alguns contextos específicos poderia chegar a cursos com mais de 200 horas (MÉLLO, 2013). Especificamente a categoria do Agente Comunitário passou por diversas experiências de formação desde a criação do PACS (1991) até a consolidação da sua formação técnica com a criação de um marco referencial curricular em 2004. (MÉLLO, 2013; SOUZA, 2014; SOUZA, BARCELOS; LANZA, 2013). “Esta dimensão intersetorial do trabalho do ACS se opõe ao pensamento hegemônico que associa o trabalho complexo exclusivamente ao ápice da pirâmide que hierarquiza as funções e os trabalhadores segundo a histórica divisão técnica e social do trabalho” (MÉLLO, 2013, p.50).

Por outro lado, Souza (2014) afirma que a formação recebida pelos ACS não se encaixa numa proposta de mudança de modelo da Atenção Primária à Saúde (APS), no entanto aposta em: “Uma formação ampliada que permita uma maior compreensão de sua inserção profissional dentro da sociedade” (SOUZA, 2014). Concordamos com a autora quando afirma que atualmente a formação do ACS não segue àquele marco referencial e está vinculada a uma perspectiva de servir ao mercado de trabalho, marcada pelo modelo de produção vigente e sua produção social. No entanto, não podemos esquecer que a formação profissional do ACS é uma luta política do próprio movimento sindical dessa categoria profissional e que este é

um espaço em disputa por diferentes forças sociais.

Em 2004 foi criado pelo Ministério da Saúde um curso de ACS que tinha como objetivo a formação técnica do nível médio. Contudo, no momento de colocar em prática a proposta, contraditoriamente foi aprovada uma Lei que não vinculava o trabalho do ACS à necessidade de uma formação técnica.

A Lei nº 11.350, de outubro de 2006, significou uma regressão já que estabelece como requisitos para o exercício da profissão, a conclusão, com aproveitamento, do curso introdutório de formação inicial e continuada; e a conclusão do ensino fundamental, não mencionando a formação técnica (BORNSTEIN; STOTZ, 2009 *apud* SOUZA, 2014, p.41).

A mesma posição é defendida por Mélo (2013) quando menciona a desatualização da lei de 2006 em relação à lei anterior já que não fazia nenhuma menção ao curso técnico proposto pelo Ministério da Saúde em 2004. Este arcabouço legal é considerado um retrocesso já que fez com que os municípios só tenham proporcionado a formação inicial dos ACS visando cumprir o mínimo necessário legalmente.

Souza; Barcelos; Lanza (2013) também desenvolvem uma análise da política de formação técnica do Agente Comunitário de Saúde e destacam o papel da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde que propôs uma política de Educação Profissional Técnica para o SUS. Os autores afirmam que no ano 2004, foi criado um Curso de Formação Técnica pensando no aprimoramento da dimensão pessoal e profissional dos ACS que tinha como principal objetivo “[...] a formação do indivíduo com competência técnica, crítica-reflexiva, científica e humanista respeitando os preceitos éticos e legais para o exercício profissional no processo de produção de serviços da rede básica de saúde do SUS” (SOUZA; BARCELOS; LANZA, 2013, p.471). Entretanto, as mesmas autoras alertam para o fato de que:

A formação técnica do ACS não garante melhorias nas formas de contratação e remuneração desses profissionais e não amplia, por si só, a possibilidade de atuação fora do SUS. No entanto o aumento da escolaridade aliada à formação técnica pode levar a um aumento da capacidade de argumentação e mobilização da categoria com intuito de regular os direitos trabalhistas (SOUZA; BARCELOS; LANZA, 2013, p.472).

Desde a emergência do ACS como trabalhador do SUS até a atualidade, a categoria continua lutando para conseguir o reconhecimento da profissão. Existe portanto uma contínua disputa: “tanto do ponto de vista de decisão política pela

realização da formação técnica, quanto pelo caráter da mesma que fica a depender de quem a conduz e sua visão ideológica quanto ao papel da educação, do trabalho e da saúde” (MÉLLO, 2013, p.52).

Também abordando aspectos relativos à formação, a pesquisa de Jorge *et al.* (2007), mostrou algumas lacunas na formação dos ACS, que reflete na prática em um contexto de oscilação nas dimensões técnica, social e política, sendo muitas vezes não compreendida por quem desempenha (JORGE *et al.*, 2007). Exemplos acerca dessas limitações na prática do ACS no PSF são as ocorrências pautadas no uso de drogas e álcool, na violência doméstica e intrafamiliar, gravidez na adolescência, emergindo do contexto social, o que requer uma capacitação suficiente dos ACS. Além disso, o ACS se defronta com limites relativos à resolução de diversos problemas de saúde que chegam até a equipe de saúde, saindo do alcance de governabilidade do ACS.

Um outro estudo apontou outro dilema vivenciado pelos agentes, a dimensão social coexistindo com a dimensão técnica assistencial. A incorporação dessas duas facetas evidencia a dinâmica da prática cotidiana, o que demanda uma capacitação desses profissionais de maneira que adotem ações educativas críticas e que propiciem o desempenho de suas funções (SOUZA; LANZA, 2013).

Algumas considerações de Jorge *et al.* (2007) sobre o campo de atuação do ACS se ancoram em duas situações distintas: ações de forma pontual, voltadas para a necessidade individual e problemas específicos, de acordo com os moldes da programação em saúde de forma verticalizada, inseridos no lócus da unidade básica de saúde (tradicional); e ações em unidades do PSF, considerando as demandas familiares e seus problemas cotidianos, abrangendo as diferentes particularidades dos territórios sociais.

Nesse cenário, cabe perguntar, **quais são as atuais políticas de formação direcionadas aos Agentes Comunitários de Saúde? Como eles/elas avaliam os processos de formação propostos?**

1.4 O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SEU PAPEL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Conforme abordamos anteriormente, a emergência do ACS no Brasil se dá num contexto de institucionalização do movimento da Reforma Sanitária, na década de 90, que visava a melhoria das condições de saúde, a fim de garantir uma assistência da equidade, integralidade e universalidade, que se consolidam como princípios do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990). Naquele contexto foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991. O PACS surgiu nesse momento de luta política e social para a reorganização do SUS no Brasil que visou a mudança do modelo assistencial de enfoque hegemônico biologicista para um modelo mais preventivo e promotor da saúde; este último trouxe novas implicações para a formação profissional e para a organização do processo de trabalho na Atenção Primária em Saúde (APS).

Essas novas políticas implementadas também promoveram demandas de novos profissionais, como por exemplo, os ACS, profissão que foi criada em 2002 pela Lei nº 10.507 e regulamentada em 2006, com a Lei nº 11.350 que começou a reger as atividades do ACS, normatizando o processo de contratação da categoria (SOUZA; BARCELOS; LANZA, 2013). Foi somente a partir da experiência bem sucedida do PACS, que tornou-se relevante a criação de um programa mais amplo que atendesse a comunidade. Nesse contexto surge em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), no qual o ACS desempenha um papel mais abrangente, atuando como um promotor da saúde.

A Portaria 2488/2011 aprovou a Política de Atenção Básica (PNAB) e estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica voltada a Estratégia da Saúde da Família (ESF) e o (PACS). Assim, a PNAB preconiza uma continuidade das ações de promoção e prevenção da saúde, que leva a transição do PSF para a ESF com objetivo de ampliar a cobertura e o acesso a serviços de saúde de forma permanente.

O ACS surge assim como um agente de transformação que desempenha um papel importante na sua atuação na Atenção Básica (AB), estabelecendo um contato

mais próximo da comunidade, como um articulador entre o conhecimento científico e o conhecimento popular.

No que se refere às atribuições do ACS, o documento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2012, destaca a importância da reorganização do modelo de Atenção à Saúde prevista no SUS. Assim, seriam competências dos ACS:

(...) orientar as famílias quanto à utilização de serviços de saúde disponíveis; acompanhar a família de acordo com os critérios de risco e vulnerabilidade das famílias cadastradas no programa; Desenvolver atividades de promoção de saúde, de prevenção de doenças e agravos e de vigilância à saúde por meio de práticas educativas; Desenvolver ações educativas, visando promoção de saúde, à prevenção de doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde (BRASIL, 2012, p. 48-50).

A implementação da ESF aconteceu de formas diversificadas em todo o país e especificamente no município do Rio de Janeiro – contexto de nossa pesquisa - a cobertura de serviços de saúde populacional aumentou em mais de 70% no período de 2009 a 2017. No entanto, para esta expansão, a gestão do município contrariou uma deliberação do Conselho Municipal de Saúde e arbitrariamente decidiu contratar Organizações Sociais de Saúde (OSS) para fazer a gestão dos serviços de saúde, trazendo consigo a inserção de todo um modelo gerencialista neoliberal para a saúde. De acordo com Fonseca (2013, p.40): “Pode-se dizer, então, que houve uma ampliação restrita do direito da população brasileira à saúde, com subtração de direitos dos trabalhadores da atenção primária”. Esta situação gerou para os profissionais de saúde um aumento da precarização e instaurou uma lógica meritocrática e produtivista que aposta na lógica da performatividade para a gestão do trabalho. A partir desse panorama, é evidente que o município do Rio de Janeiro apresenta peculiaridades nas mudanças decorrentes da Reforma da Atenção Primária no município, realidade que permite questionar como essas mudanças impactaram na atuação dos profissionais de saúde, especificamente dos Agentes Comunitários de Saúde, considerando a realidade social, política, econômica e cultural do Rio de Janeiro.

Retornando ao contexto nacional mais amplo, presenciamos desde o golpe de Estado de 2016 uma grave crise política no país com a desestruturação das políticas sociais. Em setembro de 2017 foi autoritariamente instituída sem a devida discussão pública uma nova Política Nacional de Atenção Básica mediante a portaria nº 2.436 (BRASIL, 2017). O texto representa uma série de retrocessos que violenta os

princípios do SUS e ilustra um momento político onde as conquistas da Era democrática estão sob forte ameaça. Morosini e Fonseca (2017) analisam alguns textos que antecederam à nova PNAB como a Portaria GM/MS no 958/16, que alterava a composição da equipe mínima da Estratégia Saúde da Família (ESF) estabelecendo a possibilidade de os municípios substituírem os agentes comunitários de saúde (ACS) por auxiliares ou técnicos de enfermagem.

Segundo as autoras a portaria só foi anulada devido à intensa mobilização e à organização dos diferentes movimentos sociais dos ACS. Entretanto, mesmo apesar desses esforços e luta dos ACS e outros trabalhadores do SUS, a nova PNAB foi instituída por decreto. O documento abriu caminhos para a criação de outro tipo de modelo de equipe tradicional: equipes de atenção Básica (eAB), deixando a responsabilidade para a gestão municipal, optar por um ou outro modelo. No entanto, nas equipes eAB, os profissionais de saúde: dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate à endemias, podem estar dispensados de pertencer à equipe mínima. (MOROSINI; FONSECA, 2017)

Na incorporação das eAB, percebe-se também uma perspectiva procedimento-centrada, onde as ações de educação e promoção da saúde parecem não ser prioridade. Encontramos aqui um: “aprofundamento da perspectiva biomédica e medicalizadora, que associa o aumento da capacidade resolutiva da atenção básica à realização de procedimentos simplificados” (MOROSINI; FONSECA, 2017, p.2). E ainda para as autoras, a revisão da PNAB apresenta um modelo de atenção primária seletiva, e coloca em xeque os princípios de universalização e equidade. Assim, quando se fala que os municípios devem agir segundo “especificidades sanitárias do seu território” pode significar o reforço de desigualdades e a justificativa para tratamentos diferenciados, vínculos precários e “carteiras” variadas, estratificadas ou simplificadas de serviço. (MOROSINI; FONSECA, 2017)

O decreto institucionaliza, portanto, a precarização do trabalho, especificamente daqueles trabalhadores do SUS que apresentam maior vulnerabilidade relacionada às suas condições de trabalho: técnicos, auxiliares e agentes comunitários e agentes de endemias. No caso dos ACS, na portaria não se especifica um número mínimo nem máximo de ACS por equipe: “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, p.13). Tudo isso fragiliza ainda mais essa categoria e ao deixar esse quesito em aberto, é possível ter equipes de saúde que funcionem só com um ACS, e se fosse assim, qual seria a carga de trabalho desse profissional? Esse profissional sozinho vai conseguir dar conta das demandas do território?

Frente a essas iniciativas, ainda em 2017 os profissionais de saúde da atenção Básica iniciaram diversas mobilizações e, especialmente os ACS, continuam lutando e enfrentando as ameaças vindas da implantação da nova PNAB que acaba por respaldar decisões municipais de desmonte da atenção básica como é o caso específico do município do Rio de Janeiro, onde desde 2017 aconteceram diversos cortes de orçamento na área da saúde provocando atraso de salários por vários meses, demissão em massa de agentes comunitários de saúde e inclusive o fechamento de diversas unidades de saúde da família.

Além das questões políticas, o trabalho dos ACS tem outros fatores limitantes, como por exemplo, a vulnerabilidade no trabalho. Um estudo realizado por Cunha (2010) trouxe como resultados as tramas do trabalho que mostram a vulnerabilidade que enfrentam no cotidiano do trabalho, demarcada por uma precariedade e dominação, o que está sendo denominado “flexexploração” Esta última consiste na rotatividade do agente, expressando a ideia de que o ACS existe com a incerteza de continuar no trabalho e ao mesmo tempo com visibilidade pública em destaque, sem funcionar de forma efetiva.

Em relação à precariedade, o ACS enfrenta essa situação, por meio da ressignificação de experiências e padrões culturais, que “facilitam a convivência do trabalho e vida pessoal”, mecanismos de sobrevivências denominados como “segredos de ofício”. Tal dificuldade é revelada no seguinte questionamento: “como conciliar a necessidade de manter uma proximidade com os moradores e sua credibilidade, garantir a produção e, ainda, assegurar a separação trabalho e vida pessoal? ” (CUNHA, 2010). Pode ser percebido, portanto, que mesmo com a qualificação técnica dos ACS e o reconhecimento como profissão, as condições de trabalho são fatores que interferem nas práticas efetivas desses trabalhadores.

Neste momento é relevante caracterizar as condições de trabalho dos ACS e nos aproximar mais do seu cotidiano de trabalho, pois conforme exposto anteriormente, a qualificação técnica do ACS e o reconhecimento da profissão não garantem condições de trabalho adequadas. De maneira que essas condições são consideradas como fatores basilares, que podem interferir diretamente no agir desses trabalhadores. Além disso, abordar essas questões pode ser uma oportunidade para discutir junto aos ACS sobre suas necessidades, sua realidade no serviço de saúde, e suas principais demandas no contexto da sua atuação visando caminhos de *empoderamento* desses profissionais.

Espera-se que os resultados de nosso estudo possam contribuir com o desenvolvimento científico do tema e , gerar novas discussões Além do aspecto compreensivo de buscar entender o complexo movimento de formação/trabalho/política dos ACS, também poderão haver outras repercussões sociais com a abertura de um espaço de discussão coletiva e colaboração entre os sujeitos objetivando a possível melhora das condições de trabalho e fortalecimento dos processos de formação dos ACS.

A partir desses apontamentos, poderemos nos perguntar, **como os ACS enfrentam atualmente à precarização de suas condições de trabalho? De que forma as reformas neoliberais e a implantação do modelo gerencialista na saúde pública têm influenciado na subjetividade dos Agentes Comunitários de Saúde? Como este contexto de precarização afeta as relações interpessoais no ambiente de trabalho?**

2. OBJETIVOS

2.1. GERAL

Analisar como as/os Agentes Comunitárias/os de Saúde reagem às políticas neoliberais contemporâneas e quais os impactos da implantação do modelo gerencialista em suas condições de trabalho, em seus processos de formação profissional e na constituição de suas subjetividades.

2.2. ESPECÍFICOS

2.2.1. Caracterizar as políticas neoliberais, descrevendo a repercussão das Reformas contemporâneas nas políticas de Atenção Primária, na infraestrutura e organização do trabalho nos serviços de saúde e na subjetividade dos Agentes Comunitários de Saúde.

2.2.2. Desenvolver uma etnografia do cotidiano de uma unidade de saúde da família no município do Rio de Janeiro analisando as condições de trabalho e relações interpessoais dos Agentes Comunitários de Saúde.

2.2.3. Analisar a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre seus processos de formação.

2.2.4 Identificar espaços e práticas políticas de reação dos Agentes Comunitários de Saúde frente à precarização do trabalho na unidade de saúde estudada.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo apresentaremos os procedimentos metodológicos, os resultados e as análises de nossa revisão narrativa da literatura científica sobre a temática: política, formação e trabalho dos Agentes Comunitários de saúde. Antes de iniciar as buscas por material bibliográfico, foram escolhidas quatro bases de dados para o desenvolvimento da pesquisa: o Google Acadêmico; o Portal de Periódicos da CAPES; a Base Digital de Teses e Dissertações (BDTD) e o Banco de Teses e Dissertações da CAPES. Além disso, foram definidos também quatro descritores que inicialmente foram utilizados para as buscas nas bases de dados, a saber: **formação; trabalho; identidade; Agente Comunitário de Saúde.**

Em relação às chaves de busca utilizadas, iniciou-se com a combinação: formação *or* educação, agentes comunitários de saúde, trabalho *or* processo de trabalho, identidade *or* identidade profissional. Depois foram sendo também acrescentados outros descritores à medida que identificávamos o seu uso nos trabalhos que íamos selecionando: *educação continuada, formação continuada, educação permanente, capacitação, formação de agentes comunitários de saúde, educação de ACS, capacitação de ACS, saúde da família.*

Foram desenvolvidas três etapas até se chegar à seleção final dos textos que compuseram nosso *corpus* de análise. Na primeira etapa foram encontrados 697 trabalhos dos quais foram selecionados 65 textos, a partir da leitura dos títulos, palavras-chave e resumos dos trabalhos; considerando-se os critérios de inclusão (trabalhos mais relacionados com os descritores: *formação* e *Agente Comunitário de Saúde*; disponibilidade do trabalho completo) e critérios de exclusão (Recorte temporal: 2005-2017; língua: só textos em português, inglês e espanhol). Em cada base de dados consultada, ampliou-se ou não os critérios de inclusão e exclusão segundo as opções de busca das plataformas das bases de dados

A segunda etapa consistiu na construção de uma matriz de análise onde foram inseridos todos os textos selecionados nas bases de dados para a melhor visualização e organização dos resultados. A terceira etapa diz respeito à seleção final dos trabalhos que compuseram o *corpus* de análise. Para esta seleção final, primeiro foram lidos todos os resumos daqueles 65 textos e aplicados os critérios de inclusão e exclusão. Ainda nesta terceira etapa, a matriz de análise foi compartilhada

com outros dois pesquisadores que aplicaram os mesmos critérios para aumentar a confiabilidade da seleção final dos textos que seriam analisados.

Por fim, foram selecionados os 21 textos que compuseram *corpus* de análise. Estes 21 trabalhos foram lidos na íntegra e a partir dessa leitura foram construídas as categorias temáticas que agruparam os textos de acordo com seu conteúdo. A análise foi desenvolvida a partir destas categorias. A descrição dos procedimentos realizados em cada base de dados será realizada no detalhamento de nosso percurso metodológico que apresentamos a seguir.

3.1. PERCURSO METODOLÓGICO PARA A REVISÃO DE LITERATURA

Na pesquisa realizada no portal Periódicos CAPES, antes de iniciar as buscas, definiu-se realizar uma busca tipo simples, por assunto e em todas as revistas e bases de dados que encontram-se inseridas no portal. Consideraram-se como critérios de inclusão: todos os documentos revisados por pares, além de todos aqueles relacionados principalmente com as palavras chave: “formação” e “agentes comunitários de saúde”, assim como a disponibilidade do texto completo; e como critérios de exclusão: o recorte temporal (2005-2017), seleção de textos em língua portuguesa e inglesa. A seleção dos documentos científicos foi realizada considerando o título e resumo. No total de 127 textos encontrados, foram selecionados 11 textos.

Na pesquisa realizada na Biblioteca Digital Brasileira de teses e Dissertações (BDTD) e no Banco de Teses e Dissertações-CAPES, foi realizada uma pesquisa de tipo simples, em todos os campos que aparecem nas plataformas. Foram utilizados como critérios de inclusão: textos relacionados com as palavras chave: “Agentes Comunitários de Saúde” e “Formação”, disponibilidade de textos completos; e como critérios de exclusão: o recorte temporal (2005-2017) e textos em português. A seleção dos textos foi realizada após leitura dos títulos e resumos de cada texto. Dos 24 textos encontrados, foram selecionados 7 trabalhos.

No buscador do Google Acadêmico, foram realizadas algumas configurações que incorporaram os critérios de inclusão e exclusão utilizados: como critérios de inclusão considerados os documentos relacionados com as palavras-chave: “formação” e “agentes comunitários de saúde”, assim como a disponibilidade do

trabalho completo; e como critérios de exclusão foi realizado um recorte temporal (2005-2017), selecionados os idiomas (textos em português e inglês até a busca número 6, a busca número 7 incluiu também os textos em espanhol). Nesta base de dados, a seleção dos artigos, teses e dissertações foi realizada a partir de uma primeira leitura do título e da descrição do documento encontrada no buscador. Quando foi necessário (nos casos de dúvidas quanto a seleção do texto para compor o corpus de análise), também se realizou uma leitura dos resumos dos documentos. Nesta base foram encontrados no total 546 resultados, dos quais foram selecionados 47 textos. É importante ressaltar que depois de várias buscas no Google Acadêmico - base de dados onde foi encontrado o maior número de resultados - a partir da busca de número 8 observou-se que era necessário modificar as chaves de busca e acrescentar outros descritores como *formação* e *saúde da família*. Seguimos até a busca 12, quando os resultados foram se repetindo constantemente, o que nos permitiu concluir haver chegado ao ponto de saturação com os resultados obtidos.

Algumas limitações na pesquisa nas bases de dados dizem respeito à algumas dificuldades técnicas durante o processo de buscas nas plataformas, nem todas as bases de dados disponibilizam os artigos completos. Devido aos diferentes usos de símbolos segundo base de dados, não foi possível padronizar os símbolos nas buscas, estas tiveram que ser variadas e diferentes, dependendo da base de dados.

A partir das buscas detalhadas anteriormente, foram selecionados um total de 65 textos científicos distribuídos da seguinte forma segundo base de dados: Periódicos CAPES (11); BDTD (6); Banco de Teses e dissertações CAPES (1); e Google Acadêmico (47). No quadro a seguir apresentamos uma síntese dos procedimentos metodológicos que seguimos na realização da revisão de literatura.

Quadro 1 Síntese dos procedimentos metodológicos para revisão de literatura (Número e tipo de Busca; chaves de busca, número de trabalhos encontrados e de trabalhos selecionados e Base de dados pesquisada).

Nº BUS-CA	TIPO DE BUSCA	CHAVES DE BUSCA	Nº de textos encontrados	Nº de textos escolhidos	Base de Dados
1	Simple	FORMAÇÃO AND "AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE" AND TRABALHO AND IDENTIDADE	31	8	Portal de Periódicos da CAPES
2	Simple	FORMAÇÃO AND "AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE" AND TRABALHO AND IDENTIDADE	35	1	Portal de Periódicos da CAPES
3	Simple	"FORMAÇÃO CONTINUADA" + "AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE"	61	2	Portal de Periódicos da CAPES
4	Simple	(FORMAÇÃO OR EDUCAÇÃO) AND ACS AND TRABALHO AND IDENTIDADE AND SAÚDE	13	6	BDTD/ IBICT
5	Simple	(FORMAÇÃO OR EDUCAÇÃO) AND ACS AND TRABALHO AND IDENTIDADE AND SAÚDE	11	1	Banco Teses e Dissertações da CAPES
6	Avançada	"FORMAÇÃO CONTINUADA" + "AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE"+"PROCESSO DE TRABALHO"+"IDENTIDADE PROFISSIONAL"	39	9	Google Acadêmico
7	Avançada	"FORMAÇÃO DE AGENTE COMUNITÁRIO" AND TRABALHO AND IDENTIDADE AND "SAÚDE DA FAMÍLIA"	90	17	Google Acadêmico
8	Avançada	"EDUCAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS" AND IDENTIDADE AND TRABALHO"	8	3	Google Acadêmico
9	Avançada	"CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE" AND "PROCESSO DE TRABALHO" AND "IDENTIDADE" AND "SAÚDE DA FAMÍLIA"	38	2	Google Acadêmico
10	Avançada	"CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS" AND "PROCESSO DE TRABALHO" AND "IDENTIDADE" AND "SAÚDE DA FAMÍLIA"	52	1	Google Acadêmico
11	Avançada	"FORMAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS" AND "TRABALHO" AND "IDENTIDADE" AND "SAÚDE"	153	9	Google Acadêmico
12	Avançada	FORMACIÓN + "AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD" + TRABAJO + IDENTIDAD	166	6	Google Acadêmico
TOTAL DE TEXTOS			697	65	----

Fonte: elaboração própria, 2017.

Na segunda etapa do trabalho de revisão da literatura, os 65 textos selecionados foram inseridos numa planilha eletrônica do *Excel* contendo as

seguintes informações: título, autor, ano, resumo, revista/biblioteca, fonte e link para o texto completo. A construção dessa planilha ajudou no momento de selecionar os trabalhos a ser analisados. Dos 65 textos, ainda foi preciso um refinamento maior dos textos, para isso foi realizada a leitura dos resumos completos dos trabalhos por outros dois pesquisadores além da autora deste estudo, para aumentar a confiabilidade dos nossos resultados⁵

Cada pesquisador tinha como objetivo identificar entre os 65 textos àqueles que deveriam compor o corpus final de análise. O pesquisador 1 escolheu 32 textos, o pesquisador 2 escolheu 17 textos e o pesquisador 3 escolheu 36 textos. Cruzando-se os resultados selecionados por cada pesquisador, constatou-se que: 14 textos foram selecionados por 3 pesquisadores, 16 textos foram selecionados por 2 pesquisadores, 14 textos foram selecionados por 1 pesquisador e 21 não foram selecionados por nenhum pesquisador. Após este cruzamento, todos os 14 textos selecionados pelos 3 pesquisadores foram incluídos no corpus. Foram excluídos os 21 textos que nenhum pesquisador selecionou. Daqueles textos que foram selecionados por ao menos 1 pesquisador, foi novamente realizada a leitura do resumo e ao final nenhum texto foi incluído. Entretanto, daqueles textos que foram selecionados por 2 pesquisadores, após a releitura do resumo, 7 trabalhos foram incluídos. Em conclusão, foram selecionados para compor o corpus de análise desta revisão de literatura **21 trabalhos, sendo 9 dissertações de mestrado, 8 artigos científicos, 3 teses de doutorado e 1 trabalho de conclusão de curso (TCC)**. A seguir, no quadro II, apresentamos os 21 documentos que compuseram o nosso corpus de análise.

⁵ Os outros dos pesquisadores foram uma aluna de mestrado e o orientador desta pesquisa, ambos são integrantes do grupo de pesquisa COGITARE, do Laboratório de Ensino de Ciências (LEC) do instituto NUTES/UFRJ.

Quadro 2 Síntese dos documentos que compõem o corpus de análise: referência bibliográfica, revista/biblioteca, base de dados de origem, tipo de documento e número da busca.

Nº	REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA DO TEXTO	REVISTA/ BIBLIOTECA	BASE DADOS	TIPO DE DOCUMENTO	Nº BUS CA
1	SOUZA, F.R.M. Agentes Comunitários de Saúde, formação e perfil profissional: o caso de Duque de Caxias, RJ. Rio de Janeiro, 2014. 152f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.2014.	Biblioteca digital de teses e dissertações- UERJ	BDTD	Dissertação de Mestrado	1
2	GOMES, C.O. Agente Comunitário de Saúde (ACS): Construção do percurso identitário a partir da história de vida. 2013. 77f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.2013.	Biblioteca digital de teses e dissertações da UERJ	BDTD	Dissertação de Mestrado	1
3	ANDRADE, V.M.P. O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: CONCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS E USUÁRIOS. 2013. 177f. Tese (Programa de Pós-graduação em Psicologia). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.2013.	Digital library USP	BDTD	Tese de Doutorado	1
4	GALAVOTE, H.S. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. 2010, Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, Niterói. 2010.	Interface: Comunicação, Saúde e Educação	Portal de Periódicos Capes	Dissertação de Mestrado	1
5	QUEIROZ, D.M; SILVA, M.R.F; OLIVEIRA, L.C. Educação Permanente com Agentes Comunitários de Saúde: potencialidades de uma formação norteada pelo referencial da Educação Popular e Saúde. Interface (Botucatu) , Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1199-1210, 2014.	Interface: Comunicação Saúde e Educação	Portal de Periódicos Capes	Artigo Científico	1
6	BRIGAGAO, J.I.M; GONÇALVES, R. Oficinas de promoção de saúde: discutindo os dilemas do cotidiano de um grupo de agentes comunitárias de saúde. Paidéia (Ribeirão Preto) , Ribeirão Preto, v. 19, n. 44, p. 387-393, 2009.	Revista Paideia	google acadêmico	Artigo Científico	2
7	CUNHA, M.B; FRIGOTTO, G. O trabalho em espiral: uma análise do processo de trabalho dos educadores em saúde nas favelas do Rio de Janeiro. Interface (Botucatu) , Botucatu, v. 14, n. 35, p. 811-823, 2010.	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	google acadêmico	Artigo Científico	2
8	MONTEIRO, M.A.G.S. Trabalho, saúde e educação: um estudo sobre a formação profissional dos agentes comunitários de saúde do estado do Maranhão no período 2004-2011. 182 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2013.	Repositório Institucional - Universidade Federal de Uberlândia	google acadêmico	Dissertação de Mestrado	3
9	FERREIRA, K.N. Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde. 2016. 87f. Dissertação (mestrado em enfermagem). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora. 2016.	Repositório Dspace	google acadêmico	Dissertação de Mestrado	3

10	MÉLLO, L.M.B.D. A trajetória da formação profissional dos agentes comunitários de saúde no Município do RECIFE-PE. 2013. 203f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Pernambuco, Recife. 2013.	Repositório institucional da UFPE	google acadêmico	Dissertação de Mestrado	3
11	SOUZA, M.C.M.R; BARCELOS, A.P.M; LANZA, F.M. A política de formação técnica do agente comunitário de saúde: perspectivas e desafios. Rev. APS .out/dez; 16(4): 469-473, 2013.	Revista de APS	google acadêmico	Artigo Científico	3
12	MEIRA, Regina Márcia Maestrello Bolis Paula. O agente comunitário de saúde: convergências e divergências, na percepção dos próprios agentes, dos médicos, enfermeiros e usuários do serviço. 2008. 161 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2008.	REPOSITÓRI O INSTITUCION AL UNESP	google acadêmico	Dissertação de Mestrado	3
13	CÔRREA. C; PFEIFFER, C.C; LORA, A.P. O agente comunitário de saúde: uma história analisada. Campinas: RUA (online). no 16. v.1. Campinas, 2010.	Revista Rua UNICAMP	google acadêmico	Artigo Científico	3
14	DUARTE, Lúcia Rondelo; SILVA, Débora SchimmingJardini Rodrigues da; CARDOSO, Sandra Helena. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 11, n. 23, p. 439-447, 2007.	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	google acadêmico	Artigo Científico	4
15	SOSSAI, L. C. F. Atenção primária à saúde no município de Marília-SP: repensando o trabalho do agente comunitário de saúde. 2008. 102f. Dissertação (Mestrado em enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2008.	biblioteca digital USP	google acadêmico	Dissertação de Mestrado	5
16	SANTOS, Á.C. Curso técnico de agente comunitário de saúde: a percepção dos ACS. 2015. 95 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2015.	Repositório Institucional FIOCRUZ	google acadêmico	Dissertação de Mestrado	7
17	FLORES, Oviromar. O agente comunitário de saúde: caracterização da sua formação sócio-histórica como educador em saúde. 2007. 208 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)-Universidade de Brasília, Brasília, 2007.	Repositório Institucional UNB	google acadêmico	Tese de Doutorado	7
18	FONSECA, A.F. O trabalho do agente comunitário de saúde: implicações da avaliação e da supervisão na educação em saúde. 2013. 233 f. Tese (Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.	Repositório Institucional FIOCRUZ	google acadêmico	Tese de Doutorado	7
19	LABRADOR, C.P. Agente comunitario de Salud, sujeto transformador. 2014. 25f. Tesis de Grado (Infermeira). Universitat De Les Illes Balears. España, 2014.	Repositorio institucional universitat de les illes balears	google acadêmico	Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)	8
20	SCHUBERT, Janete; Rosane Neves da Silva . Los modos de trabajo de los agentes comunitarios de salud: entre el discurso institucional y el cotidiano de la vulnerabilidad. MEDPAL Medicina paliativa: interdisciplina y domicilio , v. 3, p. 45-53, 2011.	Revista MEDPAL, Interdisciplina y domicilio	google acadêmico	Artigo Científico	8
21	KLUTHCOVSKY, A.C.G.C; TAKAYANAGUI, A.M.M. Community health agent: a literature review. Rev. Latino-Am. Enfermagem , Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 957-963, Dec. 2006 .	Revista latino-americana de enfermagem	google acadêmico	Artigo Científico	8

Fonte: elaboração própria, 2017.

3.2. CATEGORIZAÇÃO DOS TEXTOS QUE COMPÕEM O *CORPUS* DE ANÁLISE

Todos os trabalhos identificados no quadro II e que compuseram o nosso *corpus* de análise foram lidos na íntegra. Ao longo das leituras os textos foram sendo agrupados e organizados de acordo com unidades de sentido que posteriormente foram redesenhadas até a construção de 5 categorias temáticas, a saber: i) Contexto político contemporâneo das reformas neoliberais; ii) História e Origem da Profissão; iii) Processos de formação e Educação Permanente; iv) Condições de trabalho e; v) Identidade Profissional.

As dissertações e teses encontradas pertencem a programas de pós-graduação em saúde coletiva, saúde pública, enfermagem, psicologia e educação. A maioria dos trabalhos foram textos de cunho qualitativo, dois trabalhos quanti-qualitativos e um trabalho quantitativo. Quanto às abordagens utilizadas pelos trabalhos, a maioria corresponde a estudos de caso, multicaseos, um estudo de revisão bibliográfica e um de análise documental.

Em relação aos artigos, encontrou-se um texto específico de revisão bibliográfica (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006), um artigo de análise documental, e a maioria de artigos foram estudos de caso sobre a temática. Todos os textos apresentaram uma abordagem qualitativa e foram utilizadas técnicas como: pesquisa-ação, pesquisa participante, relato de experiências, história de vida.

No quadro a seguir, apresentamos uma síntese das categorias temáticas construídas a partir da leitura completa e análise dos textos que compõem o *corpus*.

Quadro 3 Categorias temáticas construídas a partir dos textos da revisão de literatura: Nome da categoria temática, definição da categoria e identificação das referências dos trabalhos que abordam a temática definida na categoria.

CATEGORIA TEMÁTICA	DEFINIÇÃO DA CATEGORIA	REFERÊNCIA DOS TRABALHOS	SÍNTESE DA ANÁLISE
CONTEXTO POLÍTICO CONTEMPORANEO DAS REFORMAS NEOLIBERAIS	Reformas na área da saúde, políticas de precarização do trabalho, Política Nacional de Atenção Básica.	SANTOS, (2015); MÉLLO, (2013), GAVALOTE, (2010), MEIRA, (2008); SOUZA, (2014); MONTEIRO (2013);	Fatos históricos pouco problematizados sobre a implantação do modelo capital neoliberal nos países Latino-americanos.
HISTÓRICO E ORIGEM DA PROFISSÃO	Textos que explicam como surgiu a profissão de ACS, ao nível internacional, no Brasil e no Rio de Janeiro. Programa PACS, PSF, ESF, PNAB, Atenção Básica.	LABRADOR, (2014); FONSECA AF, (2013); SOUZA, (2014); FERREIRA, (2016); SANTOS, (2015); GOMES, (2013); ANDRADE, (2013); SOUZA, BARCELOS, LANZA, (2013); MONTEIRO, (2013); MÉLLO, (2013); FLORES, (2007).	Alguns textos fazem uma abordagem sucinta a partir da consolidação do SUS como política de Estado, enquanto outros contextualizam o surgimento dos ACS a eventos anteriores que não se restringem ao âmbito da saúde.
FORMAÇÃO DOS ACS	Estudos de caso sobre cursos de formação para ACS com diferentes enfoques: formação técnica, Cursos, oficinas, educação permanente.	MÉLLO, (2013); SOSSAI, (2008); SOUZA, (2014); MEIRA, (2008); SANTOS, (2015); FLORES (2007). MONTEIRO, (2013); DUARTE, SILVA, CARDOSO (2007); SOUZA, BARCELOS, LANZA, (2013); BRIGAGÃO, GOLÇALVES, (2009); QUEIROZ, SILVA, OLIVEIRA, (2014).	Controvérsias sobre a necessidade ou não de formação técnica para as/os ACS. Experiências enriquecedoras de educação popular em saúde com ACS.
CONDIÇÕES DE TRABALHO	Textos que discutem as condições de trabalho dos ACS, relações com os outros profissionais, na perspectiva dos ACS, dos médicos, enfermeiros e da comunidade. Regulamentação da profissão, propostas de educação popular nas práticas dos ACS.	MÉLLO, (2013); GALAVOTE, (2010); FONSECA AF, (2013); SOUZA, (2014); MEIRA, (2008); FERREIRA, (2016); SANTOS, (2015); CÔRREA, PFEIFFER, LORA, (2010); ANDRADE, (2013); CUNHA, FRIGOTTO, (2010); KLUTHCOVSKY, TAKAYANAGUI, (2006); SCHUBERT, SILVA, (2011); QUEIROZ, SILVA, OLIVEIRA, (2014).	Contradições entre a teoria e a prática com respeito ao que significa esse processo de trabalho. Dificuldades e potencialidades do trabalho.
IDENTIDADE PROFISSIONAL	Abordagem das funções, atribuições aos ACS, ênfase no “perfil profissional”, e sua subjetividade.	GOMES, (2013); SOSSAI, (2008); GALAVOTE, (2010); FONSECA AF, (2013); MEIRA, (2008); FLORES, (2007); KLUTHCOVSKY, TAKAYANAGUI, (2006); SCHUBERT, SILVA, (2011); ANDRADE (2013)	Categoria pouco aprofundada nos trabalhos encontrados. É abordado, segundo a percepções de profissionais de saúde, o “perfil profissional”, a “identidade profissional”.

Fonte: elaboração própria, 2017.

3.2.1. O contexto político contemporâneo das reformas neoliberais

Um dos primeiros aspectos que são abordados pelos trabalhos analisados é o contexto sócio-político-econômico contemporâneo no qual são discutidas questões relacionadas com o trabalho, formação e identidade dos Agentes Comunitários de saúde. Desse modo, destacam-se aspectos sobre o cenário político a partir da década de 70 no século passado, assim como os processos de Reformas na área da saúde, políticas de precarização do trabalho, mudanças na Política de Atenção Básica. No entanto, são poucos textos que discutem esse contexto nos últimos anos e a maioria apresenta um enfoque histórico pouco problematizado.

No século XX o Brasil esteve marcado por diversos momentos de mudanças e de lutas, que aconteceram em prol de um Estado de Bem-Estar Social, através de reformas progressistas como a Reforma Sanitária (MONTEIRO, 2013). No entanto, esses movimentos não aconteceram sem oposição e apesar dos ganhos obtidos, o cenário também foi de contrarreformas o que colocava em disputa diversos interesses, sociais, econômicos, políticos (SANTOS, 2015). Assim,

“O Estado “Mínimo” substitui o Estado de Bem-Estar, o seguro social substitui a seguridade social, assim como a focalização à universalização, a prestação de serviço pelo Estado pela privatização, os direitos trabalhistas pela desregulamentação e flexibilização” (MONTEIRO, 2013, p.61).

Diversas mudanças desse tipo começam a fortalecer a implantação do modelo capitalista neoliberal que no âmbito da saúde nos países latino-americanos, vai se inserindo com maior ênfase na década de 90. Assim, nas últimas décadas ressalta Monteiro (2013) que a classe trabalhadora está sendo mais afetada, já que devido às condições de trabalho e desemprego crescente, as condições de vida dos trabalhadores teriam se deteriorado.

Souza (2014) afirma que as reformas neoliberais também fizeram que os direitos sociais como a educação passasse a ser considerado como um serviço mercantil e que sejamos partícipes do desmonte da face social do Estado.

Ainda dentro da área da saúde e mais especificamente na Atenção Primária/Atenção Básica, os projetos políticos que se colocam em disputa são por um lado orientados sob modelos neoliberais de organismos internacionais e por outro lado, seguindo o ideário da Reforma Sanitária (MONTEIRO, 2013). Desse modo,

apesar do movimento de reorientação do modelo de atenção e o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, com o cenário neoliberal também cresceram as políticas de privatização dos serviços de saúde e precarização das condições de trabalho.

Nesse contexto, Mélo (2013) critica o movimento de privatização da atenção primária, especificamente no sentido de conhecer os interesses das entidades privadas (OSS, OSCIPS e fundações estatais de direito privado) na garantia ou não da qualificação e a melhora das condições de trabalho desse profissional.

Um aspecto importante nesse contexto é identificar como os trabalhadores de saúde podem-se organizar para reivindicar seus direitos, exigir melhores condições de vida; tendo em consideração que a emergência das políticas neoliberais, também impossibilitam a construção e o fortalecimento de formas coletivas de resistência (MONTEIRO, 2013, p. 64).

3.2.2. A realidade dos Agentes Comunitários de Saúde

3.2.2.1. Histórico e origem da profissão

Na bibliografia analisada a maioria dos textos trazem como contexto inicial dos estudos uma abordagem histórica sobre a emergência do Agente Comunitário de Saúde. No entanto, podemos identificar diferentes enfoques nessas abordagens. Alguns textos dialogam com o contexto histórico internacional sobre as origens do ACS (LABRADOR, 2014; FONSECA AF, 2013; FLORES, 2007), os mesmos que consideram que este agente nasce no contexto da Segunda Guerra Mundial como um movimento na China chamado “médicos descalços”, que depois é integrado como política sanitária no Brasil. Também são apresentadas outras experiências desde o século XIX na Rússia (FONSECA AF, 2013), além de outros antecedentes como a época dos inspetores sanitários na idade média (FLORES, 2007).

Por outro lado, a maioria dos textos focalizam o contexto brasileiro (FONSECA AF, 2013; SOUZA, 2014; FERREIRA, 2016; SANTOS, 2015; GOMES, 2013; ANDRADE, 2013; SOUZA, BARCELOS, LANZA, 2013); alguns fazem uma abordagem sucinta a partir da consolidação do SUS como política de Estado (os artigos analisados) enquanto outros contextualizam o surgimento dos ACS a eventos anteriores que não se restringem ao âmbito da saúde.

É importante observar que nos textos que contextualizam o surgimento dos ACS no âmbito brasileiro, alguns autores situam a origem dessa profissão nos interesses governamentais para diminuir alguns indicadores de saúde (ANDRADE, 2013; MEIRA, 2008), já outros estudos, enfatizam as lutas sociais da época que se juntam aos movimentos como da reforma sanitária para alcançar suas reivindicações (SOUZA, 2014; GOMES, 2013; SANTOS, 2015; MELLÓ, 2014). No entanto, todos os trabalhos coincidem na visão que um dos fatos principais para a criação do (PACS) em 1991, foi a experiência de sucesso no município de Ceará em 1987, onde, devido a um problema de seca em grande escala, foram contratadas 6113 mulheres, para diminuir a mortalidade infantil na região (FONSECA AF, 2013; SOUZA, 2014; FERREIRA, 2016; SANTOS, 2015; GOMES, 2013; ANDRADE, 2013), fato que legitimou institucionalmente a inserção de um novo profissional na área da saúde.

3.2.2.1.1. Contexto internacional

A gênese do Agente Comunitário de Saúde no contexto internacional pode ser remontada, segundo a bibliografia analisada, a diversos períodos da história. Flores (2007) coloca como antecedente a época da idade média na Europa, onde emerge a figura do inspetor sanitário responsável de dar orientações nos casos de epidemias e pestes. Além disso, menciona outras experiências posteriores na Alemanha, França e Inglaterra nos séculos XVII e XVIII, nos processos de constituição do Estado, onde o objetivo era controlar a população, a salubridade do meio-ambiente, assim como as condições de produção e circulação de mercadorias (FLORES, 2007); em outras palavras, era importante para os Estados manter sadia a população, especialmente à classe trabalhadora, para atender aos seus interesses.

Outras experiências internacionais que precedem o surgimento do ACS estão vinculadas mais especificamente a movimentos de ampliação da cobertura de serviços de saúde a lugares mais afastados. Fonseca AF (2013) menciona o exemplo da Rússia que desde o século XIX treinavam aos egressos das escolas, como trabalhadores comunitários. A experiência da China também foi similar, com o programa nacional dos médicos dos pés descalços, que nasceu como movimento a partir da Segunda Guerra mundial e foi incorporado como política sanitária do país em 1968, levando os serviços de saúde às comunidades rurais (FONSECA AF, 2013; LABRADOR, 2014).

Também são comentadas as experiências nos EUA em 1910 (articulação com as mães para difusão de cuidados de saúde entre a população imigrante urbana no país), Moçambique e Argélia (nos anos 70 teve uma mudança na organização das ações de saúde, procurando alternativas à assistência médica tradicional) (FONSECA AF, 2013).

Na América Latina, Cuba, depois da revolução socialista de 1959, também reorganizou os serviços de saúde com maior participação da comunidade (FONSECA AF, 2013). Nesse caso, Meira (2008) resgata o modelo de medicina familiar implantado em 1984 depois de um longo processo de ampliação dos serviços de saúde após a revolução; nesse modelo, o consultório do médico de família passou a ser a porta de entrada e base do sistema de saúde, porém, não existe a figura do ACS; quem realiza as visitas domiciliares é a equipe de saúde (formada por um médico e um enfermeiro) e as ações de prevenção e promoção da saúde são realizadas por organizações da comunidade que são parte do Comitê de Defesa da Revolução (CDR) e da Federação de Mulheres Cubanas (FMC) (MEIRA, 2008).

Ainda como contexto internacional que forneceu as bases para o surgimento do ACS, os casos mais recentes apresentados são expressão do modelo emergente de Atenção Primária à saúde (APS), discussão que é apontada nos trabalhos analisados, especificamente no âmbito Brasileiro. Fonseca AF (2013) menciona que essas experiências, apesar de desenvolver-se em diferentes contextos, são importantes no âmbito da atenção primária e ressalta nesse processo a inclusão do *trabalhador comunitário*:

Essa configuração da APS, na qual a participação de um trabalhador oriundo das comunidades, não pertencente às categorias tradicionais da saúde, ganha centralidade na organização das ações e serviços de saúde, vem se consolidando em diversos países da América Latina e da África (FONSECA AF, 2013).

Nesse cenário a comunidade internacional intervém nos países como difusora da proposta e estipulando algumas indicações com respeito ao papel do ACS, considerado internacionalmente como *Community health worker*(CHW). O Banco Mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e outros organismos internacionais, na década de 90, sugeriram características do perfil deste profissional além de outros

requisitos para sua inserção no sistema de saúde dos países. Algumas décadas atrás a relação do trabalhador comunitário de saúde com a APS já era mencionada nos documentos oficiais internacionais:

Cabe destacar a participação de organismos internacionais na definição do processo de incorporação do CHW na APS, que se encontra já no primeiro documento produzido pelo Banco Mundial especificamente para a área da saúde, denominado "Health: sector policy paper" (WORLD BANK, 1975 *apud* FONSECA AF, 2013, p.38).

3.2.2.1.2. Contexto Brasileiro

No contexto brasileiro, Ferreira (2016), aborda os conceitos de Atenção Primária em Saúde e sua denominação no Brasil como Atenção Básica, para contextualizar a emergência do profissional ACS como parte da reorientação do modelo assistencial preconizado pelo SUS. Assim, é apontada a criação do PACS e posteriormente o PSF, e com a sua consolidação é criada uma nova categoria de trabalhadores para o SUS. No mesmo sentido, Andrade (2013) também coloca como cenário a emergência da APS nos anos 70 principalmente; e como o modelo é incorporado no Brasil através de políticas de expansão da cobertura da assistência à saúde, muitas das quais preconizam a incorporação de pessoal com baixa qualificação.

Andrade (2013) menciona que a primeira iniciativa com respeito à emergência do ACS no Brasil surge em 1942 com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), onde aparece a figura do visitador sanitário responsável pelo monitoramento da situação de saúde da população. O SESP inicialmente foi direcionado para a população da Amazônia que extraía matéria prima no contexto da Segunda Guerra Mundial; assim, Monteiro (2013) acrescenta que a construção da categoria profissional ACS se dá numa época marcada pela transformação do modelo de produção capitalista.

Já na década de 60, é criada a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (F-SESP) que substitui o SESP, e onde aparece a figura do visitador sanitário ou auxiliar de saneamento que desenvolviam atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, monitoramento de grupos de risco e vigilância sanitária (SOUZA, 2014; MONTEIRO, 2013). Souza (2014) relaciona a emergência desse profissional ao contexto de lutas pela organização e reconhecimento profissional, assim como experiências mais específicas que precederam a incorporação do ACS

como trabalhador do SUS sendo pontuada a sua importância como mediador entre a população e o serviço de saúde.

Para Monteiro (2013), nos anos 70 e 80 percebe-se uma maior visibilidade destes membros da comunidade nas ações de saúde, intensificando-se suas práticas no país através do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS criado em 1976 e com a influência tanto do movimento da Reforma Sanitária como de internacionais, como o caso da conferência de Alma-Ata. O PIASS incorporou o modelo dos visitantes sanitários, mas com o nome de agentes ou auxiliares de saúde (SOUZA, 2014).

Nos anos 90, foi criado o Programa de Agentes Comunitários (PACS) inspirado na experiência do município de Ceará (ANDRADE, 2013). Este programa teve também como base o programa Médico de Família, em Niterói (MEIRA, 2008; FERREIRA, 2016) que em 1991 adaptou o modelo de saúde familiar cubano ao município e pode-se considerar um importante precedente do modelo de saúde da família no Brasil.

Entretanto, é importante mencionar as arenas políticas no surgimento desse profissional:

Em 1991, quando se dá a incorporação do ACS em um programa de âmbito nacional, duas questões importantes, de caráter socioeconômico, estiveram imbricadas no contexto. Trata-se do desemprego estrutural característico da crise do sistema capitalista que predominou nas décadas de 1980 e 1990 e da retração da face pública do Estado, marca da reforma neoliberal que redesenhou o papel de Estado na sociedade brasileira (FONSECA AF, 2013, p.40).

O Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) foi criado em 1991 e em 1992 passa a se chamar de Programa de Agentes Comunitários (PACS) sendo uma estratégia transitória até a implantação do Programa de Saúde da Família em 1994 (SOUZA, 2014; MONTEIRO, 2013).

Souza (2014) salienta como contexto da inserção desse profissional, o PSF como modelo de reorientação da atenção à saúde assim como o percurso de eventos suscitados nesse processo (criação do PNACS, PACS, PSF, ESF, etc.). No entanto, a autora foca sua discussão nos textos governamentais e pouco nos eventos mais sociais e culturais que influenciaram na incorporação do ACS no SUS. Da mesma

forma Monteiro (2013) se limita a mostrar os avanços positivos que trouxeram a criação do PNACS, PACS, PSF, ESF para a APS.

Apesar disso, outros autores colocam ênfase nos aspectos dos movimentos sociais que desde a década de 70 foram se congregando e lutando pelos direitos sociais, e pela restauração da democracia no país. Nesse contexto, Gomes (2013), salienta o surgimento da profissão de ACS na perspectiva da luta de movimentos sociais nas décadas de 70 e 80:

O trabalho dos ACS tem sua origem nos grupos de agentes de saúde vinculados a movimentos sociais, as pastorais da Igreja Católica ou a Organizações Não-Governamentais (ONG). Atuavam com educação popular em saúde nas décadas de 1970 e 1980 no Brasil. (GOMES, 2013, p.15).

Esses diferentes grupos: “buscavam melhores condições de vida e de assistência à saúde de populações pobres e, depois, a mobilização para o reconhecimento, regulamentação, formação e valorização da categoria” (Santos, 2015, p.78). Do mesmo modo, Mélo (2013) enfatiza a organização e participação dos movimentos populares vinculados com comunidades eclesiais e agrupamentos de moradores, na década de 1970 num contexto de lutas contra a ditadura e posteriormente a favor da constituinte. Tais agrupamentos abrem caminhos para a formação do Movimento Popular de Saúde (MOPS), assim como outros movimentos e encontros como o Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária-ENEMEC, onde foi discutido o papel do “Agente Local de Saúde” ou auxiliares de saúde.

Desse modo, antes da consolidação do SUS no texto jurídico e a criação do PNACS em 1991, o MOPS e os Agentes de Saúde participaram da 8ª Conferência Nacional de Saúde e conseguiram aprovar a “incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado, sob a coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde, para trabalhar em educação para saúde e cuidados primários” (BRASIL, 1986 *apud* MÉLLO, 2013, p.46).

Por um lado, a criação de políticas e programas de saúde respondem a interesses dos governos em determinado contexto sócio-político-econômico-cultural, por outro, o contexto brasileiro no qual surge o ACS esteve marcado por um cenário de mudanças e tensões atravessadas pela ditadura e a emergência do neoliberalismo na América Latina. Nesse contexto, os movimentos de resistência e luta contra o

modelo de produção hegemônico, foram de singular transcendência para a criação da profissão de ACS, um sujeito que pertence à comunidade e age a partir dela.

Um outro aspecto a ser considerado é o relacionado com o discurso dos textos governamentais que foram consolidando a profissão de ACS. Dessa forma, Côrrea; Pfeiffer; Lora (2010), realizam uma análise histórica de materiais documentais como leis e normas produzidas pelo Ministério da Saúde publicados a partir da década de 90 que incluem, desde a Lei no.8.080/1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, que consolida o SUS, até a Lei n. 11.350/2006 que dispõe sobre o exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias. Na análise realizada, os autores percebem que aparece um discurso de apagamento dos ACS como profissão,

Há a produção de uma des-identificação do ACS, fazendo com que ele não se reconheça em nada, há uma des-legitimação pela impossibilidade de convivência do Estado com um discurso que pudesse desestabilizar aquilo que vem funcionando dentro de protocolo e processos já estabelecidos pelo sistema (CÔRREA; PFEIFFER; LORA, p.190).

Nesse sentido, constatamos que a emergência do ACS como profissional da área da saúde, apresenta obstáculos no processo de institucionalização, sendo desvalorizado e silenciado. E num contexto mais amplo onde estes profissionais estão inseridos, são colocadas diversas questões como contradições vindas a partir da reorientação do modelo de atenção: “Pode-se dizer, então, que houve uma ampliação restrita do direito da população brasileira à saúde, com subtração de direitos dos trabalhadores da atenção primária” (FONSECA AF, 2013, p.40). Não obstante, cabe questionar o porquê da subtração dos direitos trabalhistas, especialmente do ACS.

Nessa mesma linha, Monteiro (2013), apresenta os desafios relacionados às contradições da emergência do ACS que surge como uma ocupação, mas teve um processo de luta pelo reconhecimento de sua atividade como profissão,

Visto que surgiram como uma ocupação no âmbito do SUS. Nessa trajetória foram muitas as divergências em torno da necessidade de profissionalização dos ACS, pois, em decorrência da “natureza comunitária” do seu trabalho, consideravam-se que para o desenvolvimento dessa atividade não se necessitava de um saber específico. (MONTEIRO, 2013, p.40)

As contradições presentes no surgimento da profissão estão relacionadas com o que Nogueira, Silva e Ramos (2000) chamam de trabalhador *sui generis*,

característica outorgada aos ACS pelas especificidades que significa sua profissão na área da saúde:

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. (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000, p.26).

Também na expansão desse trabalhador do SUS no país encontrava-se o cenário de projetos em disputa de reformas e contrarreformas; por um lado a proposta da Reforma Sanitária defendia a mudança de modelo de atenção em saúde tradicional, em contrapartida das políticas neoliberais sob orientações internacionais que tinham como pressupostos da redução de custos do Estado e maior intervenção do setor privado (MONTEIRO, 2013). Por tanto, podemos considerar que o trabalho dos ACS era compreendido como sendo parte de uma reorientação do modelo biomédico e hospitalocêntrico ou como parte de uma política focalizada na população mais pobre como forma de redução de custos, situação que ocasionou a precarização do trabalho dos ACS.

Para Nogueira, Silva e Ramos (2000) foram três aspectos que contextualizam o surgimento do ACS no Brasil e a precarização do trabalho nesse processo: as políticas neoliberais no campo da regulação das profissões, as novas formas de gestão na administração pública que disseminam relações flexíveis de trabalho, e emergência de um paradigma mais solidário de políticas sociais onde se estabelece uma espécie de parceria entre o ACS e o Estado, porém o ACS mantenha o seu vínculo com a comunidade.

Finalmente, uma característica importante no surgimento do ACS no Brasil é a sua origem feminina, que é abordada pela maioria dos trabalhos analisados como simples característica dos primeiros ACS. No entanto, consideramos que é importante uma análise maior para identificar peculiaridades desse perfil para compreender questões relacionadas ao seu trabalho e formação. Abordaremos esta questão nas próximas categorias.

3.2.2.2. Processos de Formação e Educação Permanente

A formação dos ACS é um tema relevante, mas controverso. Desde a criação do PACS em 1991 a formação desse profissional sempre foi tema de debate. Por um lado, não era considerada necessária uma formação mais ampla, já que o ACS era uma pessoa da comunidade e seu trabalho era considerado como simples. No entanto, a polivalência de sua função e a complexidade da realidade com a qual lida, também requer um aprofundamento maior sobre algumas questões.

Na literatura, as discussões sobre a formação dos ACS aparecem com diferentes vertentes, abordam temas sobre a escolarização, além de educação permanente (Cursos técnicos, oficinas, programas de formação).

Do total dos textos do *corpus*, existem 11 trabalhos que abordam a questão da formação dos ACS de forma mais específica. Desse conjunto de textos, a maioria foram estudos de caso que trazem experiências de cursos de formação técnica com ACS em alguns municípios brasileiros, analisados a partir da percepção de ACS, outros profissionais de saúde e da comunidade (MÉLLO, 2013; MEIRA, 2008; DUARTE, SILVA, CARDOSO, 2007; SANTOS, 2015; SOSSAI, 2008; MONTEIRO, 2013) com foco no aprimoramento desses profissionais.

Por outro lado, trabalhos de Queiroz, Silva, Oliveira (2014); Brigagão, Gonçalves (2009) Duarte; Silva; Cardoso (2007) abordam a formação profissional dos ACS a partir da análise do seu próprio trabalho, sob uma perspectiva problematizadora; assim, a metodologia das intervenções foram oficinas com base na educação popular em saúde. Outros trabalhos realizaram uma análise da política de formação técnica do ACS (SOUZA; BARCELOS; LANZA, 2013) ou apresentam experiências de construção de programas ou cursos técnicos.

Com respeito à educação permanente em saúde (como prática de ensino-aprendizagem), salienta-se a abordagem problematizadora apresentada na literatura, sobretudo nas pesquisas dos últimos anos, além de metodologias críticas baseadas principalmente no referencial teórico da Educação Popular em Saúde. Na opinião de Souza (2014), sobre a descrição da formação profissional dos ACS foi constatada a ausência de preparo dos ACS antes de serem contratados para essa função; e quando inseridos no SUS, eles participam de cursos de capacitação sobre temas

específicos e pontuais que geralmente são oferecidos pela SMS. Esses cursos não implicam numa formação continuada e por diversos motivos não contemplam as necessidades desses trabalhadores.

3.2.2.2.1. Experiências de educação popular em saúde nos processos de formação

Por outro lado, o estudo de Queiroz; Silva; Oliveira (2014) a partir de uma pesquisa avaliativa da primeira etapa de formação técnica de ACS no município de Ceará, evidenciou que ações pontuais de formação não davam conta de contribuir com a formação, já que o trabalho e funções que realizam os ACS são complexas.

Nesse cenário, foi realizada uma ação de educação permanente protagonizada pela equipe de saúde da família, com o objetivo de: “superar gradativamente as lacunas das capacitações ofertadas aos ACS, aprimorando, assim, o trabalho executado por esses membros híbridos e polifônicos da equipe de saúde da família” (QUEIROZ; SILVA; OLIVEIRA, 2014, p.1200). A proposta teve como referencial a Educação Popular em Saúde com o intuito de “promover processos formativos que tenham impacto na qualidade do trabalho desenvolvido pelos ACS” (QUEIROZ, SILVA, OLIVEIRA, 2014, p.1201). A proposta teve como metodologia a pesquisa-ação e nas oficinas que foram realizadas, a construção de conhecimento compartilhado foi uma questão essencial.

Os resultados do estudo mostraram que a formação com ACS, alicerçada na práxis da Educação Popular e Saúde, mostrou-se estratégia político-pedagógica em consonância com o que se pretende alcançar com a Política de Educação Permanente no contexto da Saúde da Família (QUEIROZ, SILVA, OLIVEIRA, 2014, p. 1208). Vemos aqui a importância atribuída pelas autoras a trabalhar em consonância com as indicações das políticas gerais no governo.

Outro estudo com semelhantes características é o de Brigagão; Gonçalves (2009), referente a um relato de experiência de oficinas com ACS sobre a temática de promoção de saúde discutida a partir do cotidiano de trabalho. O estudo procurou basear-se em metodologias participativas e ser uma continuidade de estudos anteriores que apontaram limitações na formação do ACS em relação a aspectos mais sociais e políticos, esperando que esse tipo de abordagem contribua com a

formação continuada dos profissionais. Os resultados apresentados no estudo mostram um trabalho compartilhado entre os grupos das oficinas e a reflexão dos ACS sobre seu processo de trabalho, ressaltando-se também a valorização dos saberes dos ACS através de metodologias problematizadoras no processo de aprendizagem:

Partir da experiência e dos saberes pré-existentes possibilitou ao grupo explorar suas dificuldades e incorporar outras possibilidades de pensar e agir. As metodologias participativas diferem, em sua forma e conteúdo, das metodologias de ensino em que os temas a serem discutidos são eleitos a priori por gestores ou por professores e quase sempre não oferecem a oportunidade para que os sujeitos envolvidos exercitem a autonomia no processo de aprendizagem (BRIGAGÃO; GONÇALVES, 2009, p.392).

Um terceiro estudo de Duarte; Silva; Cardoso (2007) realizaram uma pesquisa onde construíram um programa de formação para um grupo de agentes comunitárias numa cidade em São Paulo. A partir das atribuições colocadas pelo Ministério de Saúde sobre o trabalho dos ACS, as autoras defendem que é importante transformar os ACS em agentes proativos, e serem capacitados sobre diferentes aspectos do processo saúde-doença (DUARTE; SILVA; CARDOSO, 2007, p.440). Nesse sentido, para a construção do programa o estudo teve como modelo a educação problematizadora, onde a participação das ACS foi ativa: “O conhecimento foi sendo construído com base na problematização da realidade trazida por elas, debatendo e buscando soluções na própria realidade e implementando projetos de intervenção” (DUARTE; SILVA; CARDOSO, 2007, p.444).

As autoras mencionam que como resultado do programa de educação, houve um direcionamento nas práticas das ACS, passando de um foco centrado em questões biológicas, para uma visão mais ampliada do processo saúde-doença, além de serem adotadas ações participativas na comunidade. Desse modo, é ressaltada a utilização da educação problematizadora baseada nos referenciais de Paulo Freire, como estratégia transformadora no processo de educação permanente dos ACS.

Nos três casos exemplificados percebemos a importância de tornar-se significativo o processo de aprendizagem para os ACS no desenvolvimento de ações de Educação Permanente. Ainda que ambas experiências critiquem as limitações da formação tradicional, e apesar de terem ocorrido com mais de um encontro, isso não garante que não sejam ações pontuais. No entanto, o fato de romper com metodologias ortodoxas de aprendizagem e trazer as demandas dos próprios sujeitos

para discutir seu próprio processo de trabalho é relevante na construção do conhecimento mais crítico e, portanto também para a sua formação política.

3.2.2.2.2. Percepção de outros profissionais de saúde sobre a formação dos Agentes Comunitários de Saúde

Em relação à percepção dos diferentes atores nas estratégias de saúde da família, em relação à formação/capacitação/aprimoramento/educação dos ACS, as pesquisas mostram discrepâncias. Nesse sentido, Monteiro (2013) analisa a proposta de formação profissional dos ACS no Maranhão a partir de uma perspectiva histórica e documental e considera tal formação como um processo inacabado que tem: “limites e possibilidades de construção de sujeitos críticos a partir desse processo educativo[...]” (MONTEIRO, 2013, p.31).

Dessa forma, são discutidas também duas posições colocadas por outros autores dentro do trabalho, alguns a favor da formação técnica e outros não. Os que se colocam contra manifestam argumentos que respondem a uma lógica neoliberal de racionalidade de recursos; ao contrário dos que se posicionam a favor, os quais defendem uma formação mais ampla e maiores remunerações.

Contudo, Monteiro (2013) se posiciona a favor da formação técnica dos ACS, já que, “Entende-se que o aumento de escolaridade do ACS, ao contrário de distanciá-lo de suas atribuições, pode contribuir para melhor desenvolver o seu trabalho que é de grande relevância para a saúde pública e conseqüentemente para a população” (MONTEIRO, 2013, p.167). Essa formação, segundo a autora, deve ser considerada pelas instituições formadoras como um processo político educacional amplo que preconize uma formação crítica e consciente através de uma educação emancipadora e contra-hegemônica, ou como afirma Souza (2014), que defende uma formação crítica que questione as contradições do modelo de produção capitalista.

Nesse mesmo assunto, o estudo de Meira (2008) no confronto de expectativas relacionadas à dos ACS no município de Piraju, sob a percepção de vários atores (médicos, enfermeiros e agentes), evidenciou-se que em relação à capacitação dos ACS o “Curso Introdutório foi citado como recurso para capacitação, por menos da metade dos sujeitos da amostra, principalmente por Agentes e médicos” (MEIRA, 2008, p.31). Pelo contrário, a autora enfatiza que esta formação, ainda que tenha

limitações no caráter transformador das práticas, contribui para melhorar o contexto de trabalho dos ACS através da politização e socialização do saber.

Nesse sentido, apesar das contradições a respeito da opinião dos atores entrevistados sobre a capacitação dos ACS, Meira (2008) salienta que é importante que se realize o processo de formação, mas com um viés social, ou seja, que o agente comunitário de saúde seja visto como um agente social.

Nessas pesquisas, onde os outros profissionais da APS se posicionam favoráveis ou não ao processo de educação permanente dos ACS de modo geral, é importante pensar como cada categoria profissional defende um posicionamento, muitos deles também seus interesses. Se por um lado a maioria concorda em que os ACS ingressam no sistema com uma deficiência de conhecimentos técnicos, por outro criticam até que ponto podem ser aprimorados para que não conquistem o trabalho de outras profissões como técnicos ou auxiliares de enfermagem. Se percebe que é pouco discutida na literatura a forma como pode ser pensado esse processo de Educação Permanente, sendo que existem empecilhos que partem das próprias instituições de saúde que não fornecem ferramentas sustentáveis a longo prazo para operacionalizar as políticas de formação dos profissionais de saúde. Podemos mencionar como exemplos os cursos de formação técnica propostos pelo ministério da saúde, qual é o interesse de disponibilizar só um módulo do curso de formação técnica e não garantir a continuidade do curso. Além disso, persiste também uma visão assistencial dos profissionais de saúde participantes das pesquisas, que priorizam na sua opinião sobre o trabalho dos ACS, ações preventivas e técnicas sobre um cuidado integral de saúde no nível individual, em detrimento de ações de educação em saúde, promoção da saúde e mobilização social.

3.2.2.2.3. Condições que favorecem e/ou dificultam os processos de educação permanente

Outras questões interessantes trazidas na literatura relacionadas são as condições nas quais o agente procura uma maior formação. Schubert; Silva (2011) relacionam os modos de trabalho dos ACS com as condições de vulnerabilidade que

atravessam seu cotidiano de trabalho e apontam algumas questões referentes à sua formação,

Pôde-se constatar que a pouca formação ocasiona insegurança e sofrimento no exercício profissional principalmente quando não há clareza suficiente das atribuições e do papel social junto à comunidade (...) percebeu-se uma formação fragmentada na qual os ACS não consegue integrar os conhecimentos desses cursos numa proposta de cuidado integral à saúde da comunidade (SCHUBERT; SILVA, 2011, p.48, tradução nossa).

Nesse sentido, constata-se, segundo os autores, que o contexto de vulnerabilidade presente está vinculado com a insuficiência e/ou escassa formação que recebem os ACS, fato que explica que esses trabalhadores, devido a suas condições precárias de formação, direcionam seu trabalho à suas experiências de vida (SCHUBERT; SILVA, 2011). Além disso, a autora enfatiza que as condições de vulnerabilidade extrapolam a formação do ACS, o que ocasiona sofrimento. Nesse contexto cabe questionar que ações podem ser realizadas para diminuir esse sofrimento do profissional que não tem que ser culpabilizado pela falta de formação técnica, já que o trabalho que realiza é em si complexo.

No cenário de experiências de sucesso, a pesquisa em Recife, apresentada por Mélo (2013), é um interessante exemplo de formação dos ACS via instituições públicas, já que conseguiu concretizar as três etapas de formação desse profissional. No desenvolvimento do Curso técnico para ACS indicado pelo Ministério de Saúde, este incorporou como um dos eixos estruturantes no projeto político pedagógico um forte referencial da educação popular, que forneceu ao ACS habilidades de educador em saúde e de mobilizador social, cuidado em saúde para práticas integrativas e complementares.

Portanto, o contexto político municipal do desenvolvimento do curso foi favorável ao avanço da formação dos ACS no Recife, já que no município se tinha com clareza: “a importância da estruturação da atenção primária à saúde como ordenadora do sistema de saúde” (MÉLLO, 2013, p.127). Percebe-se a importância da gestão municipal comprometida com a concretização de políticas de educação permanente dos profissionais de saúde, e além disso da necessidade de um trabalho em rede para o desenvolvimento desses cursos. Cabe ressaltar também que nessa pesquisa Mélo (2013) coloca ênfase no caráter público dos Cursos de formação oferecidos aos trabalhadores do SUS aspecto muito importante no contexto atual de

desmonte dos direitos sociais.

Em relação ao nível de escolaridade, algumas pesquisas mostram como nos últimos anos esse nível tem aumentado, trazendo alguns questionamentos. No estudo de Ferreira (2016) sobre qualidade de vida com 210 agentes de saúde no município de Juiz de Fora, o nível de escolaridade dessa amostra apresenta as seguintes características: "apenas 4,2% dos ACS possuem ensino fundamental e 65,1% possuem ensino médio ou técnico e 17% superior completo" (FERREIRA, 2016, p.56). Da mesma forma Mélo (2013) observa como resultado da sua pesquisa a crescente escolarização dos ACS, relacionando-a com o desenvolvimento de políticas de educação profissional ofertadas no trabalho.

Assim, vemos que nessa pesquisa a maioria dos ACS apresentaram escolaridade de ensino médio, técnico e de superior completo. Por um lado, essa situação é questionada por Ferreira (2016) já que na legislação só é exigido ensino fundamental: "o artigo 6º, inciso III, da Lei nº. 11.350, que regulamenta a profissão, aponta como requisito a conclusão do ensino fundamental" (BRASIL, 2006 *apud* FERREIRA, 2016, p.56). Por outro lado, tanto Ferreira (2016) e Mélo (2013) mostram que há uma procura individual de qualificação profissional do ACS, que visam ampliar seus conhecimentos. Isso pode estar relacionado com a necessidade de se aprimorar frente à complexidade das atividades que realizam no seu trabalho.

3.2.2.3. Condições de trabalho dos ACS

Nesta categoria, a literatura encontrada apresenta tanto abordagens mais teórico-conceituais da categoria trabalho (MÉLLO, 2013; GALAVOTE, 2010), como experiências mais específicas relacionadas com o processo de trabalho dos ACS. Os textos que discutem as condições de trabalho abordam o tema a partir de percepções de profissionais de saúde e comunidade, assim como dos textos políticos. Nesse sentido são apontadas algumas contradições entre a teoria e a prática com respeito ao que significa esse processo de trabalho. A maioria dos autores questiona principalmente a precarização e desvalorização de trabalho, colocando como desafios a ressignificação do trabalho desse profissional, que se aproxime mais à sua realidade.

3.2.2.3.1. O cenário político e a precarização do trabalho

O termo trabalho é colocado conceitualmente em alguns textos analisados a partir da base marxista. Mélo (2013) aponta algumas concepções sobre o trabalho,

Ele é a atividade fundamental pela qual o ser humano se humaniza, se transforma, constrói conhecimento e se aprimora. O trabalho é a base estruturante de um novo tipo de ser, de uma nova concepção de história (LUKACS, 1978 *apud* MÉLLO, 2013).

A autora, ainda menciona que o materialismo histórico é, “onde o trabalho é produtor dos meios de vida, tanto nos aspectos materiais como culturais, ou seja, de conhecimento, de criação material e simbólica, e de formas de sociabilidade” (MARX, 1979 *apud* CIAVATTA, 2009).

A partir desse contexto, vários autores refletem sobre o trabalho que realizam os Agentes Comunitários. Monteiro (2013), seguindo o referencial apresentado, aborda a questão do trabalho do ACS desde uma perspectiva mais crítica e um olhar político, colocando como contexto dessa profissão um cenário de emergência no modelo neoliberal no Brasil. O Estado assume um novo papel como regulador das políticas, incrementando-se a intervenção do mercado na esfera pública, assim aumentam as privatizações, desregulamentação do trabalho, flexibilização, etc. Esse panorama ocasiona um crescimento do desemprego e as condições de vida e trabalho tornam-se mais precárias impossibilitando também a construção e o fortalecimento de formas coletivas de resistência (MONTEIRO, 2013, SANTOS, 2015).

Introduzindo-nos nessas questões, observamos que tem aumentado as políticas de privatização dos serviços de saúde como parte da reconfiguração do Estado a partir da lógica neoliberal. Sobre as relações trabalhistas Monteiro (2013) na mesma linha que Andrade (2013) menciona que contratos terceirizados contrariam as bases legais do estado que regem a administração pública, no entanto, na área da saúde esse tipo de relação trabalhista tem aumentado: “sob essas condições nas mais diversas modalidades, como exemplo: cooperativas, bolsas de trabalho, contratos temporários por meio da consolidação das leis de trabalho – CLT, entre outros” (MONTEIRO, 2013, p.47). E concordando com Antunes (2012),

[...] adverte que a terceirização é a porta de entrada para a precarização do trabalho em escala global. Terceiriza-se para reduzir os custos e para acirrar

a divisão e, com isso, bloquear a organização sindical e a resistência da classe trabalhadora (MONTEIRO, 2013, p.55).

Alguns contrapontos ainda nesse cenário, apresenta Souza (2014), quando menciona que com a implementação do SUS e as políticas de descentralização decorrentes, o campo dos Recursos Humanos ganharam espaço, pelo que ocorreu a ampliação de postos de trabalho. No caso dos ACS no Brasil também se sabe que diferentemente de outros países onde é um trabalhador voluntário (LABRADOR, 2012), no território brasileiro eles conseguiram reconhecimento profissional e a remuneração pelo seu trabalho.

Além disso, Ferreira (2016) afirma que existe em Juiz de Fora (no município onde realizou sua pesquisa) uma estabilidade laboral referente ao ACS, isso estaria relacionado com a criação de normas que regulamentam a profissão e coloca este aspecto como positivo para o fortalecimento do vínculo do Agente com os usuários. Isso poderia estar respaldado na lei n. 11.350 que regulamenta os vínculos empregatícios dos ACS, já que exige que a contratação dos ACS deva ser realizada prévio processo seletivo público de provas ou provas e títulos, vedando outros tipos de contratação temporária ou terceirizada (BRASIL, 2006 *apud* ANDRADE, 2013).

Contudo, é importante enfatizar que vínculos empregatícios precários ainda são atuais, em outros municípios como Rio de Janeiro, por exemplo, a precarização do trabalho está relacionada com o aumento do desemprego (SANTO, 2015); e os “ganhos” com respeito à regulamentação da profissão foram também produto de uma luta de diversos movimentos, mas ainda encontram-se atravessados pela desvalorização da profissão. Nesse sentido cabe questionar como este profissional é inserido como trabalhador do SUS, sob quais condições? De haver reconhecimento legal da profissão e até mesmo a conquista do piso salarial, isso não necessariamente implica em boas condições de trabalho.

3.2.2.3.2. Dificuldades e desafios no trabalho

Em relação às condições de trabalho dos ACS na sua emergência como trabalhador do SUS, Fonseca AF (2013) enfatiza que este surge caracterizado pela sua formação simplificada e seus vínculos de trabalho precários. Assim, apesar do

Sistema de saúde ter ampliado a oferta de serviços e a oferta de trabalho; esta se dá em um contexto de precarização das condições de trabalho.

A respeito das dificuldades do trabalho do ACS relacionadas com a “formação simplificada”, Souza (2014) afirma que existe uma divisão do trabalho presente na ESF que coloca o trabalho do ACS como simplificado. Isso interfere na formação do ACS, já que não possuem o conhecimento técnico valorizado pelo modelo vigente e, portanto, para o sistema justifica-se sua baixa remuneração. Porém o estudo de Souza enfatiza as fragilidades encontradas no trabalho dos ACS, e coloca-o como um investimento potencial para melhorar o serviço de saúde, considerando a sua formação como condição para uma maior efetividade no trabalho que realiza. Isso mostra um enfoque do estudo para atender a eficiência e produtividade. No entanto, precisamos ir além dessas considerações formais e institucionais.

Diferentemente de Souza (2014), Andrade (2013) concebe como dificuldades nesse processo de trabalho complexo, especificamente relacionadas a práticas intersubjetivas e a falta de valorização do trabalho, o que gera um trabalho precário. O que é valorizado, segundo a autora, é o conhecimento técnico biomédico em detrimento das especificidades da profissão. Nesse sentido, Andrade (2013) questiona-se ao respeito,

qual o sentido de se manter alguém da comunidade enquanto profissional da saúde que constantemente vivencia uma precarização e desvalorização profissional por não ter uma formação técnica em saúde? E, por outro lado, qual o sentido de transformar o ACS num auxiliar/técnico em enfermagem? O que diferenciaria, tanto do ponto de vista teórico quanto prático, o trabalho do ACS do técnico de enfermagem? (p.148)

O estudo resgata, portanto,

O perfil comunitário do ACS, que poderia incluir aspectos como a identificação com a comunidade, a liderança e a solidariedade, na prática, perde sua potencialidade e seu fundamento ao ser capturado por um trabalho que prioriza os aspectos individuais e burocráticos, evidenciando as contradições de tal trabalho. (p.146).

Outra situação que dificulta o trabalho dos ACS segundo Santos (2015) diz respeito às atribuições dos ACS, são as modificações nas funções dos ACS colocadas na PNAB 2011, que antes eram relacionadas com atividades de educação em saúde mais restritas: “passando a permitir as ações de saúde no interior das unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às suas funções” (p.47). No entanto, os ACS além dessas ações, também têm que realizar atividades

administrativas, assim, essas atividades são justificadas como parte de seu trabalho que é polivalente. Especificamente no município do Rio de Janeiro,

[...] o acolhimento realizado na recepção das unidades, uma singularidade do município do RJ. O ACS é responsável por receber o usuário, cadastrá-lo e encaminhá-lo para o atendimento, o que configura ritmo intenso de trabalho, que, relacionado à falta de limites claros quanto à carga horária de atividade e espaços para sua realização, implicam um processo de precarização do trabalho (SANTOS, 2015, p.47).

A quantidade e diversidade de atribuições estipuladas na legislação para os ACS, mostram as condições às quais são sometidos sem uma orientação mínima adequada para o desenvolvimento das mesmas, e ainda as modificações que estão acontecendo, complexificam e/ou distorcem mais o trabalho do ACS. Côrrea; Pfeiffer; Lora (2010) na sua análise de materiais documentais e leis, criticam os textos oficiais, já que ao longo do tempo e no processo de regulamentação da profissão de ACS mostram retrocessos, silenciamentos e interesses atrelados ao discurso político oficial.

Seguindo essa linha de pensamento, a pesquisa realizada por Galavote (2010) explica que: “O que existe é uma lacuna entre um perfil esperado pelas leis que regulamentam a profissão e o ACS real, protagonista singular no campo da produção do trabalho” (GALAVOTE, 2010, p.91). Portanto, entende-se que existe um distanciamento entre o que se espera do trabalho do ACS colocado nas suas atribuições, funções, etc.; e o terreno complexo com o qual interage cotidianamente num contexto da micropolítica do trabalho vivo. A autora desconstrói a visão do ACS com qualidades natas que são requeridas na sua profissão, ou seja, o “perfil” que deve ter; uma vez que este enfrenta constantemente realidades complexas e diariamente constrói seu processo de trabalho. Dessa forma, “Devemos falar em subjetividade e não em perfil, já que estamos falando de um trabalhador policênico que opera o seu próprio processo de trabalho com um certo grau de liberdade” (GALAVOTE, 2010, p.91). Ao se colocar o ACS como protagonista do seu trabalho,

nos deparamos com um ACS transeunte entre o bom e o mau, que permeia diferentes territórios e que é capaz de direcionar os encontros, com gerência do seu processo de trabalho, o que retira-nos a idéia de vitimação desse trabalhador perante a captura do seu trabalho pelos saberes instituídos da equipe ou, mesmo, pela rigidez da organização do trabalho (GALAVOTE, 2010, p.93).

Tentando compreender essa complexidade do trabalho dos ACS e seguindo as reflexões dos autores podemos perguntar-nos quais são os significados e/ou

sentidos desse trabalho, que aspectos permeiam esse processo de trabalho?

Nesse sentido, Galavote (2010) caracteriza o trabalho dos ACS como indefinido, porque é um trabalho construído na pluralidade, na diversidade de encontros onde ele afeta e é afetado por diferentes paixões, “O trabalho do ACS é em si potência, diversidade, indefinição, busca, rupturas, contratualidades e fugas” (GALAVOTE, 2010, p.94).

Por outro lado, para Fonseca AF (2013), esse trabalho, encontra-se fragmentado, prevalece uma perspectiva simplificada da educação em saúde e uma lógica utilitarista no desenvolvimento de suas funções direcionadas à prevenção de doenças. Na análise de Fonseca, ela mostra que as práticas dos ACS na sua relação com os serviços de saúde e comunidade, caminham às vezes enfatizando práticas mais clínicas e epidemiológicas; e outras vezes, priorizando seu papel de mobilizador social e educador em saúde numa perspectiva emancipatória.

No trabalho do ACS, este realiza diversas atividades no cotidiano. Meira (2008) e Andrade (2013) nas suas respectivas pesquisas consideraram as percepções de profissionais de saúde e usuários sobre o trabalho dos ACS. Assim, Meira mostra que as principais atividades dos ACS na visão dos profissionais de saúde e usuários são: “a visita domiciliar, ouvir necessidades da família e ser um elo de ligação entre a comunidade e a equipe de saúde” (MEIRA, 2008, p.114). Na visão dos profissionais de saúde o trabalho dos ACS é transmitir informação de saúde à população. No entanto, Meira destaca a função de comunicação como uma questão importante no trabalho do ACS. O fato do ACS conhecer a realidade do território é primordial para o acesso dos outros profissionais na comunidade e dos usuários com os serviços de saúde.

No caso de Andrade (2013), são colocados os “fazereres” do ACS dentro e fora da unidade de saúde e as dificuldades no seu processo de trabalho. Assim, uma das questões centrais no processo de trabalho dos ACS apontada pelos entrevistados foram as visitas domiciliares, percebidas de forma reducionista como práticas individuais e direcionadas a aspectos técnicos; segundo os entrevistados essas práticas consistem em: “levar informações aos usuários, entregar produtos e/ou serviços a domicílio, escutar o usuário e fiscalizar o cumprimento de prescrições” (ANDRADE, 2013, p.11).

Percebe-se que em geral os profissionais de saúde e a comunidade mantêm uma visão biologicista do trabalho dos ACS e estes apesar de conceber em alguns momentos ações diferentes, muitas vezes no cotidiano acabam absorvidos pelas atribuições “prioritárias”. Devido a todas as questões mencionadas anteriormente, algumas pesquisas fazem referência às condições de saúde e de vida dos ACS. Assim, o estudo de Ferreira (2016) sobre qualidade de vida de Agentes Comunitários mostra que dentro dos aspectos analisados a categoria “ambiente” foi a que menos escore teve na aplicação do questionário Whoqol-Bref (57,2), e é esta categoria que se encontra relacionada com segurança física, ao ambiente físico e ambiente no lar, recursos financeiros, às oportunidades de adquirir informações e habilidades, à recreação e ao lazer, cuidados sociais e de saúde e transporte. Ainda dentro do domínio “ambiente” as questões com menor pontuação foram as relacionadas com recursos financeiros e recreação/lazer (FERREIRA, 2016).

Portanto, para a autora as condições de trabalho inadequadas relacionadas com os aspectos citados podem gerar situações que prejudiquem a saúde e qualidade de vida do ACS. Nesse sentido, Ferreira enfatiza que: “[...] as condições de trabalho dos ACS estão gerando sofrimento e não o cargo em si” (REIS, 2005 *apud* FERREIRA, 2016, p.59).

3.2.2.3.3. Caminhos para a ressignificação do trabalho dos ACS

Desse modo Ferreira afirma que são necessárias, além de ações políticas que melhorem as condições de trabalho e de vida dos ACS, criar espaços de diálogo para que possam ter voz, e respeito às suas demandas, o que poderíamos chamar de espaços de empoderamento.

Em suma, apesar dessas dificuldades, Merhy e Franco (2007 *apud* ANDRADE, 2013) na discussão sobre o processo de trabalho dos ACS afirmam que é necessário mudar as relações na micropolítica do trabalho, não só a estrutura do programa ou estratégia. Dessa forma, Andrade (2013) chama a atenção para

O que destacamos é que um profissional que compõe a equipe de uma estratégia que visa a mudança nas ações em saúde, valorizando as práticas comunitária, social e política, está sendo capturado pela prática hegemônica dos serviços de saúde, podendo, conseqüentemente, ter seu trabalho transformado em trabalho morto, conforme pontua Merhy (1997), apesar dos avanços conquistados. p. 147.

Nesse cenário, concordando com Andrade (2013), que enfatiza o papel político do ACS e a reorientação do modo de fazer desses trabalhadores, no sentido de procurar realizar práticas mais comunitárias, questionando suas práticas vigentes e lutando pelos direitos da sua comunidade, da qual eles são também moradores. Nesse sentido, talvez uma questão importante seja retornar aos movimentos que lutam pelas melhores condições dessa profissão e discutir quais são os sentidos, significados, etc. do seu trabalho.

Um aspecto pouco discutido e que pode contribuir com esse ressignificar do trabalho dos ACS, é o protagonismo das mulheres da profissão, pouco problematizado na literatura, mas que apresenta algumas pinceladas que podem ser problematizadas.

Na literatura é mencionado o protagonismo da mulher no trabalho como ACS. Neste quesito Monteiro (2013), da mesma forma que Santos (2015), relacionam esse trabalho ao cuidado com o outro atrelado à mulher e como uma construção histórica e social. De fato, uma construção que gera desigualdade, inequidades, preconceitos e pouca valorização do trabalho feminino.

No entanto Monteiro cita a Nogueira (2004) para afirmar que, por outro lado, a presença feminina nessa profissão é devido à luta das mulheres na sua inserção no mundo do trabalho o qual: “é positiva no processo de emancipação das mulheres, é ao mesmo tempo negativa tendo em vista a precarização do trabalho das mesmas” (MONTEIRO, 2013, p.57). Na pesquisa de Ferreira (2016), do total dos sujeitos da pesquisa, 91% foram mulheres, o que a autora relaciona com outros estudos justificando o perfil feminino da profissão; não obstante, ela afirma que: “Esta *feminilização* da profissão pode trazer alguns estigmas e estereótipos do gênero para a categoria profissional, como é observado na enfermagem[...]” (FERREIRA, 2016, p.54).

Uma outra vertente da participação das mulheres como ACS anunciado por Monteiro (2013) é que se evidencia nos resultados de Souza (2014) uma situação de pouca participação política dos ACS das diferentes formas de organização da sua classe trabalhadora, fato que a autora associa à predominância do gênero feminino na profissão. Porém, no estudo essa associação não é problematizada. Na nossa pesquisa, poderemos perceber que a participação política das ACS é uma questão

marcante no seu contexto de trabalho atual.

3.2.2.4. Identidade profissional dos ACS

A categoria identidade profissional apresentou algumas especificidades na literatura. Apresentaram-se subtemas como: qualidades e valores dos ACS, perfil profissional, subjetividades, funções, atribuições. Embora a questão da identidade parece-nos que precisa de um aprofundamento teórico maior na abordagem dos trabalhos analisados, não será aprofundada nesta sessão já que não é objeto de nosso estudo. No entanto, consideramos importante apresentar os principais aspectos que são abordados na literatura sobre este tema. O conceito “identidade profissional” também é pouco problematizado, mas o que predomina na literatura são os diferentes sentidos que se dá na prática a essa categoria, e alguns estudos falam de mais de uma identidade do ACS.

Já Galavote (2010), aborda a questão específica da identidade no trabalho, que estaria relacionada com o agir no âmbito da própria ação; seriam percepções com base em expectativas e motivações individuais e coletivas. Por outro lado, Fonseca AF (2013) aponta como um dos elementos que constituem a identidade profissional do ACS, o seu papel como agente de tradução de informações na comunidade. No entanto, para Meira (2008), essa identidade profissional vai além da característica do ACS como tradutor de informações, ela ressalta a característica dos ACS como agentes comunicadores: “e ser um elo de ligação entre a comunidade e a equipe de saúde” (MEIRA, 2008, p.114); ademais, uma das experiências mais profundas que constroem sua identidade é o vínculo que estabelecem com os usuários: “Nesse sentido, os componentes afetivos, a subjetividade e valores, estão presentes, a todo o momento, nas intervenções” (MEIRA, 2008, p.117).

Também é mencionado por Meira (2008) que um dos elementos que facilita o trabalho com as famílias, é quando o ACS gosta do seu trabalho; assim, salienta o trabalho realizado com amor, carinho, motivação, refletindo-se num atendimento mais humanizado. Por fim, outras qualidades destacadas do perfil do ACS, na visão dos usuários entrevistados por Meira são: cordialidade, simpatia e educação (MEIRA, 2008, p.128). No entanto, para Gomes (2013) os valores e princípios atrelados à identidade profissional do ACS necessários para sua atuação: “a sensibilidade, a escuta, o afeto, o acolhimento, a ética, a amizade e alteridade” (p.72). Percebe-se

que essas qualidades apresentadas especificamente por Meira (2008) estariam direcionadas para o sexo feminino, e cabe questionar se isso também é percebido em relação aos ACS do sexo masculino? e além disso, será que essas qualidades são parte da construção individual e coletiva da identidade dos ACS, ou é o perfil exigido nas normas legais?

O vínculo entre o ACS e a comunidade é colocado pelos estudos como um quesito relevante na construção da identidade profissional do ACS. Assim Schubert, Silva, (2011) e Andrade (2013), percebem também um vínculo estreito do ACS com a comunidade, e nessas relações os ACS desenvolvem sentimentos de pertença e qualidades como solidariedade. Os ACS são privilegiados ao entrar na comunidade, já que compartilham os símbolos, o mesmo lugar de pertença social e em geral seu modo de produção de vida encontra-se nesses espaços onde configuram sua identidade. A visão de Ferreira (2016), por sua vez, coincide com a afirmação de Schubert, Silva, (2011) e; Andrade (2013) ao destacar como aspectos fundamentais da identidade profissional dos ACS: afinidade com a comunidade e a tendência para ajuda solidária.

Sob outra abordagem da identidade profissional do ACS, Côrrea; Pfeiffer; Lora (2010) criticam o silenciamento e apagamento dessa identidade profissional que vem sendo construída, apagamento que é incentivado pelos discursos oficiais dos documentos que regulamentam a profissão:

Há a produção de uma desidentificação do ACS, fazendo com que ele não se reconheça em nada, há uma deslegitimação pela impossibilidade de convivência do Estado com um discurso que pudesse desestabilizar aquilo que vem funcionando dentro de protocolos e processos já estabelecidos pelo sistema (CÔRREA; PFEIFFER; LORA, 2010, p,190).

O estudo de Gomes (2013) aprofunda e questiona algumas concepções sobre a categoria identidade profissional. Assim, questiona a concepção de “perfil” social do ACS já que este se caracteriza por uma compreensão de solidariedade e não de ação solidária com uma perspectiva mais política, característica de movimentos sociais que precederam o trabalho dos ACS. Para a autora, dentro da ESF o ACS apresenta uma dupla identidade como morador e como trabalhador, e como trabalhador está marcado por algumas dimensões: técnico-assistencial, dimensão política e uma dimensão educativa (GOMES, 2013).

Gomes (2013) aborda a construção da identidade profissional do ACS e concorda com Silva e Dalmaso (2002) quando propõem que a identidade, é construída menos pelas regras e mais pela relação entre profissionais, indivíduos e grupos, na percepção do trabalho recíproco (GOMES, 2013, p.23). Essa construção da sua identidade acontece na sua própria vida pessoal e sofre afetamentos nos diferentes modos de agir desses profissionais: “ACS pode operar entre si diferentes modos de fazer, uma vez que afeta e sofre afetamentos, atravessa e ao mesmo tempo é atravessado por diferentes micro redes que geram solidariedade ou individualismo, humanidade ou animosidade nas inter-relações” (GOMES, 2013, p.48).

Os ACS estão construindo sua identidade profissional num contexto em que são relevantes para a sustentação da PNAB. Contudo, além de ser parte de uma política nacional, na prática,

é uma construção individual (do trabalhador) e coletiva (dos outros trabalhadores e da população) em constante transformação. Podemos pensar, então, que no percurso identitário do ACS torna-se fundamental compreender o ACS como um trabalhador de saúde que faz parte da equipe de saúde da família, e não, um membro tradutor da comunidade para os outros profissionais do serviço. Neste sentido, o ACS é um sujeito político que construirá junto com a população a mudança do modelo de saúde biológico, curativo e fragmentado para um cuidado voltado para o sujeito na sua complexidade, individual, social, cultural, político e econômico para promover, manter e defender a vida (GOMES, 2013, p.64).

A partir da leitura dos textos da revisão percebemos que os temas trabalhados sobre esta categoria de identidade profissional não estavam diretamente relacionados com os objetivos deste estudo, ainda que apresentassem alguns conceitos relevantes que serão utilizados na pesquisa como, por exemplo, subjetividade e relações interpessoais.

4. MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

Neste capítulo abordaremos conceitos fundamentais para nosso estudo problematizados por autores das áreas de educação, saúde e sociologia.

4.1. GLOBALIZAÇÃO, REFORMAS NEOLIBERAIS E MODELOS DE GESTÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

No mundo contemporâneo a globalização como fenômeno internacional permeia todas as esferas políticas, sociais, econômicas que congrega grandes mudanças, entre elas as reformas políticas das últimas décadas que sem dúvida marcam um novo cenário na emergência de uma nova ordem social.

O contexto das reformas políticas neoliberais é abordado por Ball (2001) desde uma perspectiva crítica. Nesse sentido, considera que atualmente predominam políticas sociais colonizadas por políticas econômicas. Isto acontece no cenário da globalização que se estabelece nos diferentes setores devido a que se vive na simultaneidade entre o global e local, assim, apresenta transformações nos sistemas de grande escala como na própria vida cotidiana. Desse modo, as reformas políticas precisam ser compreendidas no contexto da globalização.

Nesse cenário para Ball (2001), as reformas contemporâneas são processos de regulação que representam o estabelecimento de uma nova forma de controle que denomina como desregulação controlada. O Estado passa de provedor para regulador das políticas públicas, abrindo caminhos para a inserção desmedida do setor privado. A emergência do novo paradigma neoliberal traz consigo as concepções de formas de mercado, gestão e performatividade (BALL, 2001).

Ainda nos referindo a esse processo de transformação do modelo de estado, Ball (2006) afirma que o que acontece é a mudança discursiva da produtividade e planejamento fordista para a retórica de flexibilidade e empreendedorismo pós-fordista, instituindo uma nova divisão do trabalho onde os trabalhadores são sujeitos fluidos, flexíveis e moldáveis às exigências do mercado. É um processo de reestruturação e subordinação do Estado de Bem-estar Social ao mercado.

No âmbito da saúde as reformas das políticas públicas tem adquirido essas características próprias do setor privado. A respeito às Reformas Neoliberais no setor saúde, Almeida (2008) descreve o contexto histórico do seu desenvolvimento, compreendidas como processos de mudança estrutural na área da atenção à saúde vinculadas com as transformações mais amplas da sociedade (contexto político, econômico, ideológico e social). Nesse sentido, ao nível de escala mundial aconteceram três ondas de reformas políticas no século XX. A primeira, por volta de finais do século XIX e inícios do século XX destacando-se no modelo alemão a criação do seguro para pobres e seguro nacional de saúde (políticas sociais para a compensação de desigualdades). Posteriormente, depois da Segunda Guerra Mundial, principalmente no modelo britânico começa a instaurar-se um movimento de universalização dos sistemas e serviços de saúde e a reivindicar-se direitos como o acesso a serviços de saúde. Posterior ao auge do modelo inglês, na década de 60 e 70 acontece a expansão de serviços de assistência médica, porém com a crises dos 70, começaram a suscitar-se diversas mudanças econômicas na dinâmica da acumulação do capital, na relação entre as esferas público-privadas, no sistema de mercado; e políticas na desconstrução de matrizes histórico-científicas e político-ideológicas.

Nos anos 80, a agenda da reforma setorial abrange mudanças relacionadas a emergência do neoliberalismo. O objetivo principal era ter um Estado menos, ou seja, se produz uma mudança de paradigma da intervenção estatal, além de um caráter conservador das reformas contemporâneas. Dessa forma, não se propõem mudanças substanciais na organização dos sistemas de saúde, e prevalece o modelo neoliberal que orienta reformas centradas em uma perspectiva econômica que não reconhece o direito à saúde como direito da cidadania (ALMEIDA, 2008).

Segundo Almeida (2008) a agenda da reforma setorial é a que depois vai orientar as reformas sanitárias nos Estados. Essa agenda acontece após a caída do Estado de Bem-estar social, e no enfrentamento da crise na saúde são questionados os princípios estruturadores dos sistemas de saúde colocando-se sob suspeita a universalização e equidade (se critica que existem, mas não podem ser alcançados). Além disso foi criticada a inerente ineficiência do estado, dando abertura a um novo paradigma de intervenção estatal cujo objetivo é: “transformar o compromisso político

e social dos governos com seus cidadãos em políticas que se baseavam no conceito de demanda expressa segundo as perspectivas do consumidor” (ALMEIDA, 2008, p. 893).

Além de transformação dessas estruturas, e trazendo as contribuições do âmbito da educação, Ball (2006) chama atenção para as mudanças dos valores e culturas do setor público nesse novo paradigma; que cria novas identidades e subjetividades. As mudanças são capilares e acontecem de dentro para fora, sendo importante as microrelações como foco de intervenção.

Diversos Imaginários sociais passam a direcionar o agir das pessoas. Isto se explica já que com a ressignificação e reconfiguração de argumentos e discursos dos movimentos sociais, este processo de transformação faz com que os trabalhadores assimilem sentimentos, valores e demandas do mercado (BALL, 2006). Assim, vemos que na ESF é comum ouvir discursos que enfatizam o trabalho em equipe, solidariedade, cooperação dando a ideia de que estão contribuindo assim ao bem comum. No entanto, estão se inserindo num processo de autodisciplinarização, flexibilização, performatividade, individualismo e competição.

Entretanto, essas transformações não ocorrem de forma simples, unidirecional e verticalmente. Frente ao poder, também existe resistência e tanto as mudanças no nível macro (como reformas e políticas neoliberais), como no nível micro (relações intersubjetivas) se dão em torno de contínuas disputas e contradições. Desse modo, Ball (2006) nos diz que as organizações não se posicionam da mesma forma frente as mudanças impostas. São desenvolvidos processos de resistência (absorve a linguagem de mudança da reforma, mas não a sua verdadeira substancia), e hibridização (mescla entre o discurso da reforma e elementos da anterior organização). As políticas públicas, portanto, passariam pelo processo de “glocalização”, isto é, a acomodação de tendências globais em histórias locais, produz políticas híbridas e diversidade política” (BALL, 2004, p. 1115). Por isso é importante ter em conta especificidades, resistências e variações locais nos processos de adoção ou não da agenda neoliberal pelos estados, ou seja, olhar para a recontextualização da política (BALL, 2004).

Mainardes (2006) apresenta a abordagem do ciclo de políticas formulada por Stephen Ball e Richard Bowe, como contribuição na análise crítica das políticas de educação. É esta abordagem da compreensão crítica das políticas, desde sua formulação até a sua implementação na prática. No ciclo de políticas se analisam as trajetórias das políticas que abrangem processos macro e micro que se relacionam entre eles numa perspectiva dialética. Assim, esta abordagem é flexível e dinâmica.

Para os autores o ciclo de políticas contempla a análise de três contextos principais: o contexto de influência, contexto de produção do texto e contexto da prática; e em cada um desses contextos existem interesses, tensões e disputas (MAINARDES, 2006). O contexto de influência é aquele onde existem diversos atores ou grupos de interesse que disputam a construção de um discurso base para a política. As influências podem ser nacionais e internacionais, porém sempre são reinterpretadas e recontextualizadas pelos países. O contexto da produção de texto, refere-se à criação de textos políticos que são representações da política e podem adquirir diversas formas, ademais são o resultado de disputas e acordos na competência pelo controle das representações das políticas. O Contexto da prática é aquele onde as políticas são reinterpretadas e recriadas num cenário de disputas de interesses diversos. É neste último contexto, por exemplo, onde os ACS teriam um papel ativo de reinterpretação das políticas atuais que influenciam no seu trabalho diário. Segundo Bowe *et al.* (1992 *apud* MAINARDES, 2006) as políticas não são simplesmente implementadas, e sim apresentam disputas, embates e na prática são recontextualizadas.

4.2. PRIVATIZAÇÃO, GERENCIALISMO E PERFORMATIVIDADE

No processo de reformulação do setor público no contexto neoliberal, o setor privado amplia sua atuação no controle dos processos sociais (BALL, 2012 *apud* STUART, 2017). A participação do setor privado na prestação de serviços públicos aparece como parcerias público-privadas que são vendidas como estruturas eficientes; assim, novas formas de governança começam a surgir (BALL, 2004).

Nas mudanças estruturais e culturais vindas do processo de privatização, este: “desempenha seu papel para formar predisposições à mercantilização, à estética do

consumo e aos interesses próprios competitivos” (NAGEL, 1991 *apud* BALL, 2004, p. 1120). Em outras palavras,

A privatização não muda apenas nossa maneira de fazer as coisas, como também nossa maneira de pensar a respeito do que fazemos e nossa maneira de nos relacionarmos conosco e com outras pessoas e coisas significativas. Isso vale tanto para os prestadores como para os clientes (BALL, 2004, p.1120).

Ball (2004) menciona que a privatização no cenário atual torna-se mais complexa e abrangente, sendo parte de novas políticas globais. Para o sucesso do novo paradigma e a garantia das relações de parceria entre público e privado, são utilizados diversos mecanismos de controle. Ball (2005) menciona a emergência de duas tecnologias políticas incorporadas pelo setor público: gerencialismo e performatividade. Ambas tecnologias atuam como pedagogias invisíveis que criam mais espaços de controle sobre o que é gerido (BALL, 2001); e as mudanças que trazem são ao mesmo tempo estruturais e culturais.

De forma ampla, o gerencialismo pode ser considerado como: “uma ideologia que legitimava direitos ao poder, especialmente ao direito de gerir, construídos como necessários para alcançar maior eficiência na busca de objetivos organizacionais e sociais” (NEWMAN; CLARKE, 2012, p. 359). Mais especificamente, Para Ball (2005) o gerencialismo constitui o mecanismo central pelo qual o setor público tem sido reformado. Na visão crítica de Ball esta tecnologia política apresenta as seguintes características: é um instrumento para criar uma cultura empresarial competitiva, abrange processos de desinstitucionalização, amplia o que pode ser controlado na esfera administrativa, e destrói os sistemas ético-profissionais (BALL, 2005).

Nesta mesma linha, Morosini (2018) define o gerencialismo como tecnologia do poder. Assim, a gestão é considerada pela autora como uma ideologia que legitima a adoção de abordagens das relações sociais como características privadas. Por outro lado, a performatividade é o desenvolvimento de medidas, de indicadores baseados no desempenho que o Estado utiliza para controlar e definir metas para o gerenciamento e monitoramento do setor público (BALL, 2013). A performatividade se insere profundamente nas culturas, práticas e subjetividades das instituições e seus trabalhadores. Ela cria novos perfis, muda significados e garante o alinhamento.

Mercantiliza o trabalho do setor público transformando-as em formas de desempenho e resultados (BALL, 2004).

Os desempenhos sejam eles individuais ou organizacionais funcionam como parâmetros de produtividade e resultados nos processos de avaliação (BALL, 2001, 2005). Eles são utilizados para dar qualidade ou valor ao indivíduo ou organização, assim, torna descartáveis aqueles que não se encaixam nos padrões de desempenho das organizações. O autor enfatiza que o principal objetivo das tecnologias políticas são as transformações que provoca nas relações e subjetividades, dessa forma, o gerencialismo procura inserir a performatividade na alma dos trabalhadores (BALL, 2005)

4.3. O GERENCIALISMO E SUAS FALÁCIAS: INTENSIFICAÇÃO, FLEXIBILIZAÇÃO E PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO

A ascensão neoliberalismo é consequência da reestruturação produtiva, isto em um amplo processo de flexibilização nas diversas esferas, com o viés da desregulamentação do trabalho. Ball (2001) chamaria de processos de re-regulação como forma de controle na emergência das reformas contemporâneas. Nesse sentido, “a agenda neoliberal, associada à lógica da produção flexível, ocupou-se também da difusão de ideias que promoviam a individualização, a competitividade e a naturalização das desigualdades sociais e da meritocracia como bases ético-políticas das relações sociais” (MOROSINI, 2018, p.170).

A gestão do trabalho adota esse regime de acumulação flexível onde o poder sobre o trabalhador se exerce mais diretamente porém se disfarça com técnicas e instrumentos que outorgam uma “maior autonomia” aos trabalhadores. No novo modelo de gestão: “a competição é incentivada e a performance individual é aliada” (MOROSINI, 2018).

Nesse contexto, tanto o gerencialismo e performatividade estão inseridos nos serviços públicos, e ampliando-se ferozmente no sistema único de saúde, especificamente no modelo de gestão em saúde. Morosini (2018) destaca que as mudanças nos processos de gestão e organização dos serviços e do trabalho tem

gerado mudanças no trabalho dos profissionais de saúde, e reconfigurado o trabalho dos ACS, especificamente. Algumas dessas mudanças implicam: o aumento de tempo destinado a atividades administrativas, diminuição de tempo dedicado às visitas domiciliares e atividades educativas, e carga crescente de atividades centradas em doenças.

Segundo a mesma autora:

O gerencialismo torna-se, ao mesmo tempo, um vetor fundamental de disseminação do fenômeno do estranhamento e da captura da subjetividade do ACS, como também, de um certo pensamento sobre a atenção à saúde que converge para o reforço da perspectiva biologicista [...] (MOROSINI, 2018, p.186).

Desse modo, o gerencialismo insere-se no processo de trabalho dos profissionais de saúde de forma capilar, e principalmente nas micro-relações. Nesse novo modelo de gestão são definidas metas a serem alcançadas e construídos indicadores de desempenho, e aos quais são associados pagamentos diferenciados segundo a sua produtividade.

4.3.1. Precarização do trabalho em saúde

O novo modelo de gestão tem gerado consequências negativas no processo de trabalho e nas relações intersubjetivas dos trabalhadores. Segundo Pires (2009), na literatura a precarização aparece como as dificuldades percebidas nas relações contratuais que tem gerado situações de vulnerabilidade desses profissionais frente às exigências da gestão e perda de direitos. Na relação com a precarização na área da saúde a autora explica:

Para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), o trabalho precário está relacionado aos vínculos de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei [...] Para as entidades sindicais que representam os trabalhadores que atuam no SUS, trabalho precário está caracterizado não apenas como ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, mas também como ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS (PIRES, 2009, p.1).

Em um plano mais amplo e complexo, concordamos com Morosini (2018) quando afirma que a precarização do trabalho extrapola a relação salarial, e está relacionado com diversos aspectos do trabalho:

[...] a deterioração das condições de trabalho, a desregulamentação das formas de emprego, a intensificação do trabalho, a extensão da jornada, a redução dos ganhos salariais, a crescente desproteção social, a difusão da insatisfação e do sofrimento físico e/ou mental associados ao trabalho e o fenômeno do desemprego estrutural. (MOROSINI, 2018, p. 139).

A precarização do trabalho é entendida por Morosini (2018) como processo histórico e fenômeno social. O processo de precarização é colocado como: “formas de produção e reprodução da desigualdade social inscritas na divisão social do trabalho” (MOROSINI, 2018, p.140). Porém a autora diferencia os conceitos de precarização e precariedade. Baseada no trabalho de Alves (2007), Morosini nos apresenta a precarização como: “processo histórico, expressão da correlação de forças do capital e trabalho, que diz respeito às condições nas quais o trabalho vivo se submete à produção capitalista, promovendo sistematicamente a precariedade social” (MOROSINI, 2018, p. 141); por sua vez a precariedade é definida como: “condição intrínseca do modo de produção e reprodução capitalista, associada à constituição de força de trabalho como mercadoria e atinge aos despossuídos do controle dos meios de produção das condições objetivas e subjetivas da vida social” (Ibid., p. 141).

Nessa linha de pensamento, a precarização é um processo que reproduz a precariedade a escala mundial e se capilariza em diversas dimensões da vida humana, convertendo-se em um vetor de sofrimento e adoecimento dos trabalhadores. (MOROSINI, 2018).

MOROSINI (2018) baseada em Alves (2013), aborda duas dimensões no processo de precarização: precarização salarial, precarização do homem-que-trabalha. A dimensão salarial está relacionada com a própria relação salarial em si (formas de contrato, remuneração e jornadas de trabalho) e com as condições de trabalho (jornadas diferenciadas, remuneração variável, controle de produtividade, etc). A primeira implica a flexibilização das normas de proteção ao trabalhador; enquanto a segunda diz respeito à inserção de métodos flexíveis de gestão que

produzem: intensificação do trabalho, maior controle e aumento subjetivo do trabalho (MOROSINI, 2018).

A dimensão do *homem-que-trabalha* está relacionada com os efeitos da precarização da anterior dimensão sobre a subjetividade dos trabalhadores. São as repercussões no modo de pensar e organizar o trabalho. Isso ocorre por meio da “captura da subjetividade”, ou seja, a subordinação dos afetos e capacidades dos sujeitos no processo de trabalho (MOROSINI, 2018). O modelo de gestão na saúde opera na intimidade dos sujeitos e fornece de novos sentidos ao seu trabalho, transformando valores, sentimentos, e formas de pensar, até modos de viver.

Neste estudo nos aproximaremos da análise dessas duas dimensões para entender as condições de trabalho dos Agentes comunitários e como eles agem nesses contextos.

4.4. SUBJETIVIDADE NO TRABALHO EM SAÚDE

Neste tópico destacamos os aportes da psicodinâmica do trabalho, especificamente nas contribuições de Christophe Dejours (Dejours, 2012; LANCMAN; LAERTE, 2011; SÁ; AZEVEDO, 2013). Na perspectiva da psicodinâmica do trabalho tem por objetivo analisar processos intersubjetivos que tornam possível a gestão social das interpretações do trabalho pelos indivíduos.

No trabalho em saúde alguns autores têm indicado a importância da abordagem da dimensão subjetiva na compreensão da complexidade da realidade dos serviços de saúde. Nesse sentido, Sá e Azevedo tem afirmado que:

o espaço dos serviços de saúde não é só um espaço material, normativo e político, mas um espaço Interpsíquico: o modo como está organizado esse universo simbólico e imaginário compartilhado pelos sujeitos nos serviços condiciona sua capacidade de escuta e resposta às demandas da população, bem como as mudanças das práticas de saúde e de gestão (SÁ; AZEVEDO, 2013, p.44).

Para as autoras há uma necessidade individual e organizacional do acesso à subjetividade como condição para o melhor trabalho em saúde.

Na teoria de Dejours, a organização do trabalho está relacionada com o trabalho prescrito e o trabalho real. A partir das considerações de Dessors e Schram (1992), Lancman e Laerte (2011) ressaltam que a organização do trabalho não é

absolutamente absorvida pelos assalariados; isto é, tudo o que está prescrito é reinterpretado e reconstruído. Assim, há um hiato entre o trabalho prescrito e o trabalho real, e a distância entre ambas ora é tolerante, ora é restrita. A organização real do trabalho é uma reinterpretação das regulamentações, prescrições no trabalho, e um produto das relações sociais.

Na teoria de Dejours (2012), três conceitos básicos encontram-se relacionados conformando o triângulo da psicodinâmica do trabalho: trabalho, sofrimento e reconhecimento. O autor argumenta que o acesso ao reconhecimento se produz através do sentido dado ao sofrimento, esse sentido dado ao trabalho [e o que pode transformar o sofrimento em prazer.

Sobre o reconhecimento, este pode-se dar em dois sentidos: o de constatação, ou seja, reconhecer como o trabalho é realizado com questões positivas e negativas reconhecendo as fraquezas e as falhas das próprias organizações; e o sentido de reconhecimento como gratidão, como valorização do trabalho realizado (LANCMAN; LAERTE, 2011).

No contexto do nosso estudo, podemos afirmar que no trabalho do ACS vemos que existem esses dois sentidos de reconhecimento do trabalho, talvez até opostos. Por um lado, o reconhecimento como constatação acontece por parte da gestão, e por outro, o reconhecimento como gratidão é oferecida principalmente pela população e para os ACS é o que dá sentido ao seu trabalho.

Dejours (2012) explica que o reconhecimento acontece na construção de julgamentos a partir do trabalho realizado. Esses julgamentos podem ter diferentes sentidos; em outras palavras, o reconhecimento procede da produção de sentido vivenciado no trabalho que podem implicar no reconhecimento do fazer, como na gratificação indenitária (relacionado com a realização de si mesmo).

Referente ao sofrimento no trabalho, Dejours afirma que na procura por reduzi-lo, os sujeitos desenvolvem estratégias de enfrentamento que podem ser individuais ou coletivas. Dejours chama atenção para o conceito de “**normalidade sofrente**” que seriam essas formas de agir frente ao sofrimento sem enlouquecer:

A normalidade é interpretada como o resultado de uma composição entre o sofrimento e a luta individual e coletiva contra o sofrimento no trabalho.

Portanto, a normalidade não implica ausência de sofrimento, muito pelo contrário. Pode-se propor um conceito de normalidade sofrente. (DEJOURS, 2007 *apud* FONSECA MLG, 2013, p.124)

Essa normalidade não pode ser entendida como conformismo, alienação, submissão e dominação. As estratégias de defesa utilizadas para enfrentar o sofrimento sejam elas individuais e coletivas, implicam em formas reais de exercer o trabalho em saúde. Assim, estas nascem a partir das pressões reais do trabalho, que se relacionam com a sobrecarga de demandas e as diferentes condições de precarização do trabalho.

Dejours adverte que as estratégias de defesa podem tomar diversas direções. Por um lado, funcionam como modos de proteção da saúde mental dos trabalhadores, por outro lado, podem se transformar em mecanismos de endurecimento e desumanização, insensibilizando ao profissional contra aquilo que o faz sofrer (FONSECA MLG, 2013).

Nos caminhos para transformar o sofrimento no trabalho em prazer mediante o reconhecimento, Fonseca MLG (2013) aumentar o grau de autonomia nos processos de fazer-pensar no trabalho. O desenvolvimento de propostas que afirmem a inventividade dos trabalhadores e sua potência de re-normalização, uso de dispositivos grupais para promover espaços de produção de sentidos e novos caminhos para o reconhecimento no trabalho pelos pares.

4.5. PRÁTICAS POLÍTICAS DE RESISTÊNCIA E ACOMODAÇÃO

Resgatamos aqui o conceito de resistência proposto por Giroux (1985). O autor critica as teorias da resistência tradicionais propostas por autores radicais no âmbito da educação, e chama a atenção para questões pouco consideradas na compreensão do processo de dominação. Giroux considera, além de determinantes estruturais que promovem a desigualdade econômica e cultural, a importância do “agenciamento humano” frente à lógica do capital e das práticas sociais dominantes, onde os sujeitos se acomodam, mediatizam e resistem. Nesse sentido, o conceito de resistência é problematizado por Giroux (1985), para repensar os processos de acomodação e resistência.

Assim, os mecanismos de reprodução da lógica dominante para Giroux, nunca são completos e enfrentam elementos de oposição que devem ser melhor compreendidos. Além de forças externas, esses mecanismos apresentam elementos internos como parte da autoformação dos grupos oprimidos. A intervenção humana é compreendida de forma dialética, ela retrata processos de dominação não estáticos, assim, os dominados ou oprimidos não podem ser vistos como seres passivos frente à dominação (GIROUX, 2004).

Para o autor as condutas de oposição devem ser analisadas com cuidado já que podem expressar, também momentos repressivos inscritos em tal conduta por parte de uma cultura dominante, mais do que uma mensagem de protesto contra sua existência. Por isso deve-se entender a natureza da resistência e ver como se mediatiza e articula na cultura dos grupos de oposição.

Para desvelar o sentido das condutas de oposição é necessário analisar segundo Giroux (2004) a intenção daquelas, seja vinculando a conduta à interpretação que possam dar os próprios sujeitos, seja pela análise das condições históricas e sociais onde se desenvolve o comportamento. Assim, as condutas de oposição, no sentido da resistência, estão relacionadas com a lógica da moral e da indignação política.

Por outro lado, Butler (2014) na sua análise sobre vulnerabilidade e resistência, aborda dois sentidos do termo resistência: “[...] resistência à vulnerabilidade que pertence a alguns projetos de pensamento e determinadas formações de política organizadas por um domínio soberano, e resistência a regimes injustos e violentos que mobilizam a vulnerabilidade como parte do seu próprio exercício de poder”. (Butler, 2014, p.17). A autora enfatiza aquelas formas de resistência não violentas que mobilizam a vulnerabilidade para defender a existência, reclamando diversos direitos.

Em análise voltada para o campo da educação e em particular as relações de dominação que se instituem a partir da escola de Giroux, ele afirma que a resistência estaria relacionada com: “cada tipo de conduta pode indicar uma forma de resistência se emerge de uma condena ideológica latente ou aberta das ideologias repressivas subjacentes que caracterizam às escolas em geral” (GIROUX, 2016, p. 1).

Nesse sentido, para Giroux (1985), as práticas de resistência seriam comportamentos de oposição ao modelo hegemônico atual que tem um sentido

emancipatório e que procuram desarticular as diversas formas de dominação na sociedade. Ao contrário, na medida em que os comportamentos de oposição desconsiderem as contradições sociais e se unam à lógica da dominação, desembocarão na categoria da acomodação e conformismo (GIROUX, 2004)

É importante destacar que as práticas de resistência não necessariamente se expressam em ações políticas de movimentos coletivos, muitas vezes são nos cenários “micros” que a luta acontece. Assim Giroux, além de reconhecer as lutas sociais, de classes e de diversos grupos oprimidos como formas legítimas de resistência, ele salienta que: “é preciso mencionar que a resistência não é o fim da ação, senão um fato prático no cotidiano das escolas” (GIROUX, 2016, p.1);

Outro aspecto importante na compreensão da resistência é o conceito de “emancipação” como elo condutor das práticas de resistência, onde Giroux (2004) salienta que especificamente deve haver um compromisso com a emancipação da sensibilidade, a imaginação e a razão.

A emancipação converte-se em um dos objetivos da ação social politizada. Neste sentido, a teoria de Giroux dialoga com a noção de consciência crítica de Freire, necessária para a transformação da vida dos sujeitos em um sentido emancipatório, ao respeito: “[...] é importante o processo pedagógico que permita as pessoas serem conscientes do papel de poder e controle exercido pelas instituições e pelas estruturas sociais que elas podem se tornar emancipadas e libertadas do seu poder e controle” (GIROUX, 1981,1983 *apud* SILVA, 2003, p.54).

4.6. CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO POPULAR PARA FORMAÇÃO E TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

4.6.1. Aportes conceituais do educador *Paulo Freire*

Paulo Freire, em contraponto ao modelo transmissivo de educação, que denominou “bancária”, apontou para a importância de uma educação solidária, baseada no diálogo, sem a supremacia do educador, preocupada com a articulação do saber, conhecimento, vivência, como uma construção coletiva, valorizando a interdisciplinaridade.

Na visão de Freire (2001), é necessária a mudança das nossas práticas educativas na procura do diálogo e que a educação popular não seja vista só como uma metodologia, mas como um processo de reflexão e de capacidade de mobilização. Assim, na a área da saúde, a educação popular não deve ser:

[...] apenas como um instrumento de educação em saúde, mas como um recurso estratégico, que potencializa a conscientização da população sobre suas condições de vida e a abertura de canais de participação no nível local, reforçando a organização popular e as lutas sociais pela saúde (PINHEIRO; BITTAR, 2016, p. 4).

Desse modo, além de ser uma metodologia a educação popular, esta se forja também como parte dos movimentos populares, e na área da saúde, o que defende são novos olhares para as práticas de saúde e relações mais horizontais entre os profissionais e a comunidade, as mesmas que permitam a construção compartilhada de conhecimento, onde os saberes da cultura popular sejam valorizados numa perspectiva emancipatória.

Analisando a proposta de Paulo Freire, este traz à tona alguns elementos importantes para compreender como essas práticas educativas acontecem ou poderiam acontecer. Consideramos que os conceitos de problematização, diálogo e práxis, são relevantes na apropriação do método freiriano para as práticas educativas em saúde.

Para Freire (1987) a educação problematizadora, de caráter autenticamente reflexivo, implica num constante ato de desvelamento da realidade. Constitui-se assim

uma busca crítica da realidade, destacando também que essa concepção problematizadora ajuda na construção de algo novo, transformador (FREIRE, 1987, p. 42).

A educação problematizadora pressupõe a superação da contradição educador-educandos e para tanto “afirma a dialogicidade e se faz dialógica”. (FREIRE, 1987 p. 39). Desse modo, “ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 1987 p. 39). Tais afirmações resultam primordiais nas práticas dos profissionais de saúde, para a superação do modelo positivista hegemônico, no qual os saberes científicos sobre saúde são mais importantes que os saberes da população, e romper com isso implica mudanças muitas vezes estruturais do modelo de atenção à saúde.

Freire (1981, p. 66) pontua também que “não se pode aceitar, a transferência de conhecimento, que implica sempre na existência de um polo que sabe e na de outro que nada sabe”. Por isso, educar com o diálogo requer um profundo respeito pelos saberes prévios dos educandos, adquiridos na prática, no dia a dia de sua relação com o mundo. O diálogo revelador da realidade é indispensável ao ato do conhecimento. O diálogo nesse sentido tem uma perspectiva dialética entre educadores e educandos, sendo a característica principal o fato de que uma pessoa não anula a outra, e ambos sujeitos encontram-se em cooperação para transformar o mundo (SANTOS, 2008)

Por outro lado, é na *práxis* onde se plasmam essas questões, mas para Freire, a *práxis* não é pura ação, mas ação e reflexão, que implica em consciência crítica da relação homem-mundo (FREIRE, 1987, p.21). Na *práxis* a consciência se transforma, a partir de uma unidade entre prática e teoria, em movimento permanente. E nesse processo de conscientização e transformação é que se chega a “ser mais”, a se libertar da condição de oprimidos.

No trabalho dos profissionais de saúde portanto, seguindo o pensamento de Freire, as práticas educativas em saúde vão além de simples ações alfabetizadoras com a comunidade, implicam também um processo de reflexão. Esse movimento da ação e reflexão teria que ser constante na prática profissional. Porém é importante considerar que: “[...] ninguém nasce feito. Vamos nos fazendo aos poucos, na prática

social de que tornamos parte” (FREIRE, 2001), pelo que também para os profissionais de saúde a reorientação das suas práticas educativas na comunidade são um constante aprendizado. Por isso numa visão crítica da educação em saúde: “A educação se refaz constantemente na práxis. Para ser tem que estar sendo”. (FREIRE, 1987 p. 42)

Nesse contexto, é possível salientar que linhas de pensamento libertadoras e emancipadoras como a de Paulo Freire podem aportar reflexões importantes para a reorientação das práticas educativas em saúde que abram espaços de resistência tanto em ambientes formais e principalmente não formais.

4.6.2. Contribuições Teórico-Metodológicas da área de Saúde Coletiva

A educação popular em saúde ao longo do tempo tem ganhado alguns espaços institucionais e não institucionais e cobrado relevância na reorientação do modelo de atenção à saúde. Como afirma Vasconcelos (1998), a metodologia freiriana é uma sólida base para atingir uma Atenção Primária à Saúde Integral, pela sua participação histórica que teve a finalidade de romper com a tradição autoritária e normatizadora da relação entre serviços de saúde e a população.

Nessa mesma perspectiva, Albuquerque e Stotz (2004) afirmam que a educação popular contribui para reforçar a participação social, potencializa uma maior conscientização da população sobre suas condições de vida, reforçando a organização popular e as lutas sociais pela saúde, tudo isso com o intuito de alcançar uma maior integralidade das ações em saúde na atenção primária, principalmente. Nesse cenário, é interessante pensar em espaços de formação que incorporem práticas educativas emancipadoras para esses e outros profissionais. É sem dúvida um desafio desenvolver ações de educação permanente em saúde, que promovam a formação de profissionais de saúde de tal forma que seu processo de aprendizagem se torne significativo, emancipador, libertador, humano. Contudo, a formação permanente de profissionais de saúde dos trabalhadores do SUS, deveria ter como sujeitos “seres da práxis”, educandos motivados a refletir criticamente suas práticas, conhecendo-as melhor a partir de uma análise objetivando transformar a realidade do seu trabalho, com o seu trabalho.

Alguns autores como Vasconcelos; Cruz e Prado (2016) explicam que a educação popular não estava sendo muito considerada na educação permanente em saúde pelo fato que se orientava para o desenvolvimento de ações educativas com o público “popular”. Porém,

o termo Popular não se refere ao público a que se destina a prática formativa, mas, sim, aos pressupostos éticos, à perspectiva política e às abordagens metodológicas que a orientam. Refere-se à valorização dos saberes e das iniciativas dos educandos nos processos educativos, sobretudo pela construção compartilhada do conhecimento, com o compromisso explícito de fortalecimento do protagonismo das classes populares para o enfrentamento das iniquidades e situações de exclusão social, para a construção de uma sociedade justa, solidária e democrática. (VASCONCELOS; CRUZ; PRADO, 2016, p.836).

Nesse sentido, cabe reforçar a ideia de que é importante trabalhar em abordagens de educação permanente em saúde com uma perspectiva de educação popular. Algumas experiências vêm sendo realizadas como no trabalho de Bornstein; Lopes e David (2014), que analisam a experiência de um curso de formação de ACS na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio baseada na metodologia da educação popular para o fortalecimento do processo de trabalho desse profissional que incluiu um trabalho educativo para a mudança do modelo de atenção. Outros estudos sobre ações de educação popular em saúde fazem referência à importância da formação dos profissionais com esse enfoque de educação popular:

[...] é necessário capacitar também os profissionais de saúde para trabalhar com essa nova metodologia e uma possibilidade é pensar a própria educação popular como proposta educativa na formação e capacitação de recursos humanos, não apenas como método de trabalho, mas como um processo disparador de reflexões e problematizações na própria rotina dos profissionais de saúde. (PINHEIRO; BITTAR, 2016, p.5).

No âmbito estatal, a educação popular em saúde também ganhou espaço a partir das demandas dos movimentos populares de sentirem-se protagonistas da sua saúde (GUIMARÃES, 2016). Foi criada a Política Nacional de Educação Popular (PNEPS) em Saúde em 2012 e oficializada em 2013, que gerou muitas iniciativas de educação permanente no SUS, tornando-se relevante a formação de profissionais, já que: “para que a PNEPS seja efetivamente implementada é necessário formar recursos humanos sob essa nova lógica, assim como avaliar as práticas que vêm sendo desenvolvidas sob a metodologia da educação popular”(PINHEIRO; BITTAR,

2016, p.1). No entanto, atualmente o cenário não parece tão promissor devido às diversas mudanças que estão acontecendo com a precarização da saúde pública no Brasil, como por exemplo, a reformulação da PNAB 2017⁶ que propõe diminuir a inserção dos serviços dos Agentes Comunitários de Saúde no modelo de saúde familiar atual, entre outras propostas do governo.

Os apontamentos de Vasconcelos, Cruz e Prado (2016) resgatam a contribuição da educação popular para a educação permanente em saúde. Este modelo principalmente,

[...]. Abre-se para a construção de novos caminhos e processos de cuidado por parte dos trabalhadores a partir de suas próprias iniciativas, capacidades e de seus anseios, de maneira autônoma e compartilhada com os usuários. Inclui, ainda, a possibilidade de questionamento dos arranjos organizacionais dos sistemas de saúde, negando-se a ser concebida como técnica ou tecnologia e, tampouco, almejando ser, obrigatoriamente, seguida como algo imposto ao profissional de saúde para o eficiente funcionamento do sistema (VASCONCELOS; CRUZ; PRADO, 2016, p. 837)

No atual cenário político, econômico, social e cultural que atravessa o Brasil e outros países, torna-se necessário refletir sobre novas alternativas pedagógicas na área da educação e da saúde que gerem espaços de resistência ao modelo opressor capitalista. A educação popular pode ser uma alternativa a ser pensada neste momento de desmonte da saúde pública no Brasil e das tentativas semelhantes no setor educação, sobretudo como um processo permanente de reflexão e militância (FREIRE, 2001) considerando também que a educação popular não aceita a posição de neutralidade política e é preciso lutar pelos nossos direitos e pelo “bem-viver” de nós e de nosso entorno.

⁶ PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

5. MÉTODO

5.1. ABORDAGEM EPISTEMOLÓGICA

Esta pesquisa, de natureza qualitativa, foi desenvolvida em duas fases. A fase exploratória utiliza elementos da abordagem etnográfica construída por meio do processo de observação participante e narrativa construída a partir de registros do trabalho de campo.

A abordagem qualitativa se fundamenta na importância do objeto de pesquisa ao ser estudado desde uma perspectiva mais ampliada, tentando compreender a realidade em que se desenvolve. Esta abordagem...

(...) trabalha com o universo de significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2009, p. 21).

Segundo a autora, o estudo dessas interpretações do ser humano e da sua realidade social, faz com que a abordagem qualitativa se conforme melhor em pesquisas de grupos delimitados, de histórias sociais sob a percepção dos atores, de análise de discursos e documentos (MINAYO, 2014). E, além disso, este tipo de pesquisa é relevante devido ao embasamento no fato da pluralização das esferas de vida, o mesmo que requer uma grande sensibilidade para o estudo empírico e permite aos pesquisadores defrontarem-se com novos contextos e perspectivas sociais (FLICK, 2004)

Além desses detalhamentos, o estudo apresenta um caráter explicativo, já que: “tem a preocupação central de identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos” (GIL, 2008). Dessa forma, além de identificar detalhadamente os fenômenos, será importante a compreensão mais aprofundada e ampliada do objeto de pesquisa.

Por outro lado, na aproximação da pesquisa com alguns elementos da antropologia, a *etnografia* será adotada neste estudo como enfoque/perspectiva antropológica. Este enfoque tem como características fundamentais: “partem da longa experiência do etnógrafo em uma localidade e da interação com os que nela habitam; produzem como resultado de um trabalho analítico, um documento descritivo [...] em

que inscreve-se a realidade social indocumentada e integra-se o conhecimento local” (ROCKWELL, 2009, p. , tradução nossa). Assim, para se tornar significativa esta experiência, Rockwell (2009) acrescenta que é preciso um trabalho reflexivo que procure a transformação e precisão do enfoque desde o qual se descreve a realidade.

Nesse sentido, resulta pertinente o desenvolvimento de um estudo com um olhar etnográfico devido às particularidades que apresenta, já que como aponta Rockwell (2009), em alguns casos o desafio não é realizar uma investigação institucional, mas muitas vezes é mais importante a socialização do conhecimento, o resgate de saberes populares, onde a construção de conhecimento esteja sujeita a processos de ação e lutas indispensáveis.

Com relação a essa construção do conhecimento no desenvolvimento das pesquisas, o sociólogo Fals-Borda (2015) também enfatiza o protagonismo das massas e do saber popular nesse processo. Nesse sentido, a discussão que realiza é sobre um paradigma alternativo da ciência social crítica que possibilite a construção de conhecimento científico sob a base da relação estreita entre a pesquisa social e a ação política.

Assim, Fals-Borda (2015) coloca como critério de validade do conhecimento científico a *práxis*: “entendida como uma unidade dialética formada pela teoria e a prática, na qual a prática é ciclicamente determinante” (BORDA, 2015, p. 273, tradução nossa). Essa relação entre teoria e prática acontece de forma dinâmica com a aproximação ou afastamento das bases sociais,

La idea era propiciar un intercambio entre conceptos y hechos, observaciones adecuadas, acción concreta o práctica pertinente para determinar la validez de lo observado, vuelta a la reflexión según los resultados de la práctica, y producción de preconceitos o planteamientos ad hoc a un nuevo nivel, con lo cual podía reiniciarse indefinidamente el ciclo rítmico de la investigación-acción (BORDA, 2015, p, 275).

Nessa concepção de *práxis*, para o autor é importante conhecer e apreciar o papel da sabedoria popular, o senso comum e a cultura do povo para obter e criar conhecimentos científicos e reconhecer o papel dos grupos das massas populacionais como protagonistas históricos.

Um elemento importante a ser considerado na abordagem etnográfica, onde acontecem essas interações entre a teoria e a prática e entre sujeito e objeto, é o

trabalho de campo, definido como: “[...] uma situação metodológica e também em si um processo, uma sequência de ações, de comportamentos e de eventos nem todos controlados pelo pesquisador” (VELASCO; RADA, 1997, p.18).

No trabalho de campo o papel do etnógrafo é documentar o não documentado e o não documentado são coisas do cotidiano, o familiar, o inconsciente, o oculto (ROCKWELL, 2009). Assim, resulta necessário um olhar crítico dos pesquisadores/etnógrafos com respeito aos sujeitos da pesquisa e à realidade analisada:

Los etnógrafos críticos necesitan ver a los actores como sujetos reflexivos que operan en contextos que implican tanto oportunidades como limitaciones con respecto a la transformación potencial de las estructuras sociales. Los contextos sociales para una acción se vuelven, desde esta perspectiva, sitios estratégicos para negociar y calcular las complejidades estructural-conjeturales de la vida social (MCLAREN, 1998).

Cabe mencionar que este estudo tenta aproximar-se de um enfoque que preconize o compromisso social da pesquisa, além do envolvimento do pesquisador e sua contribuição na realidade analisada; tendo em consideração, como afirma Fals-Borda (2015), que quem justifica a sua presença nesses cenários são as massas (sujeitos ativos).

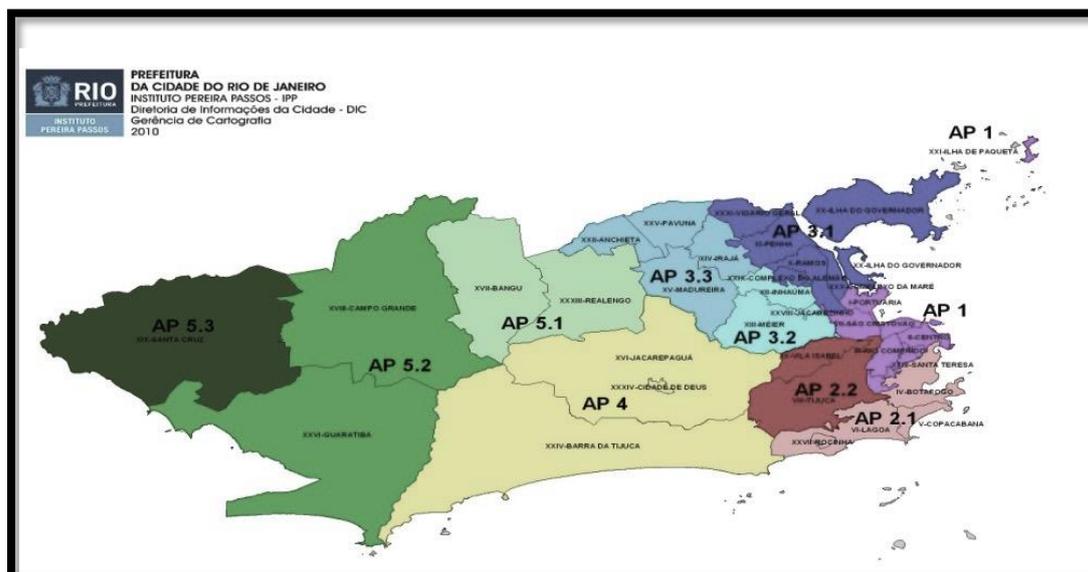
5.2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO E DOS SUJEITOS DO ESTUDO

5.2.1. O bairro e o território de abrangência

O município do Rio de Janeiro tem uma população de 6.320.446 hab. e encontra-se dividido em 162 bairros, 33 regiões administrativas⁷, organizadas em 4 grandes zonas: norte, sul, centro, oeste. Na organização do setor saúde, o município está inserido na Região Metropolitana de Saúde I, do estado do Rio de Janeiro. Com a mesma finalidade, no plano interno a Secretaria Municipal de Saúde trabalha, desde 1993, com a divisão da cidade em 10 Áreas de Planejamento (AP).

⁷ http://portalgeo.rio.rj.gov.br/bairros Cariocas/index_cidade.htm

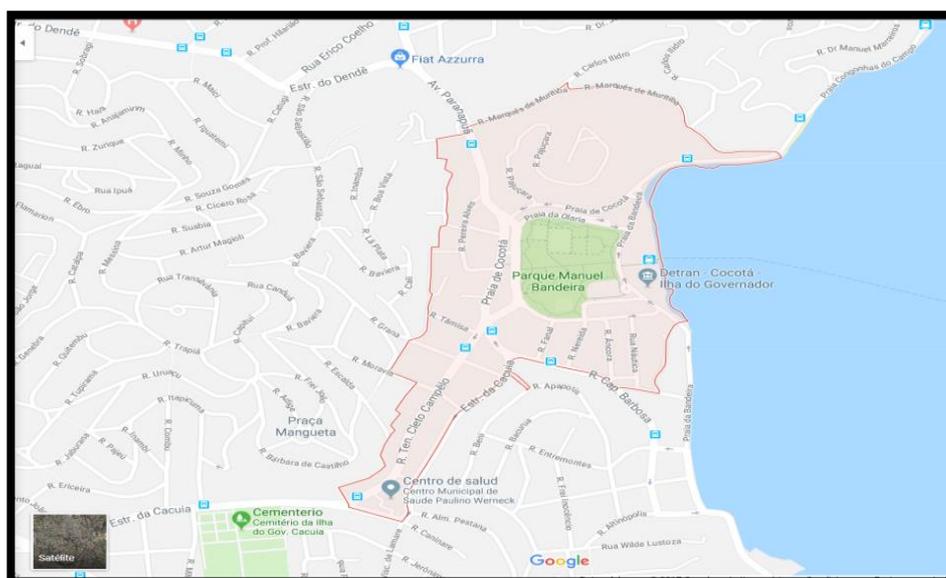
Figura 1. Divisão do município do Rio de Janeiro em áreas de planejamento da Saúde



Fonte: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2017

Uma das regiões administrativas é a Ilha do Governador, uma ilha que se situa na baía da Guanabara e que engloba 14 bairros do município do Rio de Janeiro. São eles: Bancários, Cacuia, Cocotá, Freguesia, Galeão, Jardim Carioca, Jardim Guanabara, Moneró, Pitangueiras, Portuguesa, Praia da Bandeira, Ribeira, Tauá e Zumbi. Nesta região moram mais de 210 mil habitantes.

Figura 2. Localização do território de abrangência (Cocotá/ Ilha do Governador)



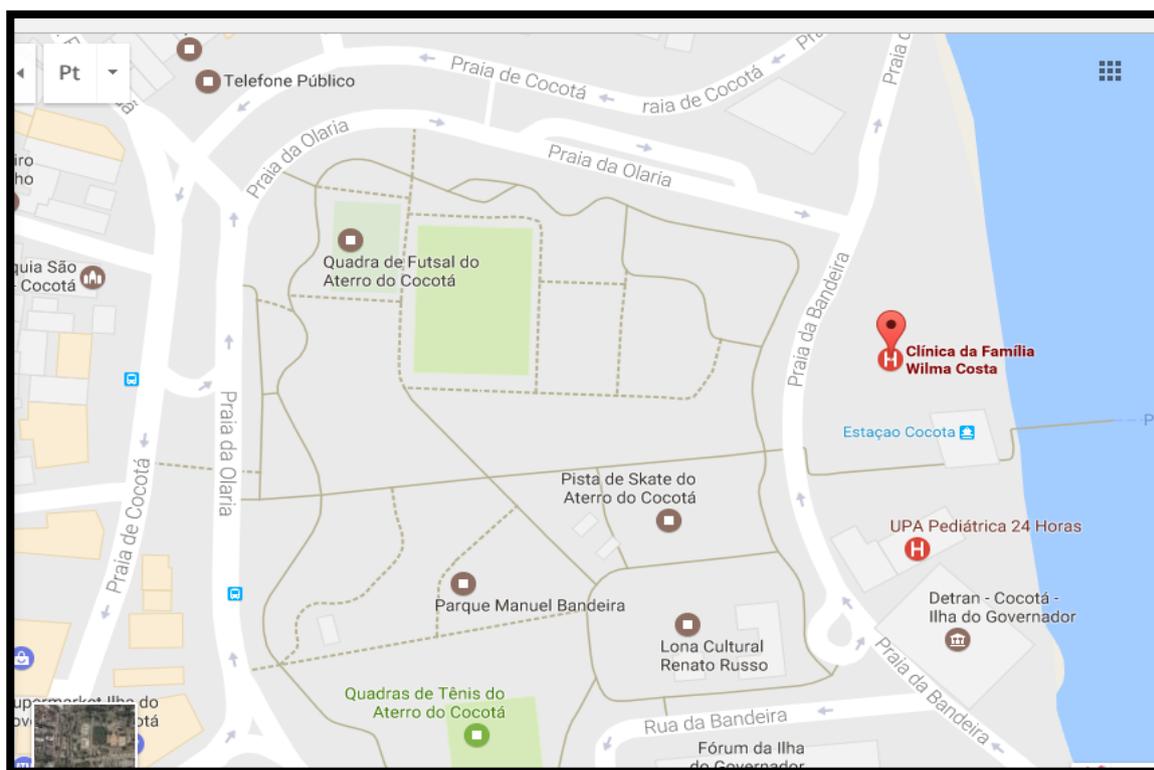
Fonte: Google Maps, 2017

A ilha do Governador pertence à área de planejamento 3 do município, uma das áreas com maior população. Segundo o censo de 2000, esta corresponde ao 40,2% do total da população residente no Rio de Janeiro - 2.353.590 habitantes. (<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/1529762/DLFE-220205.pdf/1.0>). Um dos bairros da Ilha do Governador é Cocotá, um território de classe média onde residem aproximadamente 24000 habitantes e tem um IDH de 0.861 (Censo IBGE, 2000).

5.2.2. Contexto sociopolítico da unidade de saúde

A clínica da família Wilma Costa é uma unidade de saúde de atenção primária localizada no bairro de Cocotá, especificamente no Aterro do Cocotá, perto da estação de barcas e da UPA pediátrica. A unidade de saúde foi inaugurada em 30 de setembro de 2016 e atende a uma população de aproximadamente 24000 pessoas, incluída uma comunidade do Dendê. Os horários de funcionamento são de segunda-feira a Sexta-feira das 07h às 18h e aos Sábados das 07h às 12h.

Figura 3. Localização da Clínica da Família Wilma Costa



Fonte: Google maps, 2017.

A clínica da Família Wilma Costa foi uma das 5 clínicas criadas pela prefeitura de Rio de Janeiro no ano 2016, somando um total de 116 clínicas da família no Rio de Janeiro. Segundo o *site* oficial da prefeitura <http://www.rio.rj.gov.br/>, a clínica adotou o nome em homenagem à líder comunitária Wilma Costa, também conhecida como Wilma Guerreira, que lutou por melhorias na comunidade. Com isso a prefeitura buscou ampliar a Estratégia da Saúde da Família no município, naquela época.

De acordo com a página de internet da prefeitura, nas clínicas da família são oferecidos aos pacientes atendimento clínico, tratamento para diabetes, hipertensão, pré-natal, exames laboratoriais, cuidados com saúde da criança e vacinação, entre outros. Nas unidades, os pacientes também podem retirar gratuitamente medicamentos e insumos de uma grade de 208 itens da Atenção Primária. As clínicas contam com consultórios, salas de ultrassonografia, raio-x, observação clínica, procedimentos, curativos, reunião, saúde bucal, auditório, farmácia e almoxarifado.⁸

A clínica Wilma Costa atende a 21320 usuários, tendo uma cobertura de 86,85% da estratégia de saúde da família.⁹ Os serviços que são oferecidos na unidade são: Academia Carioca, Acolhimento Mãe-Bebê, Bolsa Família, Coleta de Exames, Diabetes, Hipertensão, Imunização, Planejamento Familiar, Pré-Natal, Preventivo, Puericultura, Saúde na Escola, Saúde Bucal, Saúde do Homem, Saúde do Idoso, Saúde Mental, Sistema de Regulação (SISREG), Tabagismo; Teste Imunológico de Gravidez (TIG), Tuberculose. Alguns grupos também iniciaram seu funcionamento este ano: tabagismo, planejamento familiar, Reiki, Bem estar, Da dor, entre outros. Alguns dados epidemiológicos da unidade evidenciam que dentre a população atendida se apresentam 11,8% de hipertensos, 4,3% de diabéticos, 2,6% crianças até 2 anos, crianças até 6 anos 7,9%.

Na unidade trabalham 97 profissionais¹⁰, entre eles: a gerente da unidade, 40 agentes comunitários de saúde, 8 técnicos de enfermagem, 8 enfermeiros, 8 médicos, 7 médicos-preceptores, 5 médicos-residentes-R1, 5 médicos-residentes- R2, 4 Auxiliar de Saúde Bucal, 4 Cirurgiões-dentistas, 2 Auxiliar Administrativos, 1 Assistente Administrativo, 1 farmacêutico, 2 técnicos de farmácia, 1 Educador físico.

⁸Página de Internet da Prefeitura disponível em: <http://prefeitura.rio/web/sms/exibeconteudo?id=6453400>

⁹ Relatório de indivíduos cadastrados por equipe. Sistema Prime Saúde, janeiro de 2018.

¹⁰ Informações registradas até dezembro de 2017.

Todos eles, a exceção dos médicos residentes, são contratados pela Organização Social de Saúde: VivaRio, responsável pela CAP 3.1.

Uma característica importante da Clínica da família é a presença do Programa de Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade, que é uma parceria entre a FIOCRUZ e a UFRJ. A residência médica funciona em 5 equipes da unidade.

Figura 4 Unidade de saúde e Sala dos ACS



Fonte: Arquivo do trabalho de campo. Fotografias de Yansy Orrillo, 2018.

5.2.3. Equipes de saúde da família

As equipes de saúde são: Duas Praias, Tijolinho, Cocotá, Praia da Bandeira, Magioli, Baviera, Messina, Boa Vista. Cada equipe está formada por: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 5 agentes comunitários, 1 técnico de enfermagem, 1 dentista e auxiliar de saúde bucal (para cada duas equipes). Nas equipes com residência médica além desses profissionais se incorporam 1 médico preceptor e 2 médicos residentes.

Figura 5. Território de Abrangência da Unidade de Saúde da Família com a divisão das micro-áreas de atuação das equipes de saúde da família



Fonte: Google Earth, 2017.

A clínica da família atinge o bairro de Cocotá, território dividido em áreas e microáreas. A clínica está organizada em 8 equipes de saúde que são responsáveis por uma área, e cada equipe está dividida em 5 microáreas que são responsáveis pela cobertura desse território - um ACS por microárea.

Cada equipe é responsável por uma área específica. As áreas correspondem a territórios com realidades diversas, e em cada área e microárea também existem discrepâncias em relação ao perfil demográfico, perfil epidemiológico, condições econômicas e vulnerabilidade.

5.2.4. Agentes Comunitários de Saúde

Na clínica da família trabalham 40 ACS, distribuídos nas 8 equipes de saúde da unidade. Do total de ACS 32 são mulheres e 8 homens. Todos têm ensino médio completo e muitos têm formação superior (como será descrito no tópico seguinte na caracterização dos sujeitos entrevistados na pesquisa).

Os ACS começaram a trabalhar na unidade de saúde em 2016. Uma primeira turma de treze ACS iniciou suas atividades em setembro e a outra turma de 27 trabalha desde outubro do mesmo ano. Todos eles realizaram um processo seletivo e foram contratados mediante vínculo CLT pela OSS VivaRio.

5.3 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Os instrumentos de coleta de dados que foram utilizados para o desenvolvimento da pesquisa foram o caderno de campo para os registros etnográficos; e o roteiro semiestruturado para a realização das entrevistas individuais.

A construção dos roteiros de entrevista levou em consideração algumas categorias já identificadas na revisão de literatura, que nos permitiram aproximar de forma aprofundada dos sujeitos da pesquisa, caracterizar os ACS, identificando sua história de vida, conhecer o seu processo de trabalho e a sua formação.

Figura 6 Roteiro utilizado como base para as entrevistas

<p><u>Roteiro</u></p> <p>a) Trajetória pessoal</p> <ul style="list-style-type: none">- Percurso histórico até a sua inserção na unidade de saúde como ACS <p>b) Formação</p> <ul style="list-style-type: none">- Escolarização,- Inicial (como ACS),- Educação Permanente- Interesses- Potencialidade e Fragilidades <p>c) Trabalho</p> <ul style="list-style-type: none">- Cotidiano do Trabalho- Condições de trabalho- Visitas domiciliares- Atividades administrativas- Acolhimento- Reuniões de equipe- Dificuldades- Potencialidades <p>d) Panorama atual</p> <ul style="list-style-type: none">- Situação política nacional- Gestão de saúde do município- Mobilizações, manifestações e resistência à precarização do trabalho- Perspectivas futuras. <p>e) Aspectos subjetivos</p> <ul style="list-style-type: none">- Sonhos e desejos- Projetos e planos futuros- Sentimentos e emoções- Percepção sobre as relações interpessoais

Fonte: Elaboração própria, 2017.

5.4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.4.1. Fase exploratória: abordagem etnográfica

Paralelamente à revisão bibliográfica o tema de pesquisa, considerou-se necessário também num primeiro momento da pesquisa a aproximação do campo com o objetivo de conhecer a realidade da Unidade de Saúde da família escolhida, assim como o território onde esta se encontra inserida; além de conhecer e **acompanhar o cotidiano de trabalho dos ACS**. A unidade de saúde já é uma instituição parceira do Laboratório de Estudo das Ciências da UFRJ no Projeto de extensão: "Educação, Saúde e Cultura na periferia urbana" que tem como objetivo desenvolver ações coletivas intersetoriais com favelas no Rio de Janeiro.

A fase exploratória teve dois momentos. Num primeiro momento foram estabelecidos os contatos institucionais para a inserção da pesquisadora no campo, além de algumas reuniões para a apresentação da proposta de pesquisa, acordos prévios e autorização para a realização do trabalho. Num segundo foram programadas as visitas na unidade de saúde, uma vez por semana. Porém, conforme foi se estabelecendo um vínculo com os sujeitos da pesquisa, e considerando as diversas atividades que eles realizam, as visitas foram agendadas diretamente com os ACS tentando acompanhar a maioria de atividades possíveis que eles realizam no seu cotidiano de trabalho que acontece dentro e fora da unidade de saúde.

A fase exploratória foi realizada de março até novembro de 2017. As principais atividades formais acompanhadas foram: visitas domiciliares médicas e de ACS, consultas médicas, reuniões de equipe, trabalho cotidiano do ACS dentro da clínica (acolhimento, atividades administrativas de registro), grupo de Bem-estar: "Fala que eu te escuto", mobilizações.

Foram utilizados cadernos de campo para registro de todas as observações realizadas. Outras ferramentas utilizadas foram imagens e pequenos roteiros com temas geradores para guiar as observações, eles são: cotidiano de trabalho dos ACS, Organização do trabalho, formação profissional, dificuldades e potencialidades no trabalho.

5.4.2. Fase empírica: Entrevistas individuais

Do total de 38 ACS na unidade até março de 2018, foram selecionados 10 profissionais para serem entrevistados. Foram incluídos homens e mulheres, além de profissionais que demonstraram maior interesse em colaborar com a pesquisa a partir de nosso convite, os sujeitos que assinaram voluntariamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aqueles que foram liberados das suas atividades cotidianas para participar da pesquisa. Foram excluídos da amostra os sujeitos que não demonstraram interesse em colaborar com a pesquisa, aqueles que se encontraram afastados, com licença ou com desvio de função e não estiveram desenvolvendo suas atividades regularmente.

As entrevistas foram agendadas e realizadas dentro da unidade de saúde, em uma sala reservada para que não houvessem interrupções. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas. Os áudios tiveram uma duração média de 50 minutos. . É importante destacar que as atividades na unidade de saúde só foram retomadas a partir do mês de março, devido ao período de greve que aconteceu no período de outubro de 2017 até março de 2018. Resultou um pouco difícil agendar entrevistas, já que as equipes de saúde estavam com muito trabalho acumulado do período da greve e organizando diversas estratégias para voltar ao território para acompanhar aos usuários. Foi essencial também procurar os momentos com menos carga de trabalho e mais tranquilidade dos ACS para realiza as entrevistas, por isso o acompanhamento constante no campo contribuiu para que muitos dos encontros individuais acontecessem com naturalidade.

O método da entrevista individual seguiu a proposta de Thompson (1992) que apresenta algumas ferramentas técnicas relacionadas ao modo de fazer a entrevista, considerando os sujeitos envolvidos, o planejamento da entrevista, os tipos de roteiros, os encontros, o aprofundamento das entrevistas, a postura do entrevistador, entre outros. Consideramos que esses aportes foram importantes para saber lidar com situações imprevistas durante os encontros com os ACS.

5.4.2.1 Caracterização dos sujeitos entrevistados

Neste estudo entrevistamos um total de 10 ACS nos meses de março e abril de 2018, na clínica da família Wilma Costa. Entre os ACS entrevistados, procurou-se

selecionar informantes de todas as equipes de saúde, com a finalidade de conhecer as diversas realidades nas quais atuam. Dos 10 ACS, 8 são mulheres e 2 homens. As idades dos informantes oscilam entre 23 e 52 anos. Com respeito à escolaridade, todos concluíram o ensino médio, quatro estão cursando atualmente algum curso técnico ou graduação, um informante tem ensino superior completo e outra ACS possui pós-graduação (especialidade em CTI). Além da profissão de Agente Comunitário/a de saúde, uma ACS é técnica de enfermagem e outra é enfermeira; no entanto todos os ACS atualmente só atuam como ACS nessa na unidade de saúde pesquisada. Segundo as informações fornecidas o tempo de profissão da maioria (excetuando aqueles que tem outra profissão) é o mesmo que o tempo de atuação na unidade de saúde; isto se justifica porque foram contratados na mesma época, alguns em setembro de 2016 e outros em outubro do mesmo ano. Foi possível perceber que alguns ACS atualmente estão procurando se aprimorar através de cursos na área da saúde, principalmente; só duas pessoas realizam ou realizaram algum curso em outra área. No quadro a seguir sintetizamos as informações sobre os sujeitos entrevistados:

Quadro 4 Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde entrevistados

Código Sujeito	Código Equipe	Idade	Sexo	Tempo de profissão como ACS	Tempo de atuação na unidade de saúde	Escolaridade	Informações Complementares
ACS 1	A	32	F	1 ano e 4 meses	1 ano e 4 meses	Ensino superior incompleto	---
ACS 2	G	24	F	1 ano	1 ano	Ensino superior incompleto	Graduação Pedagogia (em andamento)
ACS 3	F	42	F	1 ano e 4 meses	1 ano e 4 meses	Ensino Superior incompleto	Curso Técnico de Enfermagem (completo)
ACS 4	D	36	M	5 anos	1 ano e 6 meses	Ensino superior completo	Graduação Arquivologia (completo) e Graduação em Direito (trancado)
ACS 5	H	23	F	1 ano	1 ano	Ensino médio completo	---
ACS 6	D	35	F	1 ano e 4 meses	1 ano e 4 meses	Pós-graduação Lato Sensu	Graduação Enfermagem, com especialização em Terapia Intensiva
ACS 7	B	36	F	1 ano e 4 meses	1 ano e 4 meses	Ensino médio completo	---
ACS 8	F	39	F	1 ano e 4 meses	1 ano e 4 meses	Superior incompleto	Curso de Auxiliar em Saúde Bucal
ACS 9	A	27	M	1 ano e 6 meses	1 ano e 6 meses	Ensino médio completo	---
ACS10	C	52	F	1 ano e 6 meses	1 ano e 6 meses	Ensino médio completo	---

Fonte: elaboração própria, 2018.

5.5. PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados, adotamos a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2009), seguindo os critérios de categorização da informação e análise dos resultados. A análise de Conteúdo “se configura, como uma técnica objetiva, sistemática, cualitativa y cuantitativa que trabaja con materiales representativos, marcada por la exhaustividad y con posibilidades de generalización” (PORTA; SILVA, 2003, p.8).

Nesse sentido, Bardin (2009) propõe três passos cronológicos: a “pré-análise”, na qual se realiza uma breve leitura do material a ser analisado, a “exploração do material”, onde se estabelecem categorias a partir da saturação de respostas, e o “tratamento dos resultados, inferência e interpretação”, nos quais os resultados brutos sofrem um tratamento de modo que se tornam significativos.

A etapa de categorização neste método é considerada importante já que além de ser a mais antiga e utilizada, funciona de forma a partir do desmembramento do texto e reagrupamentos analógicos do conteúdo que geram unidades e categorias temáticas; assim: “Entre as diferentes possibilidades de categorização, a investigação dos temas, ou análise temática, é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos (significações manifestas) e simples” (BARDIN, 2009, p.153).

5.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

No que concerne aos aspectos éticos, o projeto de pesquisa foi submetido à Comissão Nacional de ética em Pesquisa (CONEP), via plataforma Brasil. A pesquisa foi aprovada pelos comitês de ética do Instituto Estudos e Saúde coletiva (IESC) da UFRJ com o parecer No: 2.581.913 e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Município do Rio de Janeiro sob parecer No: 2.691.752. **(Ver documentos comprovantes da aprovação no comitê de ética constam nos Anexos 1 e 2 da dissertação)**. Cabe destacar que o contato com os sujeitos participantes da pesquisa teve prévia autorização da coordenação da unidade de saúde. Além disso, foi fornecido o TCLE **(Ver Apêndice A)** a cada participante da pesquisa que especifica os aspectos mais relevantes da pesquisa, respeitando as disposições da resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Apresentamos os resultados em duas etapas. A primeira etapa refere-se aos dados coletados na fase etnográfica que foi desenvolvida em grande parte no momento anterior ao agravamento do período de greves e paralizações na unidade de saúde e portanto, refletem uma realidade particular. A segunda etapa refere-se aos dados coletados nas entrevistas, já num momento posterior ao período de greves, assim, com características próprias de um momento crítico específico que reflete certos pessimismos que contrasta com o cotidiano de trabalho acompanhado anteriormente.

6.1. NARRATIVAS DO COTIDIANO DE TRABALHO: UM OLHAR ETNOGRAFICO

A partir do dia 13 de março de 2017 iniciamos as visitas à Clínica da Família Wilma Costa mediante o contato com o projeto de pesquisa: “Formação de médicos na Atenção Primária” e o projeto de extensão: “Educação, Saúde e Cultura em Territórios da Periferia Urbana”. Foi possível nesse contexto da inserção inicial no campo, o estabelecimento do vínculo com os profissionais da unidade, especificamente dos Agentes Comunitários de Saúde. As principais ações que foram desenvolvidas durante o período de março até novembro foram: acompanhamento de visitas domiciliares médicas e de ACS, consultas médicas, reuniões de equipe, trabalho cotidiano do ACS dentro da clínica (acolhimento, atividades administrativas de registro), grupo de Bem-estar: “Fala que eu te escuto”, mobilizações, e algumas conversas preliminares com os ACS.

Considerando o trabalho dos ACS como um trabalho complexo, Galavote (2010) caracteriza o trabalho dos ACS como indefinido, porque é um trabalho construído na pluralidade, na diversidade de encontros onde ele afeta e é afetado por diferentes paixões, “O trabalho do ACS é em si potência, diversidade, indefinição, busca, rupturas, contratualidades e fugas” (p.94). Com essas perspectivas do trabalho do ACS, observamos diversos momentos do seu cotidiano de trabalho detalhados nas seguintes linhas.

6.1.1. Participação nos encontros do "grupo de bem-estar"

O grupo de Bem-estar é uma proposta de um grupo de médicos residentes da unidade. O objetivo do grupo é acolher e refletir junto aos usuários, diversos temas relacionados com sua saúde, através da construção de um espaço de escuta. Este grupo é permanente, coordenado por médicos residentes e acontece uma vez por semana. Foram acompanhados 10 encontros desde a criação do grupo. A experiência ainda encontra-se em construção e se fundamenta em conceitos da terapia comunitária e da abordagem dialógica de Paulo Freire.

A participação de alguns ACS no grupo foi importante para identificar o papel que desempenham nesses espaços. Ao longo dos encontros somente três ACS participaram dos encontros (dois participaram de três encontros, e um participou de todos os encontros). O ACS que participou mais, também ajudou na mediação do grupo, propondo atividades, dinâmicas de grupo, organização do grupo, etc.; teve um papel ativo e uma relação mais horizontal com os outros profissionais presentes nesse espaço. Nas discussões coletivas, a participação dos ACS também foi interessante. Nos primeiros encontros foi se estabelecendo um vínculo de confiança com os outros participantes do grupo, o que ajudou a criar um espaço onde os ACS compartilharam seus problemas pessoais, mostrando que alguns deles enfrentam problemas de depressão e outras dificuldades que interferem no seu trabalho (algumas vezes seu trabalho é um lugar para escapar dos problemas familiares, outras vezes é a profissão que foi possível fazer mas tem uma história de sonhos frustrados). Outros profissionais como médicos residentes também compartilharam algumas experiências pessoais. Foi interessante olhar nesses momentos o caráter híbrido do ACS, apresentando-se como o profissional de saúde e ao mesmo tempo membro da comunidade, um usuário do serviço de saúde que frequenta o grupo também para ser ouvido.

O grupo é diverso e está formado por mediadores (médicos residentes, enfermeiros, Agentes Comunitários) e participantes (usuários e público em geral), às vezes esses papéis se invertem. Os encontros se organizaram em três momentos: momento inicial, momento de discussão e momento final. No primeiro, os ACS participaram como mediadores no acolhimento dos usuários, no segundo, ouviram as sugestões dos participantes sobre as regras criadas pelo grupo, eles sugeriram temas

e compartilharam suas experiências pessoais; e no ultimo, realizaram dinâmicas de finalização do encontro.

Esse protagonismo do ACS como articulador que vai além das ações preventivistas esperadas na unidade de saúde, refletem o potencial do papel desse ator como educador em saúde. Nessa linha Fonseca AF (2013) firma que as práticas dos ACS na sua relação com os serviços de saúde e comunidade, caminham às vezes enfatizando práticas mais clínicas e epidemiológicas; e outras vezes, priorizando seu papel de mobilizador social e educador em saúde numa perspectiva emancipatória.

Depois dos 10 encontros percebeu-se algumas mudanças e algumas dificuldades. O espaço construído pelo grupo foi percebido pelos participantes como um lugar de escuta real das dificuldades das pessoas, de acolhimento de sentimentos, pensamentos e emoções; situação que só foi possível no decorrer dos encontros, na medida em que o grupo foi se consolidando. Nesse processo de escuta os ACS também mostraram mudanças e um estreitamento dos vínculos profissionais e pessoais com os usuários e com os outros profissionais de saúde (médicos, enfermeiros), no entanto o mais importante foi perceber a necessidade de também compartilhar suas dores e sofrimentos com os seus parceiros da comunidade e seus colegas de trabalho. Esse momento foi um exercício de catarses desses profissionais.

As questões emocionais observadas, refletem como os ACS procuram espaços para exteriorizar suas emoções e situações complexas da sua vida pessoal e profissional, que nos mostram também as difíceis condições de saúde e vida dos ACS. Ferreira (2016), no seu estudo sobre qualidade de vida de Agentes Comunitários evidenciou que a categoria “ambiente” foi a que menos valorização teve na aplicação do questionário Whoqol-Bref. O ambiente nesse estudo também se refere ao ambiente de trabalho e para a autora, são as condições de trabalho inadequadas relacionadas com os aspectos citados podem gerar situações que prejudiquem a saúde e qualidade de vida do ACS.

6.1.2. Ações de acolhimento dos usuários na unidade de saúde

Na unidade de saúde existe uma área na entrada da unidade denominada “sala de acolhimento”. Ali se encontram localizados 8 computadores identificados com o nome de cada equipe e onde um ACS de cada equipe recebe aos usuários de sua

área de abrangência. Cada equipe se organiza para colocar um ACS no acolhimento no período da manhã e outro à tarde, assim existe uma escala de revezamento. O número de pessoas atendidas diariamente tem uma média de 30 usuários por equipe de saúde.

Esta sala de acolhimento é o primeiro espaço de entrada dos usuários na unidade. Foi identificado que neste momento os agentes realizam as atividades de: escuta, identificação do problema ou situação de saúde dos usuários, encaminhamento da demanda, registro ou atualização de informações (cadastro temporário ou definitivo, inserção dos casos nos sistemas informatizados). As demandas que se apresentam para os ACS durante o acolhimento são muito diversas e não todas são encaminhadas para atendimento médico, porém os ACS se enfrentam a essas questões diariamente, gerando uma sobrecarga emocional que nem sempre é percebida pelos ACS dessa forma.

No acolhimento os ACS, a partir das informações fornecidas pelos usuários e a consulta dessas informações (via planilha eletrônica) com os médicos, se encaminham ou não aos usuários para a consulta médica. Este momento de resposta ao usuário evidenciou-se como muito importante para os ACS, já que o “não” acaba afetando seu trabalho na hora de visitar esses usuários nas casas. Além disso, o ACS tem outras demandas que são encaminhadas diretamente para outros setores da unidade: sala de vacinas, puericultura, sala de observação, sala de curativos, odontologia, administração. E simultaneamente, os agentes tem que atualizar os dados dos usuários em diferentes sistemas informatizados como: PRIMESAÚDE, SUBPAV.

O acolhimento aparece como um momento muito agitado dentro da unidade de saúde. Os ACS continuamente estão se movimentando de um lugar para outro, perguntando para os outros profissionais (enfermeiros, principalmente) sobre os casos que chegam à unidade, procurando resultados de exames, etc. O clima de estresse é muito frequente devido à alta e variada demanda que recebem diariamente.

Para compreender essa dinâmica Santos (2015) explica que no momento do acolhimento existe uma multiplicidade de atribuições que exerce o ACS, e especificamente no município do Rio de Janeiro, isso gera um ritmo intenso de

trabalho, que somado com as dificuldades e falta de clareza dos limites nessa atividade, geram um processo de precarização do trabalho.

A quantidade e diversidade de atribuições estipuladas na legislação para os ACS, mostram as condições às quais são submetidos sem uma orientação mínima adequada para o desenvolvimento das mesmas, e ainda as modificações normativas sobre as suas funções, complexificam e/ou distorcem mais o trabalho do ACS. Apesar dos desafios do acolhimento, para alguns ACS esse momento significa:

“uma porta de entrada, ponte entre usuário e os médicos, onde se conhece os tipos de demanda que entram na unidade de saúde (urgências ou não), pelo acolhimento se conhecem os usuários, no acolhimento se conhecem aos usuários mas também aos colegas de trabalho (ACS), pessoas aptas ou não para tratar aos usuários, é uma forma de chegar até eles, também é uma escuta inicial e o objetivo é dar uma resposta imediata. É possível no acolhimento resolver alguns problemas”

“escutar para abraçar, escutando é que a gente resolve”

(Fonte: Registro do trabalho de campo. Depoimentos de duas ACS registrados numa reunião de equipe em 25-07-2017)

Percebe-se uma dimensão mais humanizada na percepção sobre o acolhimento por parte dos ACS, e enfatizam a relevância desse momento para o sucesso ou não do atendimento, assim como para estreitar vínculos com os usuários. E a pesar de ter uma visão limitada do seu papel de serem uma ponte de acesso entre os usuários e os médicos, valorizam a sua capacidade de escuta o seu esforço por resolver as demandas da população já nesse primeiro contato do usuário com a unidade de saúde.

O trabalho do ACS no acolhimento apresenta contradições, se por um lado são diversas funções que realizam e sentem um grande estresse, por outro, consideram necessário esse momento para o “sucesso” do atendimento. Assim, não é valorizado o processo de trabalho, e sim os resultados.

6.1.3. Atividades e interações na “Sala dos Agentes”

A sala dos ACS é um espaço específico onde os ACS organizam seu processo de trabalho dentro da unidade. A sala está equipada com 8 computadores, armários, mesas, cadeiras e uma fotocopiadora. Os ACS chamam esse local como: “cadastro” porque ali registram informações de todas as atividades (prescritas) que realizam. No entanto, esta sala tem múltiplos usos: é um espaço onde os ACS compartilham

informações, se reúnem, almoçam, organizam suas atividades, atendem aos usuários (às vezes os ACS atendem a alguns usuários nessa sala fornecendo algumas orientações sobre o cadastro na unidade, realizações de exames, realização de cartão SUS, etc).

Também foi observado que a relativa autonomia dentro da sala permite que se organizem como categoria, mas o espaço também é frequentado por outros profissionais: médicos residentes e alguns enfermeiros. Também, apesar de ser uma sala para 40 ACS, eles se organizam para que o espaço se torne um lugar sossegado para seu trabalho, e considerando que cada ACS teoricamente desenvolve essas atividades administrativas duas vezes por semana (dois turnos de cadastro e dois turnos de acolhimento).

A lógica gerencialista inserida na Atenção Primária opera claramente neste momento no processo de trabalho. Os ACS que estão no turno de “cadastro” geralmente estão inserindo no sistema informatizado as visitas domiciliares que já realizaram. Assim, especificamente, as principais ações formais observadas foram: cadastro de usuários, atualização de informações dos usuários, acompanhamento de gestantes, hipertensos, diabéticos, crianças, programa bolsa família, acamados; todos eles através de sistemas informatizados do ministério da Saúde e da Organização Social de Saúde (OSS) VivaRio. Esta forma de organização do trabalho baseada no gerencialismo (BALL, 2005) flexibiliza as funções ou atribuições dos profissionais, e os ACS acabam sendo absorvidos por esta lógica, e na prática gera desvio de função.

Esse é o momento de inserir a “produção” para no final do mês “bater as metas” exigidas para cada equipe de saúde, que são acompanhadas e avaliadas pelos enfermeiros de cada equipe e supervisionados pela gerencia da unidade. Cada ACS realiza uma certa performance do seu trabalho para medir sua produtividade. A performatividade como tecnologia política definida por Ball (2005), seria neste contexto uma forma de controle dentro do novo gerencialismo, onde valores do privado são inseridas no público e os profissionais passam por uma remodelação de acordo aos objetivos da instituição onde trabalham.

A respeito desse administrativo do ACS, o estudo de Andrade (2013) nos alerta que :

“O perfil comunitário do ACS, que poderia incluir aspectos como a identificação com a comunidade, a liderança e a solidariedade, na prática, perde sua potencialidade e seu fundamento ao ser capturado por um trabalho que prioriza os aspectos individuais e burocráticos, evidenciando as contradições de tal trabalho” (p.146).

Essa captura do trabalho dos ACS para a produção e a valorização de atribuições burocráticas, além de gerar contradições no trabalho, estaria relacionada com o processo de acomodação ao sistema apontado por Giroux (1985), ou seja, da reprodução do modelo hegemônico assistencial da saúde.

Na sala dos ACS, também se estreitam vínculos que vão além do ambiente de trabalho, os vínculos de amizade se fortalecem. Em momentos onde a unidade recebe pouca demanda de atendimentos, esse lugar é ressignificado para se reunir, estabelecer acordos de encontros fora da unidade de saúde, almoçar em grupo, etc; quer dizer, ali desenvolvem ações não prescritas no trabalho. A sala dos Agentes se constrói como um espaço de fortalecimento de vínculos, de autonomia e de empoderamento como categoria profissional.

As nossas observações mostraram que existe uma micro organização do trabalho dos ACS, facilitada a princípio pela disponibilidade de um espaço onde as interações entre eles se fortalecem, mas alicerçada pela convivência; e o trabalho que realizam como grupo ou equipe extrapola as relações formais de equipe de saúde, e se ampliam e funcionam em paralelo como uma equipe informal que se constitui a partir de uma identidade entre seus membros dada pelas situações de trabalho e pela vivência social.

A criação de esses micros espaços de organização do trabalho e os laços estabelecidos poder-se-iam considerar como formas de resistência às estruturas dominantes. Aqui concordamos com Giroux (2016) quando menciona que além de reconhecer as lutas sociais, de classes e de diversos grupos oprimidos como formas legítimas de resistência, defende os espaços micros, do fazer cotidiano onde a resistência tem lugar. No caso, podemos trazer essa visão para a área de saúde e valorizar estas formas de organização como potenciais formas de resistência.

6.1.4. Visitas domiciliares com membros da equipe técnica (médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de saúde bucal, técnicos de enfermagem)

No acompanhamento de visitas domiciliares médicas, estas foram realizadas com médicos residentes, médico-preceptor e ACS. Nas visitas com médicos residentes e ACS a relação entre profissionais foi de colaboração ainda que mantinham uma relação de hierarquia entre profissões. As visitas com médicos preceptores foram mais extensas e a participação do ACS foi quase nula; porém, é preciso entender o porquê disso.

Antes de realizar a visita, os médicos solicitavam aos ACS informações sobre o caso que teriam que visitar (exames, contexto familiar, etc.), porém, durante a visita médica os ACS tiveram poucos momentos para intervir e na maioria de vezes seu papel se limitou a ser informantes de alguma situação específica do usuário ou da família. Ainda que os ACS facilitem o acesso ao território e nas casas dos usuários, eles têm um papel mais de observador do atendimento médico.

No estudo de Meira (2008), na visão dos profissionais de saúde o trabalho dos ACS é transmitir informação de saúde à população. No entanto, Meira destaca a função de comunicação como uma questão importante no trabalho do ACS. O fato do ACS conhecer a realidade do território é primordial para o acesso dos outros profissionais na comunidade e dos usuários com os serviços de saúde.

As relações de poder entre as profissões resultam evidentes em algumas visitas. O papel do ACS como informante durante a visita demonstra o poder simbólico de um modelo médico hegemônico e cuja relação de poder encontra-se internalizada pelos sujeitos, inclusive pela população quem legitima essas relações. No entanto, foi identificado pelos próprios agentes que esse momento de atendimento médico no domicílio é muito importante para a população, pelo que entendem que sua função ali é apoiar e dar o protagonismo à consulta que é um momento privilegiado que tem a comunidade. Assim, não sempre eles se vêm em desvantagem ou inferiores aos outros profissionais de saúde que participam da VD.

Percebe-se que em geral os profissionais de saúde e a comunidade tanto no estudo de Andrade como nas nossas observações realizadas, mantém uma visão biologicista do trabalho dos ACS e estes apesar de conceber em alguns momentos

ações diferentes, muitas vezes no cotidiano acabam absorvidos pelas atribuições “prioritárias”. Dessa forma encontra-se legitimado o silenciamento dos ACS nos momentos de visita domiciliar com a equipe técnica, já que se estaria dando importância ao atendimento médico em si. No entanto, é entendido de forma clara a relevância de que a comunidade precisa também desses momentos mais biologicistas e de presença do médico nas casas dos usuários; e não por isso o trabalho dos ACS é menos importante, ao contrário, é através deles que é possível a aproximação da comunidade com os diversos serviços de saúde.

O trabalho do ACS apresenta diversas contradições, justaposições e muitas dificuldades, porém, Giroux (1985) nos diz que é justamente num contexto relações de poder assimétricas onde operam as noções de conflito e a resistência. E ainda adverte que é preciso perceber os campos de resistência complexos e criativos muitas vezes expressado em práticas mediadas pela classe, a raça e o sexo.

6.1.5. Visitas domiciliares com Agentes Comunitários de Saúde

As visitas domiciliares foram identificadas como uma das principais atividades do ACS, ao igual que em outros estudos (MEIRA, 2008; MOROSINI; FONSECA, 2018). As atividades formais realizadas durante a VD foram: cadastro, identificação de casos, acompanhamento de grupos específicos, entrega de exames, entrega de medicamentos, entrega de SISREG, orientação, escuta ativa, entre outras.

Nas visitas domiciliares os ACS estabelecem um vínculo mais estreito com a comunidade e têm a satisfação do retorno positivo sobre seu trabalho. Porém, existem situações que dificultam seu trabalho, como quando as pessoas negam a visita, se recusam ao cadastro ou negam informações. Outra situação é quando são abordados frequentemente pelos usuários na rua; assim, é observado que os limites dos horários e das atribuições do trabalho do ACS também não são entendidos pelos usuários, os mesmos que esperam uma resposta imediata dos ACS.

Seguindo esse contexto observado no campo, Galavote (2010, p.91) explica: “O que existe é uma lacuna entre um perfil esperado pelas leis que regulamentam a profissão e o ACS real, protagonista singular no campo da produção do trabalho”. Portanto, entende-se que existe um distanciamento entre o que se espera do trabalho do ACS colocado nas suas atribuições, funções, etc.; e o terreno complexo com o

qual interage cotidianamente. Nas visitas ao território os ACS recebem uma gama diversa de demandas, e suas funções nesses cenários frequentemente extrapolam o prescrito na norma.

Nesse sentido, concordamos com Galavote (2010) ao desconstruir a visão do ACS com qualidades natas que são requeridas na sua profissão, o “perfil” que deve ter; uma vez que este enfrenta constantemente realidades complexas e diariamente constrói seu processo de trabalho com certo grau de liberdade, sendo este protagonista do seu trabalho. Por isso é importante ter claro que o ACS está constantemente construindo e resignificando o seu trabalho, apesar da lacuna que existe entre o que é esperado por ele tanto da unidade como da população e o que ele é e cotidianamente.

6.1.6. Reuniões de equipe

Dentro da unidade de saúde este é um momento onde as equipes se reúnem para discutir diversos temas sobre o trabalho dos profissionais. Embora nas reuniões cada equipe considere uma pauta mínima já preestabelecida - informes da semana, Visitas domiciliares, relato e discussão de casos complexos -, cada uma organiza seu trabalho de forma diferente. Ainda que se observa certa autonomia nesse momento e se resignifique constantemente, também é controlado através de cadernos de atas e registro da atividade no sistema de informação.

Cabe ressaltar que dependendo de quem coordena a reunião de equipe, esta adota enfoques diferentes. Por exemplo, numa reunião coordenada pela enfermeira da equipe o foco foi discutir casos complexos, informar aos ACS como devem atuar em algumas situações específicas e discutir a produção da unidade; em outra reunião coordenada pelo médico residente o foco foi discutir as visitas domiciliares dos ACS e as VDs, as reuniões coordenadas por médicos preceptores foram mais extensas e se abordaram questões sobre o trabalho de cada integrante da equipe, aprimoramento de ACS sobre algum tema específico, discussão de casos relatados, organização do trabalho da equipe, etc.

A reunião de equipe mostrou-se como um momento de troca de saberes e afetos, mas também como o exercício na prática de um ou mais modelos de atenção

à saúde (predominando uma visão biomédica da saúde), além de relações de poder entre categorias profissionais.

Nas reuniões de equipe acompanhadas, mostraram-se como momentos muito importantes para os ACS; neles os ACS esclarecem dúvidas, relatam suas visitas domiciliares, junto com os outros integrantes da equipe são discutidas as estratégias para resolver os casos que precisam de uma intervenção mais específica. Alguns momentos as reuniões se equipe foram percebidas como um espaço para se integrar como grupo, de compartilhar experiências além do trabalho cotidiano.

6.1.7. Reações dos ACS frente à precarização do trabalho no SUS

Um período importante registrado nas observações de campo foi a mobilização dos profissionais como coletivo frente às ameaças de desestruturação da Atenção Primária no município. O mês de agosto do 2017 iniciou um período prolongado de mobilizações e greve presencial (a partir de outubro) até o mês de março de 2018. Esta situação tem um contexto político muito importante no marco dos retrocessos em matéria de políticas sociais no país. A crise econômica e política do Brasil somada a outros fatores locais no Rio de Janeiro em relação ao financiamento das clínicas da família desembocou no corte de verbas na área da saúde. Além disso, as discussões sobre a nova PNAB e a sua aprovação em 2017, trouxe o aumento de insatisfações sociais dos profissionais de saúde, intensificando as mobilizações.

Esse cenário iniciou a partir da ameaça de fechamento das clínicas da família e demissão de profissionais de saúde da Atenção Básica no município, em agosto de 2017. Na unidade de saúde Wilma Costa os profissionais de saúde colocaram-se contra a diminuição e corte dos recursos que ameaçam o modelo de saúde da família; e à implementação da nova PNAB. Assim, toda a clínica organizou-se para realizar atividades como: caminhadas, mobilização pela rádio, elaboração de cartazes, conversas de sensibilização com os usuários, difusão pelas redes sociais, abaixo assinados, megafone. Uma estratégia interessante que também foi desenvolvida nesse período trata-se das mobilizações no território, especificamente dos ACS fazendo divulgação com a população sobre a situação atual da unidade e dos motivos da greve; ação que era desenvolvida quando o ACS visitava a sua micro área para acompanhamento de casos específicos durante a greve. Aqui podemos reafirmar o

papel mobilizador, articulador do ACS, sua capacidade criativa nas propostas de estratégias de mobilização e de organizar-se coletivamente.

Os Agentes Comunitários protagonizaram as atividades de luta, junto a técnicos de saúde bucal e auxiliares de enfermagem; no entanto algumas categorias profissionais de médicos e enfermeiros tiveram pouca participação. Durante as primeiras mobilizações também percebemos que muitos dos agentes não compreendiam bem o sentido da mobilização, situação expressada no desânimo e cansaço dos profissionais no final da manifestação.

A partir do mês de outubro surgiram novas demandas: atraso de salários e a falta de medicamentos e outros insumos na clínica da família. Nesse cenário; médicos, enfermeiros, e outros profissionais da atenção básica entram em greve ao nível municipal e continuaram as manifestações, protestos, etc. Os ACS foram os últimos que entraram em greve, respaldados pelo Sindicato municipal de ACS no Rio de Janeiro (SINDACS-JR) em novembro de 2017. Vejamos que a construção de espaços de resistência não só aconteceu nos coletivos ou como categoria profissional organizada, mas também no espaço micro de sensibilização com os usuários, que foram parte das atividades de greve, mas que poderiam ser potencializadas no intuito de *empoderar* a população na luta pelos seus direitos. Esses pequenos atos revelam formas de crítica e enfrentamento não só à gestão municipal pelo corte de orçamento, salários, etc; mas a todo um modelo que aponta na desestruturação do sistema de saúde. Para Giroux (1985), esse questionamento do modelo hegemônico e a luta contra a dominação e a submissão que essas ideologias exercem, consideram-se ações de resistência. Além disso o caráter criativo do ACS de luta em alguns momentos tanto do seu cotidiano de trabalho como nos momentos coletivos de mobilizações, nos permitem identificar não só um mero comportamento de oposição, mas um desejo de transformação social; ou seja, de emancipação do seu trabalho.

A greve presencial assumida pelos ACS, gerou incomodidades dentro da unidade, devido às discrepâncias sobre as funções que cada categoria teria que assumir nesse período e as atividades que continuaram desempenhando normalmente num primeiro momento para cumprir as metas e alimentar os sistemas informatizados. Assim, foi importante perceber que o fato de eles serem contratados interfere nessa autonomia para fazer greve e não alimentar o sistema. O medo de

serem demitidos sempre fez com que eles registrem todas as ações que realizaram durante a greve, mas não sempre informando de tais ações à gestão, isso foi dependendo das estratégias que foram construindo ao longo do período da greve.

Diante todos os momentos vivenciados junto aos ACS, é possível pensar em caminhos para a ressignificação do trabalho dos ACS, à luz da resistência no contexto das reformas neoliberais contemporâneas. Nos apoiando em alguns autores, para Ferreira (2016), são necessárias, além de ações políticas que melhorem as condições de trabalho e de vida dos ACS, criar espaços de diálogo para que possam ter voz, e respeito às suas demandas, o que poderíamos chamar de espaços de empoderamento. Uma das situações mais **valorada como positiva no percurso da pesquisa em campo, foram os momentos de escuta e os espaços de diálogo que se construíram junto com os ACS**, por tanto, é um ponto importante que poderia ser reforçado.

Por outro lado, alguns autores como Andrade (2013) discute teoricamente o processo de trabalho dos ACS e afirma que é necessário mudar a estrutura do programa ou estratégia. Além disso, enfatiza o papel político do ACS e a reorientação do modo de fazer desses trabalhadores, no sentido de procurar realizar práticas mais comunitárias, questionando suas práticas vigentes e lutando pelos direitos da sua comunidade, da qual eles são também moradores. Nesse sentido, talvez um passo importante para a resistência política seja retornar aos movimentos que lutam pelas melhores condições dessa profissão e discutir quais são os sentidos, significados, etc. do seu trabalho.

Os resultados nos mostraram as diversas formas de agir dos ACS no seu cotidiano de trabalho, às vezes reproduzindo condições de trabalho precarizadas e outras vezes criando espaços de resistência seja nas micro relações interpessoais, ou como coletivo organizado na ação política. No entanto, esse cenário é dinâmico, e está marcado por diversas tensões que trazem repercussões que vão além do trabalho, ou seja, na própria vida dos ACS.

O caráter inventivo e criativo como aspectos a serem considerados em possíveis ações de resistência, caracterizam o agir do ACS no seu cotidiano de trabalho. Assim, percebemos que nos espaços de grupos como nos movimentos

coletivos de protesto assim como nos lugares se interações interpessoais entre profissionais de saúde e entre eles e os usuários, destaca-se o papel articulador, mobilizador e de educador em saúde do ACS.

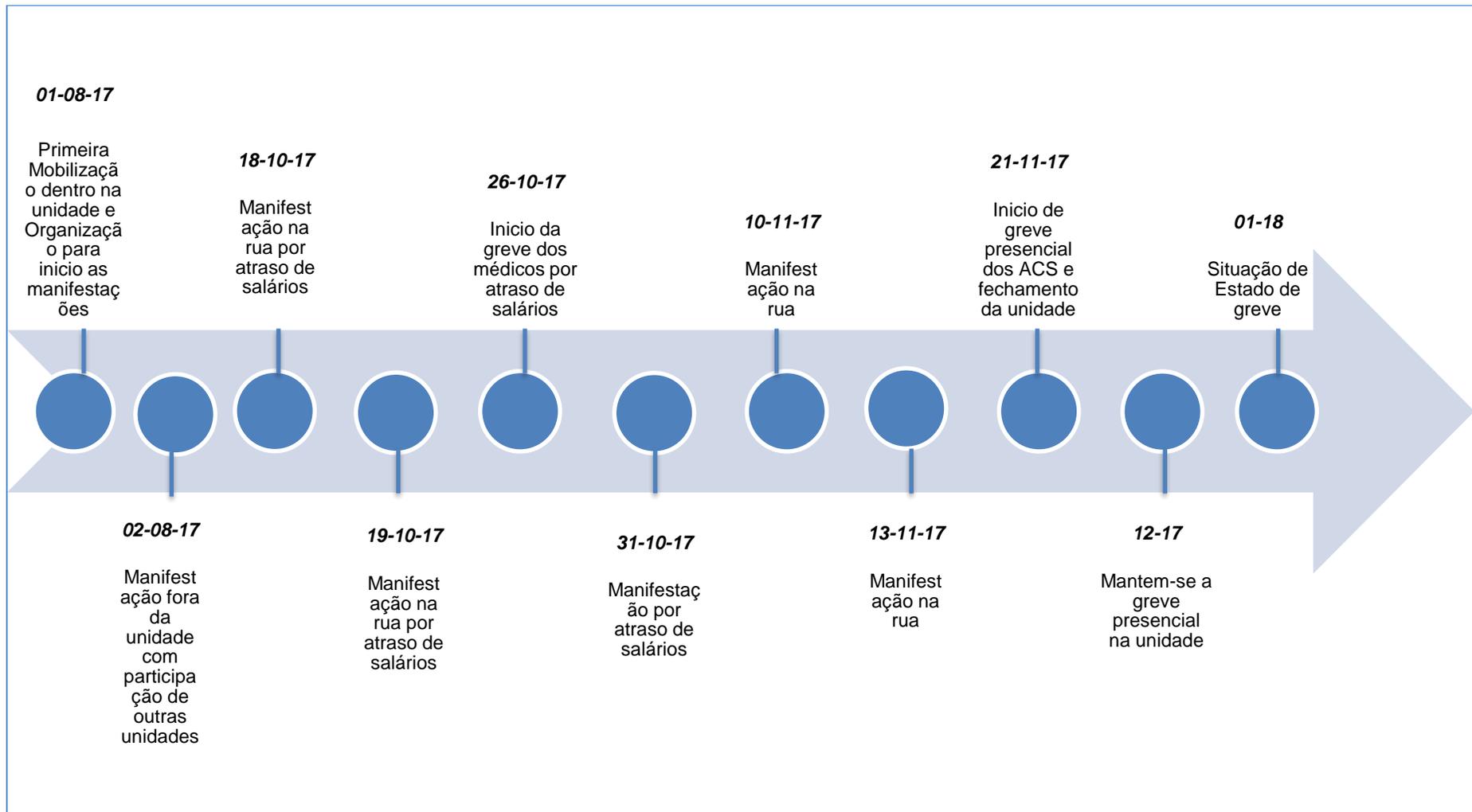
O ACS é um exemplo vivo de como a população pode se empoderar e emancipar para a luta dos seus direitos respeito à sua saúde individual e coletiva, e na procura de uma forma de fazer saúde mais justa e equitativa. No entanto precisamos dar protagonismo a esses atores e olhar mais para as relações intersubjetivas que permeiam o trabalho árduo desses profissionais.

Seguindo a linha teórica de Giroux (2004), não podemos acreditar na falácia de que tudo é dominação e reprodução do modelo hegemônico, porque estaríamos ignorando as possibilidades de lutas e contradições que existem nas diversas estruturas da sociedade. Assim, para pensar em alternativas de resistência pautadas num caráter emancipatório, temos que acreditar, valorizar e apoiar mais o papel dos ACS. Considero muito importante o potencial e a força de luta e mobilização desses profissionais, sendo trabalhadores da comunidade onde residem é interessante pensar em ações de Educação Popular em Saúde, numa perspectiva emancipadora. E como aponta Vasconcelos visar a democratização radical da vida social, a partir de uma verdadeira participação social, que embora pareça uma utopia, esta pode se dar através de formas dialogadas e participativas de relação com a população.

Talvez em momentos de crise como o que vivemos hoje, como academia também nos caberia o papel de nos aproximar mais da população, dos movimentos sociais de forma humilde e aprender dos seus processos de luta, de resistência, como aconteceu na época da Reforma Sanitária. Olhar para o passado e resgatar as experiências que deram sucesso, também é uma possibilidade de encontrar novos caminhos para a transformação social.

A continuação, e a título de ilustração, apresentamos uma figura esquemática com o percurso das mobilizações, manifestações e greve acompanhada durante a fase exploratória desta pesquisa. Cabe mencionar que esse período de greve finalizou em março de 2018 com o pagamento em dia dos salários dos profissionais das unidades de saúde da família no Rio de Janeiro.

Figura 6. Linha do tempo com o histórico das manifestações e mobilizações dos ACS no período de agosto de 2017 a janeiro de 2018



Fonte: elaboração própria, 2018.

6.2. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS COM AS/OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Segundo a análise de conteúdo de Bardin (2009), desenvolvemos as seguintes etapas para a análise das entrevistas: a) pré-análise, b) exploração do material; c) tratamento dos resultados; d) análise, inferência e interpretação.

Na fase de pré-análise inicialmente foi organizado o material empírico. Foi realizada a leitura flutuante de todas as entrevistas já transcritas, com o objetivo de nos aproximar ao material; depois disso tivemos que selecionar o material a compor nosso corpus de análise, assim, consideramos que todas as transcrições seriam utilizadas como corpus devido à sua pertinência e representatividade com a pesquisa. Em seguida, organizamos as entrevistas, padronizando o material para facilitar a análise (edição, formatação e codificação).

A seguinte fase foi a “exploração do material”, onde realizamos a identificação das unidades de registro, que neste caso foram diversos temas-chave/ideias centrais das entrevistas. Realizamos então a codificação do material que consistiu na categorização segundo as ideias centrais (unidades de registro) identificadas nas falas dos sujeitos. Uma vez classificadas as falas, estas foram reagrupadas para organizá-las em descritores que compõem as categorias empíricas.

Quadro 5 Síntese das categorias empíricas e seus descritores

CATEGORIAS EMPIRICAS	DESCRITORES	RESUMO DAS CATEGORIAS
DESAFIOS DO CONTEXTO NEOLIBERAL	Críticas às reformas neoliberais e ao desmonte do SUS	Reflexões sobre o Panorama atual sociopolítico, trazendo percepções sobre a gestão da saúde, a atenção primária, saúde da família e o desmonte do SUS.
	Falência do modelo gerencial por organizações sociais	
A QUESTÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL	Curso Introdutório e aprendizado na prática	Se apresentam percepções sobre as fragilidades da formação inicial, especificamente sobre o curso introdutório oferecido; depoimentos sobre experiências e interesses de formação, além de uma visão sobre a formação do ACS na prática cotidiana.
	Potencialidades e necessidades de formação	
CONDIÇÕES DE TRABALHO	Processo de trabalho e a práxis cotidiana	São mencionadas potencialidades e dificuldades no trabalho, se descreve o cotidiano de trabalho, e se destaca as condições de trabalho vivenciadas no momento de greve.
	Intensificação e precarização do trabalho	
	Relações interpessoais no trabalho	
SUBJETIVIDADE NO CONTEXTO DE TRABALHO	Satisfação de ser ACS: reconhecimento do trabalho	No cotidiano do trabalho são apontados os sentimentos positivos e negativos dos ACS ao lidar com a complexidade da realidade onde trabalham, se ressaltam momentos de vínculo com os usuários, e emoções e sentimentos sobre o “ser ACS”
	Sobrecarga do trabalho e sofrimento	
	Momentos coletivos e de suporte emocional	
PRÁTICAS POLÍTICAS DE ACOMODAÇÃO E RESISTÊNCIA	As dificuldades de mobilização e organização política	São explicadas as formas de organização da categoria profissional, estratégias de luta na reivindicação de direitos e os seus impactos positivos e negativos no trabalho e na vida dos ACS.
	Reivindicações dos ACS	
	Mobilizações: estratégias de enfrentamento e risco de armadilhas	

Fonte: elaboração própria, 2018.

6.2.1. Desafios do Contexto Neoliberal

6.2.1.1 Críticas às reformas neoliberais e ao desmonte do SUS

Uma das primeiras críticas ao modelo neoliberal colocada pelos ACS é o modelo de gestão por Organizações Sociais de Saúde (OSS), que no Rio de Janeiro foi utilizado na expansão da cobertura de serviços de saúde, embora isso não tenha sido tão alentador para os trabalhadores da atenção primária, como é o caso dos ACS, já que as suas relações de trabalho e a sua autonomia via-se afetada. Sobre a expansão da cobertura, a implantação da organização por OSS representa para eles uma medida paliativa e a curto prazo frente à grande problemática da situação da APS no município. Os ACS colocam,

Às vezes eu acho que eles preferem que se implante o caos para depois apresentar medidas paliativas pra dizer “viu como eu resolvi” acho muito proposital, [ACS4].

A OS na expansão em relação a saúde primaria do Rio de Janeiro deve-se à OS porque devido a essa peculiaridade de eu já ter uma folha superlotada, eu tenho que expandir sou cobrado pelo ministério da saúde (se refere à prefeitura), qual a ideia de gênio que tiveram? Vamos contratar organizações sociais que eles assumem a função aqui...e posso expandir a rede, [ACS4].

Com a saúde hoje no Brasil em âmbito público e eu espero que permaneça até a minha última geração; pegar e entregar para o setor privado é me ver como número, é uma pena...saúde no Brasil sendo pública depende muito do âmbito político pessoas comprometidas independente se é esquerda, direita, centro ou extremista normalmente eles usam como moeda de troca; não querendo apontar partido político mas a gestão atualmente é feito por pessoas que não são da área, são leigas, são apenas cargos, espero que um dia não sei se essa eleição que ocorre este ano, o cenário não é nada bonito pra qualquer lado que aponte não vê pessoas que inspire segurança...é bem complicado!. mas se depender de nós que estamos na base continuaremos levantando a bandeira da saúde até onde derem nossas forças se Deus permitir. [ACS4]

É apontada a privatização dos serviços de saúde como uma questão preocupante cujo interesse é a produtividade, mas não a melhoria da saúde da população em geral, muito menos daquela mais vulnerada. Essa forma de fazer gestão está relacionada com a situação política e econômica do país, onde, ao igual que no município existem interesses, escassa vontade política de governar para melhorar a saúde pública e pouco conhecimento técnico sobre o tema. Dialogando com Ball (2001), as reformas neoliberais apresentam essas características e utilizam

tecnologias políticas como o gerencialismo e a performatividade para gerar novas formas de trabalho e novas subjetividades dos trabalhadores. A nova gestão pública, ou esse novo gerencialismo incorpora técnicas do setor privado para o setor público. Esse modelo gerencial difunde a terceirização da gestão mediante OSS, organizações que destacam o incentivo por performances, prevalecem os resultados, metas e indicadores a ser alcançados (MOROSINI; FONSECA, 2018). A implantação desse modelo legitima a valorização de dados mensuráveis em detrimento de cuidados integrais de saúde da população.

Além da crítica ao modelo de gestão predominante na APS no município analisado, os ACS rejeitam a atitude de descaso do governo nas diferentes esferas. O investimento público em políticas sociais como a saúde não representa ganancias lucrativas para os governos atuais,

e aí é difícil você saber que tudo isso é uma questão política. Eu acho que é extremamente desumano. Quando você governa um estado, uma cidade, um país, você está ali pro bem do povo né? Próprio pro povo, e você... É difícil é, mas cara... Se você tá ali empenha-se pra fazer o seu melhor e seja justo, seja humano, sabe? [ACS5]

Infelizmente nós sabemos que o grande problema de todo, de tudo que tá acontecendo é a corrupção. Porque se não houvesse tanta corrupção não haveria tanto desfalque, tanta falta na saúde de medicamento, de salário, de profissionais, entendeu? Então infelizmente tudo no Brasil, a crise muito grande que nós temos em relação à corrupção, entendeu? [ACS7]

A crise na saúde está relacionada com a crise de corrupção no país, segundo nossos participantes. O sistema neoliberal não está dando conta da crise que tem gerado reformas em saúde muito turbulentas e a favor dos interesses privados. Nesse contexto é importante não só o posicionamento, mas também a participação da população nas lutas dos setores sociais que resistem ao modelo hegemônico opressor. Uma ACS nos alerta que para isso é importante ter cidadãos conscientes da situação e tomar ações concretas.

Eu acho que falta muita consciência, né. Muita consciência. E aí pra educação por trás disso dinheiro, aí não...Falta né? e aí ela é, como posso te dizer? Me fugiu a palavra. Mas a educação é muito maltratada, justamente com essa intenção, da maioria da população não ser consciente mesmo. Não enxergar o que tá acontecendo. As pessoas estão mais preocupadas com o Big Brother. [ACS1]

Há uma ausência de educação em saúde questionadora, porque a lógica do gerencialismo está pautado em outros valores; seus principais interesses são cumprir

metas, melhorar desempenhos, ser eficientes, etc. Assim, há poucos espaços para refletir ou questionar esse paradigma do setor privado, sendo o modelo gerencial implantado o que influencia na “pouca participação” dos profissionais de saúde e da população, na resistência às políticas neoliberais.

Num olhar histórico se reconhecem os avanços no setor, porém se denunciam os retrocessos gigantes que vêm acontecendo no país, e especificamente no Rio de Janeiro onde a situação parece agravar-se.

A desestruturação dos serviços públicos de saúde vem em aumento e o chamado “desmonte do SUS” é percebido pelos ACS não mais como uma ameaça, e sim como uma realidade no seu cotidiano de trabalho,

*Exatamente, eu acho que é um retrocesso sem tamanho que a gente tá vivendo. Acho que nosso país sempre foi malgovernado, mas acho que escolheram a dedo as pessoas pra prejudicar o país em si, porque tá um tempo muito louco assim. **Eu acho que o mesmo jeito que a gente teve progressos, esses processos estão sendo anulados agora e a gente tá vivendo um retrocesso, que não só politicamente né, as pessoas também parecem que tão, não sei, voltando ao tempo da caverna, sabe.** Eu acho que as pessoas tão perdendo a humanidade e isso acaba nos afetando né, porque a **gente tá aqui pra fazer nosso trabalho e a gente não consegue fazer porque a gente não tem recursos pra isso, a gente não tem meios pra isso. E quem não disponibiliza esses meios pra isso é questão política, então a gente tá extremamente vulnerável.** [ACS5]*

***Eu acho que a intenção é desmontar mesmo esse modelo que foi construído. É falta de interesse mesmo de que isso continue, que vá para frente. Eles têm consciência da importância, da estratégia da família.** Acredito que a prefeitura tenha consciência. Mas é falta de interesse mesmo assim de continuar com esse modelo. **Acho que é um jogo político né, é muito mais político isso daí. Embora esteja funcionando, se não foi no meu governo, na minha gestão que teve destaque, então pra mim não é interessante manter ou tentar criar outro modelo que vai sobressair mais com o meu nome por trás.** ”[ACS1]*

Apresenta-se aqui um SUS em emergência, com múltiplas forças internas e externas agindo em direção à sua precarização. Aqui as políticas não estão sendo pensadas como políticas de Estado, senão, implantadas como políticas de governo e carregadas de interesses lucrativos.

Na atual crise da saúde, especialmente no município, a gestão municipal tem um importante papel como responsável pela saúde da sua população, porém além de falta de recursos, a rotatividade dos governos locais, existe um desinteresse pela saúde pública de qualidade,

*(...)olha, eu acho que vai ficar certo. Mas não sei se vai segurar isso. Eu acho que a culpa é mesmo da gestão, entendeu? Não sei não... **esse negócio de ter eleição de novo daqui a pouco... eu acho que isso vai acabar de uma certa maneira afetando de novo.** Complica de novo... porque já pensou que a gente entre numa greve de novo? A gente não quer isso. Que mais se prejudica é a população. E a gente também. [ACS6]*

(...)é fiquei sabendo e esse ano também diminuiu a verba da saúde, não sei como que ele fez isso. Tipo, já andava o dinheiro... e como que agora diminuiu. Vai fazer o que com esse dinheiro? Se já faltavam coisas. [ACS6]

A desestruturação do SUS se instala nos diversos espaços e as possibilidades de resistência também são escassas. Assim, as políticas sociais encontram-se colonizadas por políticas econômicas (BALL, 2001). Nesse sentido, nossos participantes afirmam:

eu vejo muito descaso na política em relação à saúde, não só saúde, educação... segurança... eu acho que... não é correto, eles deveriam ver mais na população, ver... estudar mais... como é que funciona, como é que tá indo... e realmente investir sabe, que eu acho que educação, saúde e segurança são três coisas que não tem como ser econômico, ser.... é uma coisa em que tem que ser investida. Sabe? [ACS9]

É bem difícil, acho que a população não é bem assistida, não é, realmente não é, poderia se fazer mais pela população, só que não faz ai o mínimo que eu posso oferecer pra minha população eu falo pelo prefeito, então eu tenho que fazer o meu, porque o meu eu consigo oferecer melhor pra vocês que são os meus usuários. [ACS3]

Os ACS reconhecem à saúde como política social e destacam a importância de investir nela, mas também sabem da falta de vontade política de priorizar a saúde nas agendas dos governos, situação que faz com que os ACS pensem em que esse problema existe, mas não necessariamente se percebem como partícipes da mudança do problema, por tanto o que está em suas mãos é fazer o melhor do seu trabalho para atender à população. Esse micro espaço individual do trabalhador onde oferece o melhor de si em oposição ao que o sistema oferece, não são simples atos de oposição, mas de resistência ao próprio desmonte do SUS. E quando as ações não são de oposição (por exemplo, cumprimento de meta de cadastros dos usuários), o modelo gerencial, usa diversas tecnologias políticas como a *performatividade* (Ball, 2006) para se inserir na subjetividade dos ACS e obter deles o “melhor” do seu trabalho,

“Ela permite que o Estado se insira profundamente nas culturas, práticas e subjetividades das instituições do setor público e de seus trabalhadores, sem parecer fazê-lo. Ela (performatividade) muda o que ele “indica”, muda significados, produz novos perfis e garante o “alinhamento” (BALL, 2004, p. 1116)

Diferente da gestão municipal, existe um movimento contrário na unidade de saúde, a gestão interna atua como liderança e apoio aos trabalhadores e muitos ACS respaldam o trabalho da gestão e se sentem defendidos por ela,

[...] a gerente é..., se a gente não tivesse uma gerente tão líder... que é diferente de chefe... Ela tem uma liderança muito boa... então ela dá bastante auxílio aos agentes aqui... dá a voz... a palavra... dá vez... entendeu? Então a gente troca muito... e ela é muito participativa... [ACS3]

Não tão boas, acho que o que ajuda a gente é a gerente porque é uma gerente muito boa de fácil acesso, tem outras clínicas que a gerente[...] [ACS8]

Estes espaços e o apoio da gestão interna da unidade de saúde, de alguma forma minimizam os sentimentos e condições de opressão que vivenciam no trabalho como ACS, sobretudo em um momento de crise.

6.2.1.2. Falência do modelo gerencial por organizações sociais

No município do Rio de Janeiro a gestão da saúde na Atenção Primária apresenta muitas controvérsias, principalmente em relação à terceirização dos serviços de saúde. Há uma disputa entre a gestão municipal e as OS na co-gestão dos serviços de saúde, mais ainda no aumento do desmonte do SUS em 2017 em diante,

*Começamos a ter a crise da prefeitura falando que não tem dinheiro, primeiro não... põe a culpa na organização social: "ah! Salário, isso", "porque tem desvio", **mas a questão de medicação é algo que o município, o gestor que é responsável...é inadmissível começar a faltar medicação básica para acompanhamento médico.** [ACS4].*

*Aah eu acho que é tudo é **um jogando a culpa no outro**, entendeu? **Que tem realmente esses desvios que tiveram. Então eles tão sempre reclamando que tá sem verba né? Tá sem verba pros profissionais, tá sem verba pra comprar medicamento, tá sem verba pra investir na saúde, você entendeu? Então tudo infelizmente é a gestão em si é a corrupção.** [ACS7]*

***A briga maior é a prefeitura e as OSs.** Eles falam que as OS não repassam, não paga prestação de contas, que não sei o que...A maior briga é essa. Então até...a VIVARIO que nos contratou, até outubro ela paga o contrato, não sei se eles vão renovar depois, entendeu [ACS10]*

As parcerias público-privadas são vendidas como estruturas eficientes para mobilizar todos os recursos disponíveis para a transição rumo à economia baseada no conhecimento (Lisboa, 2000 apud BALL, 2004). A contratação de OS pelo

município representa tanto o avanço da inserção da lógica do mercado no âmbito público, com o aumento de relações contratuais flexíveis. Nesse sentido, Sano e Abrucio (2008, *apud* TEIXEIRA; MATTA; SILVA JUNIOR *et al.*, 2018, p.125) menciona que: “os mecanismos de controle estabelecidos na lei federal sobre OS não sempre são adotados na íntegra, obtendo-se assim uma maior flexibilidade na gestão de recursos públicos, sem garantia de controle”. Na prática os conflitos vindos dessas relações flexíveis de contratualização com as OS, e de certa maneira mostram a falência do modelo gerencialista.

A isso se soma as novas medidas trazidas pela PNAB 2017, que como afirmam Teixeira, Matta e Silva Junior (2018) esta propulsou a redução do financiamento federal da ESF a dois dos blocos de repasse, uma de custeio e a outra de investimento; deixando na competência do município financiar também essa estratégia, porém também dá a possibilidade dos municípios priorizarem seus financiamentos e colocar em risco a permanência da ESF e desestruturação da APS.

É descrito um cenário de crise da estratégia da saúde da família (ESF). As falas dos agentes enfatizam a importância da ESF na consolidação do sistema de saúde brasileiro, e na melhoria da saúde da população; porém está sendo afetada por forças políticas de interesses privados e pouco preocupadas pela continuidade de um modelo que apesar das dificuldades vem tendo resultados positivos, como defendem os ACS:

Eles queriam mudar tudo isso...queriam reformar o modelo de clínica da família, isso não é legal... uma coisa que veem dando certo para a população. Nós que trabalhamos aqui vemos isso e acredito que o usuário também veja. Isso é muito ruim, sabe? Se a gente vê **um sistema que está dando certo, por que não... sabe? Dá crédito e melhorar, em vez de querer mudar. Isso que a gente não consegue entender.** [ACS9]

Eu não vejo futuro, não consigo ver porque existem interesses políticos cada um pensando em si, entendeu? Pensando no bolso, isso aqui é pra eles e se não gera porque a gente constrói um posto de saúde pra gerar saúde, pra curar pessoas, eles querem isso aqui como se fosse um gerador de dinheiro e tem que gerar dinheiro pra eles, se não gera dinheiro tem que fazer uma obra pra superfaturar, se ele não tirar um por fora isso aqui pra eles não serve só que escola e saúde foram feitas não para gerar dinheiro, escola pra formar cidadãos conscientes que vão estudar pra tentar uma vida melhor e ir em um hospital para levar o filho, uma melhor condição de saúde para pessoas, mas enquanto isso aqui não gerar dinheiro pra eles não serve.[ACS8]

Acho que tudo vai se arrastando e vai acabar tendo o desmonte mesmo de clínica da família. Se não pelo menos a diminuição vai ser bem

significativa. Eu não acredito que esse modelo vai resistir ao...à gestão do Crivella[ACS1]

A gente está até com medo na virada do mês porque já se falou que o prefeito já vai tirar um valor enorme da saúde, mas que “isso não é tirar”...mas que no final das contas quando a corda arrebentar vai arrebentar pelo lado do ACS... [ACS10]

Presenciamos um modelo de atenção à saúde amplamente ameaçado. Os agentes encontram-se em condições de vulnerabilidade econômica e social, eles acreditam que serão os primeiros prejudicados pelas decisões da gestão, tendo em consideração que essas decisões caminham em direção da desestruturação do SUS.

6.2.2. A questão da Formação profissional em saúde

6.2.2.1. Curso Introdutório e aprendizado na prática

Quando é perguntado para os ACS se tiveram alguma preparação quando entraram a trabalhar como ACS, a maioria faz referência ao Curso introdutório que receberam. Das duas turmas que foram contratados pela OS VivaRio, a primeira turma realizou o Curso a primeira semana que ingressaram a trabalhar e a segunda turma alguns meses depois de estarem inseridos no trabalho. Na percepção dos ACS o curso introdutório foi um curso básico para aprender questões gerais relacionadas ao SUS e suas atribuições:

*Então, a gente entrou né, aí depois de alguns meses a gente fez um curso proporcionado pelo SUS mesmo, que era para a gente conhecer um pouco mais como funciona, a gente viu...É, aprendemos sobre a história do SUS, como surgiu, a estratégia da família e **foi um curso que durou uma semana** né e aí a gente pode descobrir um pouco mais sobre isso que a gente tava iniciando. [ACS5]*

(...) então basicamente foi ensinado para a gente, que era a clínica da família, aprender o que é o SUS, qual é o passo a passo, [ACS9]

Ressalta-se ao mesmo tempo o caráter teórico do Curso, e um distanciamento entre o que foi abordado no Curso e o que realmente sucede na prática:

Sim, mas o introdutório ele te dá tipo assim só uma base o que você vai aprender mesmo é no dia a dia que você vê que algumas coisas que acontece no introdutório não é aquilo que funciona no real, é muito diferente, mas assim ele te dá uma luz. [ACS8]

*(...)a gente ficou uma semana sentada no auditório só ouvindo, **acho que foi cansativo por isso, acho que poderia.. mas foi extremamente didático, mas poderia ser um pouco mais prático.** [ACS5].*

Percebe-se uma abordagem tradicional do Curso, que parte de uma perspectiva teórica e não está relacionada com as experiências dos trabalhadores. Outros ainda consideram que o curso foi na realidade um *treinamento* com ênfase na técnica, evidenciando que suas expectativas iam além do treinamento:

*Sim... eles (fizeram), **não foi bem um curso... foi um treinamento né... foi um eh...acho que foi uns três ou dois dias de curso** (...) Como todos os outros cursos que eu já fiz na vida... teoria é uma coisa... e na prática é outra... né... então... a gente pega a teoria e aplica na prática com mais mobilidade né...[ACS3]*

No estudo de Meira (2008) em relação à capacitação dos ACS o “Curso Introdutório foi citado como recurso para capacitação, por menos da metade dos sujeitos da amostra, principalmente por Agentes e médicos” (MEIRA, 2008, p.31). Assim, também na nossa pesquisa se evidencia que o Curso introdutório é pouco relevante no trabalho diário dos ACS e precisa ser realizado com outras abordagens para que realmente seja significativo para os trabalhadores.

No entanto, é identificada uma necessidade de formação profissional. Alguns ACS manifestaram a dificuldade de ter iniciado seu trabalho sem saber o que era a profissão de ACS, então foi na procura individual que souberam minimamente da profissão:

*É o que eu te disse, **eu busquei por conta própria, por internet, pra saber mais ou menos o que seria e assim eu fui aprendendo na prática mesmo, no dia a dia. E depois teve uma semana de curso, igual o curso dos outros que eles tiveram antes, mas foi mais um complemento mesmo.** [ACS1]*

(...) aí eu consegui passar na prova mas eu não tenho qualificação na área, eu vi mais como um retorno ao mercado de trabalho [ACS10]

Na opinião de Souza (2014), sobre a descrição da formação profissional dos ACS foi constatada a ausência de preparo dos ACS antes de serem contratados para essa função; e quando inseridos no SUS, eles participam de cursos de capacitação sobre temas específicos e pontuais que geralmente são oferecidos pela SMS. Assim, qual é então o objetivo desse curso na prática, se não, mais uma ferramenta de controle do modelo gerencialista, pouco interessado pelas reais demandas dos ACS. Na realidade são novas pedagogias invisíveis de gestão que criam espaços para mais controle sobre aquilo que é gerido (BALL, 2001)

No processo de formação profissional esses cursos poderiam ser uma oportunidade de aproximação a esses novos trabalhadores, mas é colocada como uma ação formal para cumprir com as orientações da PNAB sobre a realização de Cursos introdutórios com vistas a qualificar os profissionais que ingressam na APS.

Frente à vontade dos ACS de se aprimorar, suas condições de trabalho não facilitam esse processo, seja pela falta de tempo, poucas iniciativas de aprimoramento dentro e fora da unidade de saúde, cursos com abordagens pouco significativas para seu trabalho, entre outros.

A pesar de que foi realizado o Curso introdutório na unidade de saúde, a maioria de ACS relaciona a sua formação profissional com o seu trabalho cotidiano; ou seja, é no exercício das suas funções como ACS e nas relações Interprofissionais que constroem a sua formação. O processo ensino-aprendizagem se dá na prática,

*Eu aprendi muito, posso dizer que **se eu aprendi alguma coisa em relação ao agente de saúde eu devo muito a minha equipe**, não somente a parte técnica, os demais agentes de saúde também. [ACS4]*

*(...)bom, a gente teve um curso preparatório, mas mesmo assim, ali não ensinam tudo. **É no dia a dia que você acaba aprendendo**. O que eu falei: muita gente não tinha experiência, né? [ACS6]*

Assim que a gente acabou de entrar, passaram para a gente as funções e fomos descobrindo, né? A gente conversando com o outro... como foi... a gente troca muita informação aqui na clínica. [ACS9]

*Eu fui me inteirando melhor na prática né, sabendo mais do que se trata na prática mesmo, no dia a dia, **e cada dia eu descobro algo novo. é todo um processo importante mesmo.** [ACS1]*

Nesse sentido, poderia se reforçar esse tipo de aprendizagem na hora de pensar as ações de educação permanente em saúde com os ACS. As diversas experiências de Educação popular em saúde encontradas na literatura (QUEIROZ; SILVA; OLIVEIRA, 2014; BRIGAGÃO; GONÇALVES, 2009; DUARTE; SILVA; CARDOSO, 2007) demonstram a importância de abordagens problematizadoras e que valorizem as experiências dos ACS, nas políticas e programas de formação profissional. Embora no nosso estudo os participantes não mencionaram algum tipo de curso ou formação com esta perspectiva, sim afirmam a necessidade de formação segundo o contexto do seu trabalho e além dos conteúdos teóricos que os Cursos de formação possam oferecer. Desse modo, consideramos que o “aprendizado na

prática” colocado pelos entrevistados não desvaloriza as iniciativas de formação profissional voltadas para estes trabalhadores.

6.2.2.2. Potencialidades e necessidades de formação

Os nossos sujeitos expressam que a profissão de ACS é transitória nas suas vidas, muitas vezes o caminho para se tornar um outro profissional da área de saúde ou de outras áreas.

O meu grande interesse... né... [...] aquilo que eu (peguei) e né... me dediquei durante quatro anos... é retornar em relação a área de arquivo... mas enquanto estou aqui... procuro fazer o meu trabalho da melhor forma possível...[ACS4).

*Eu tenho.... **Minha meta de vida, assim, é trabalhar como psicóloga com pessoal colorido, homossexuais, tudo mais, porque é uma causa que mexe comigo (...)** [ACS5]*

a gente não é funcionário público... é carteira... então... se um dia...eu sair daqui... pelo menos já tenho a minha carteira profissional... e eu já posso ingressar em outro lugar... entendeu? [ACS3]

No entanto enquanto desempenham a função de agentes, tem interesse em se aprimorar e desenvolver outras habilidades que lhes permitam no futuro migrar para outra profissão

*eu acho... **cursos para a gente fazer, eu acho que tinha que ter mais. Não sei. É sempre bom aprender, eu acho que deveria ter mais... acho que a gente tem que estar sempre inovando. [ACS6]***

*...a (CAP) entra em contato com a unidade ou não sei se é **a gerente** aqui que tá sempre atenta à isso... e ela dá a diretriz..."oh... vai abrir um curso tal...saiu sobre violência da mulher... vai abrir um curso tal... quem quer fazer? Quem não quer?" É meio...e **ela está sempre buscando aprimorar o profissional...** [ACS3]*

***Muito já estão buscando aperfeiçoamento, tenho colega se formando em técnico de enfermagem...** [ACS10]*

*tem, mas aqui ninguém tem. **A maioria tem técnico de enfermagem, quem não tinha, passou a fazer. [ACS6]***

Esse panorama também é encontrado em outros estudos. Ferreira (2016) e Mélo (2013) identificam a procura individual de qualificação profissional do ACS com o intuito de ampliar seus conhecimentos. Ainda que isso possa estar relacionado com a necessidade de se aprimorar frente à complexidade das atividades que realizam no seu trabalho, também resulta uma necessidade num contexto onde precisam alcançar

os resultados esperados pela gestão; ou seja, para melhorar seu desempenho, o que para Ball (2005) serve para medir sua produtividade.

Nesse sentido, **existe uma tendência segundo os nossos registros de campo e as entrevistas, de muitos dos participantes ter interesse ou estar realizando o Curso de técnico de enfermagem.** O aprimoramento também tem mais outros dois significados para os ACS. Por um lado, para os ACS é uma necessidade relacionada com suas condições de vulnerabilidade econômica e vem no “aprimoramento” uma porta de oportunidades para ter um melhor salário. Por outro lado, é a própria organização do trabalho que atende à lógica neoliberal produz essas necessidades de aperfeiçoamento. Podemos mencionar aqui que os ACS reproduzem o modelo hegemônico, lógica da competência, performatividade, meritocracia.

Com essas afirmações **não queremos negar a necessidade de formação dos ACS, e sim, questionar o modo como está sendo ofertado,** sem considerar aos sujeitos como seres capazes de transformar sua realidade.

A formação dos ACS apresenta dificuldades. Nesse sentido, constata-se, segundo Schubert, Silva (2011) que o contexto de vulnerabilidade social presente está vinculado com a insuficiência e/ou escassa formação que recebem os ACS, fato que explica que esses trabalhadores, devido a suas condições precárias de formação, direcionam seu trabalho à suas experiências de vida. Também no nosso estudo se apresentam essas dificuldades,

É fragilidades, por exemplo, teve muita coisa que eu tive que aprender errando, talvez se eu tivesse feito o curso um pouco antes não teria errado não sei, mas seria um pouco mais fácil pra trabalhar a gente teve que trabalhar um pouco na marra, não foi tão difícil por conta da nossa medica a doutora Ana Luiza, ela já da função básica então foi mais fácil de guiar a gente, mas muita coisa eu aprendi errando seria mais fácil se tivesse tido o introdutório. [ACS2]

*Eu acho assim ela, eu acho que ela é bem desmerecida, entendeu, a categoria em si. Realmente **teria que ter... Poderia a gente ter, tem até um certo curso, né? Do agente comunitário mesmo, (...)** [ACS7]*

A pesar dos questionamentos já apontados sobre a formação técnica dos ACS, esta, com um enfoque diferenciado pode contribuir com a transformação do trabalho dos ACS. Desse modo, Monteiro (2013) ressalta que nesse processo o aumento da escolaridade pode contribuir a melhorar o desenvolvimento do trabalho. Essa

formação, segundo a autora, deve ser considerada pelas instituições formadoras como um processo político educacional amplo que preconize uma formação crítica e consciente através de uma educação emancipadora e contra-hegemônica, ou como afirma Souza (2014), que defende uma formação crítica que questione as contradições do modelo de produção capitalista. A busca de uma formação nesse caminho implicaria também um ato de resistência, no sentido defendido por Giroux (1985, 2004, 2016), ou seja, como comportamento de oposição que se produz no contexto de discursos e valores contraditórios.

Segundo a percepção dos ACS, o potencial da sua formação reside na visão ampliada que constroem sobre saúde, fortalecimento de valores e desenvolvimento de habilidades sociais, como mencionam:

*(...) **um olhar humano, mas acaba que aqui aprofundou é muito legal, é muito mágico trabalhar aqui com todos os defeitos você acaba que você né, não ela mais estressada porque ela não me deu bom dia porque né, você acaba vendo a empatia, você aprende a se colocar no lugar do outro.** [ACS2]*

*Eu acho que eu **aprendi a ter muita paciência, eu acho que a gente aprendeu a olhar as pessoas, a vida de forma diferente.** Eu acho que o respeito, eu acho que a **gente tem uma visão diferenciada da família,** porque a gente vê muitos casos. [ACS7]*

*você... lidar com o paciente o tempo inteiro, então você vê... os problemas, né? Que as pessoas carregam em casa, quando você está ali na frente no acolhimento, você percebe coisas comuns... **e com a formação olha com outros olhos também, né? Você passa a entender melhor de que se trata, você consegue antecipar de repente um problema, uma solução alias para aquele problema.** [ACS9]*

Respeito aos processos formativos dos ACS e considerando seus apontamentos, é importante pensar sobre a formação na *práxis*, ou seja, as diversas estratégias de formação profissional como educação permanente em saúde, educação popular em saúde, etc. que considerem a *práxis* como essa unidade dialética entre teoria e prática (FALS-BORDA, 2015) ou a dinâmica ação-reflexão (FREIRE, 1987) nos processos formativos dos ACS, porque é a *práxis* onde a consciência se transforma e se consegue sair do lugar de oprimidos (FREIRE, 1987). Como poderiam ser pensadas alternativas de formação profissional crítica dos ACS?

No momento de crise estudado, tal vez pareça utópico pensar nisso quando as principais demandas dos profissionais são outras (por exemplo, o pagamento de

salário em dia), porém, a educação em saúde (nas suas diferentes abordagens) pode ser vista como uma possibilidade de formação política nos espaços formais/informais e processo de militância pela garantia de seus direitos.

6.2.3. Condições de Trabalho

6.2.3.1. Processo de trabalho e a práxis cotidiana

O ACS realiza variadas atividades cotidianamente, muitas delas estabelecidas como parte das suas funções, e outras, realizadas no contexto da complexidade e imprevisibilidade do seu trabalho. Os ACS descrevem assim suas principais atividades:

(...)a gente acompanha gestante, acompanha idoso, hipertenso, entendeu? Pessoas acamadas, diabéticos, crianças. E aí a gente não para né, e aí o que a gente faz tem que registrar... tem dia que tem que estar na área, eu tenho que entregar SISREG também... acompanhamento bolsa família, busca ativa de vacinas, tudo isso [ACS6]

Como já tínhamos apontado nas narrativas etnográficas, os ACS têm mais afinidade por realizar as atividades de campo que atividades administrativas dentro da unidade. Entretanto, isso é afetado pelas mudanças que estão ocorrendo respeito ao seu trabalho: “a redução de tempo dedicado à VD e Às atividades educativas no território, com a priorização de ações realizadas no interior das unidades de saúde” (CONACS, 2015 *apud* MOROSINI; FONSECA, 2018, p. 385). Essas mudanças das atribuições dos ACS priorizam atividades voltadas para a concepção biologicista do processo saúde-doença e o desenvolvimento de ações administrativas que em muitos casos não correspondem às suas funções prescritas.

Para todas as atividades que realiza o ACS, eles procuram formas adequadas para se organizar, afirmando que tem autonomia no planejamento das suas atividades de rotina,

Então tem dias de acolhimento né, que a gente tem que ficar aqui, lá na frente. É o dia que eu menos gosto. E tem dia que a gente fica na rua e a gente se organiza por conta própria, que tem fichas [...] pra fazer né, ficha de acompanhamento, ficha de hipertenso, diabético, é gestante, crianças. Aí a gente organiza da forma que a gente acha melhor. Eu criei umas planilhas né, pra ter um melhor controle dessas pessoas que eu tenho que visitar, e aí por exemplo, em um dia eu vou visitar os hipertensos, no outro dia eu vou visitar todos os diabéticos, no outro dia as crianças, no outro dia gestante, no outro dia eu vou entregar o kit de saúde bucal, que é um dia também bem cansativo, porque é um dia que a gente tem que subir com aquele peso. [ACS1]

É importante problematizar essa “autonomia” apontada pelos ACS, no sentido de questionar seus limites, e considerando-a como uma “autonomia relativa” que tem um potencial criativo na organização do trabalho. A “liberdade” oferecida aos profissionais é controlada e tem como égide alguns padrões, o intuito é gerar sujeitos flexíveis e moldáveis no modelo gerencial, que possam se adaptar às mudanças para obter melhores resultados. Assim, a autonomia consistiria em realinhar relações de poder de formas complexas para atingir aos interesses do modelo de gestão vigente. No estudo observa-se que a autonomia na organização do trabalho individual é relativa, já que os ACS a pesar de conseguirem organizar seu trabalho com certa liberdade, também estão sujeitos a preenchimento de fichas padronizadas nos programas que acompanham e depois tem que registrar em sistemas informatizados, e geralmente tem algum profissional ou gestor responsável por acompanhar e avaliar o desempenho dos ACS.

Por outro lado, a “autonomia” pode ser ressignificada nesses contextos. Consideramos importante essa autonomia na organização do trabalho, já que os territórios e os sujeitos onde atuam os ACS tem peculiaridades. Estabelecer um padrão de como realizar cada visita domiciliar seria não valorizar as relações intersubjetivas vindas dessas visitas; além disso, os pequenos espaços de “liberdade” podem ser repensados pelos agentes para questionar a organização do trabalho do sistema gerencialista, ou seja, recriar uma potencial forma de resistência.

Nas reuniões de equipe, cada uma segue um padrão mínimo de pauta, porém tem a “liberdade” de organizar seu processo de trabalho segundo suas demandas.

(na reunião de equipe) aí a gente discuti os casos, o que eu faço com esse usuário que não tá deixando entrar na casa dele, como é que eu devo proceder a isso, e a gente tira todas as nossas dúvidas e é um momento de descontração, porque depois que a gente né conversa tudo a gente acaba conversando e aí como é que foi sua semana, ai e ai, ah fazer um lanche, é um momento legal [ACS2]

A relativa autonomia nos momentos coletivos de reunião pode significar nesses contextos, momentos de criação de uma contra-lógica e de movimentos de oposição frente ao modelo de gestão. A noção de autonomia relativa denota momentos não reprodutores dentro de estruturas hegemônicas (GIROUX, 2004).

Os contrapontos da “autonomia” na organização do processo de trabalho nos levam a afirmar que é importante que tanto as equipes como os ACS em si tenham a liberdade de se organizar internamente para desenvolver suas atividades, sempre que essa liberdade seja real e construída por eles; e tendo a cautela de não responder a uma lógica que pode dar-lhes uma certa autonomia, porém, pode aumentar a sua carga de trabalho, exigir mais produtividade.

6.2.3.2. Intensificação e precarização do trabalho

A quantidade de atividades que realiza o ACS, mostra a realidade complexa à qual se enfrenta diariamente. Essa carga do trabalho influencia na vida dos ACS, gerando estresse, ansiedade, cansaço; e por tanto, também sofrimento. O que sucede é um processo de intensificação do trabalho e este tem como cenário uma série de dificuldades.

Entre as dificuldades que os ACS apresentam, eles ressaltam a difícil tarefa de trabalhar com a comunidade. A grande demanda de problemas de saúde que chegam até os ACS, algumas posturas culturais e religiosas da população, a falta de credibilidade no sistema de saúde público; para eles são colocadas como barreiras na hora de realizar seu trabalho.

*Dificuldades eu sei que tem porque tipo assim, **a demanda é muito grande, eu acho que a demanda é muito grande.** [ACS6]*

*(...)às vezes **as pessoas criam barreiras e mitos... que dificultam o nosso trabalho**, volto a dizer, a melhor forma de convencer é através do diálogo, eu não posso obrigar ninguém a fazer nada. [ACS4].*

*Então...**a resistência de algumas pessoas, para entender o sistema. Falta muita questão política também**, para investir na área da saúde, falta um pouco de dinheiro, sabe? Isso acaba atrapalhando um pouco [ACS9]*

***Mas é difícil você ir na casa de um paciente, ele te tratar extremamente mal e ta aqui no dia seguinte precisando de você e você ser extremamente gentil.** É difícil. Ou então, você ir na casa do paciente, recusar o cadastro e vim aqui falando que você não foi lá, é injusto. [ACS5]*

Anterior à implementação da ESF no bairro de Cocotá em 2016, não existia uma unidade de atenção básica próxima da população desse território, encontrando-se historicamente desatendida pelo serviço público de saúde. A população no início mostrou-se desconfiante da clínica da família, mas posteriormente viram nela uma

oportunidade para cobrir a maior quantidade de necessidades possíveis, situação que também afetou o trabalho e a vida dos ACS, muitos deles se sentindo invadidos na sua privacidade,

*tem dois lados também que a gente anda com uniforme a gente não tem mais sossego, se a gente não tivesse uniforme passa meses perseguido, **mas com uniforme na rua a gente não consegue dar dois passos sem dar uma informação**, mas a questão de você ir na casa da pessoa, esse vínculo que a enfermeira sempre falou que nem hospitais não tem assim,[ACS10]*

***Eu fico pensando até onde eu posso ir pra não ser invasiva. e tem também a questão da privacidade minha mesmo**, que às vezes já teve caso de usuário vir bater na minha porta pra eu trazer uma receita pra renovar[ACS1]*

No entanto, os ACS conseguem controlar essas situações e procuram estratégias para fortalecer os vínculos com os usuários sem que afete sua vida pessoal, e na maioria de casos tem uma relação bastante afetiva com a comunidade. O olhar humanizado do trabalho eles constroem na prática e há um esforço de se relacionar afetuosamente com os usuários. Salientamos que o fato dos agentes pertencerem à comunidade onde trabalham gera uma grande responsabilidade e compromisso com as soluções dos problemas de saúde dessa população, mas, com limitações na sua atuação devido a diversas restrições procedentes das suas condições de trabalho na unidade de saúde (GALAVOTE, 2010). No entanto, o compromisso com a saúde da população não justifica condições de trabalho precárias para os ACS.

A intensificação do trabalho apresentada na relação com a população, nos mostra que os agentes geralmente acabam se “adaptando” a essas condições de trabalho, ou seja, se “acomodam” ao contexto para conseguir realizar suas atividades e cumprir suas metas mensais, mas sem o apoio institucional para enfrentar a grande quantidade de demandas da população.

Outra dificuldade observada é com relação às exigências da gestão. O sistema gerencialista utiliza a produtividade dos trabalhadores para receber recursos, assim cada profissional dentro da unidade deve cumprir metas. Nessa lógica os ACS relatam as dificuldades de serem cobrados frequentemente com as metas de visitas, sem considerar a complexidade do seu trabalho (muitas vezes a população recusa as visitas, por exemplo). Assim, as cobranças administrativas passam a ser maiores que as dificuldades vindas do território:

mas essa cobrança encima da gente é muito grande com visitação, visitação, visitação e os pacientes não querem..[ACS10]

Apesar disso, essas dificuldades talvez sejam as que menos estão afetando aos ACS e às quais conseguem se “acomodar” no contexto analisado. Por outro lado, questões como falta de recursos como material de escritório, de uniformes adequados para ir no território, atraso de s lrios, falta de medicamentos, etc; são algumas das situações que mostram o escasso investimento na saúde da família e a continua precarização das condições de trabalho dos agentes. Eles afirmam,

Em rela o as condições de trabalho gostaria que pelo menos o pouco que recebo pelas atividades que eu executo pra prefeitura que fosse pago em dia é o mínimo de respeito, sei que recebo pouco, porém continuo exercendo a atividade, pague em dia é...muito difícil manter as contas que tem em casa, [ACS4].

Eu estaria apavorado porque é muito desgaste, a gente tenta se reciclar, mas chega uma hora... até a questão mesmo da família, de precisar... os atrasos salariais, não d  para segurar muito tempo, a gente se planeja. Tem um desgaste na profissão, é muito difícil, sabe? A gente passa por um período muito difícil. [ACS9]

(...) eu acho que o agente comunitário ganha muito pouco e trabalha muito, na nossa clinica trabalha não sei se nas outras clinicas trabalha, mas a gente é muito cobrado, a gente tem que acompanhar a gestante, a gente tem que acompanhar o diabético, o hipertenso, a gente tem essa cobrança e tem o bolsa família que a gente tem que correr atrás, mas eu acho assim a remuneração não   tão satisfatória. [ACS8]

Na greve iniciada em 2017 até inicios de 2018, os agentes vivenciaram um período de intensificação da precarização do seu trabalho. Se até então seu s lrio era baixo, com os atrasos constantes a situação de trabalho e de vida foi de extrema vulnerabilidade. Como não se acomodar às condições de precarização do trabalho se em alguns momentos isso significa uma forma de sobrevivência no trabalho que vai impactar na sua vida? Parece difícil pensar em a es de resistência ao modelo hegemônico em um cenário como esse.

Giroux com os seus aportes sobre a noção de resistência, aponta a “necessidade de entender com maior profundidade as formas complexas nas quais as pessoas mediam e respondem   intera o entre suas experiências e as estruturas de dominação e opressão” (GIROUX, 2004, p. 144). Nesse sentido destaca que é preciso analisar a intens o do comportamento dos sujeitos, seja através da vinculação da conduta com uma interpretação que forneçam os próprios sujeitos, seja

pelo aprofundamento de condições históricas e sociais de onde surge e se desenvolve o comportamento (GIROUX, 2004).

Desse modo, não podemos considerar essa “acomodação” dos ACS como simples conformismo, já que os comportamentos dos trabalhadores estão relacionados com a sua sobrevivência para manter o emprego (muitas vezes o único) que sustenta a sua família, e com a luta para que sua profissão não seja extinta e seja valorizada. O “tentar se reciclar” no depoimento do agente nos mostra que apesar da desvalorização do seu trabalho eles tentam se cuidar e realizar o seu trabalho; ou seja, são diversos fatores sociais que condicionam aos agentes a uma situação de submissão, e não uma simples escolha. O conceito de resistência neste contexto serve como um elemento analítico que nos permite compreender os mecanismos de mediação frente às estruturas neoliberais de opressão.

Mais adiante veremos outros exemplos de como os ACS não são simples sujeitos de dominação que se acomodam ao modelo neoliberal, mas também, atores protagonistas da resistência em espaços macro e micro políticos.

Por outro lado, além dos atrasos de salários, o corte de recursos tornou o trabalho dos agentes quase inviável,

[...]a gente não tem recursos para fazer o nosso trabalho porque não é só o nosso salário que tá atrasado, é medicamento que falta nas farmácias, sabe? São insumos que faltam pra fazer o curativo, pra fazer qualquer coisa, material de trabalho mesmo. [ACS5]

***Material que ta faltando de fato, folhas que é basicamente a matéria prima do nosso trabalho é a folha né, e não tá tendo.** Não tem como você tá imprimindo as fichas que você precisa, tirar xérox, não tem como ficar sem folha e tá faltando, eu não compro. Porque eu acho que o salário já é tão baixo que se você for ficar comprando coisas pra trabalhar, uma coisa que deveria ter né.[ACS1]*

***Não temos transporte e a questão do material de trabalho,** vai precisar pedir um papel não tem, então uma caneta tem que comprar, um papel tem que comprar, tinha que ter no almoxarifado pra dar, nem que tivesse um limite. [ACS8]*

***Eu acho que tem um erro muito grande que falta material,** por exemplo, a caneta quem comprou foi eu, eu nunca trabalhei em uma empresa que eu precisei comprar minha caneta de trabalho (...)[ACS8]*

Ainda que a escassez e recursos nesse nível de criticidade corresponda ao período de greve acompanhado, isso não resta importância ao cenário apresentado;

ao contrário, é uma mostra tangível de como o desinteresse pela saúde pública e a defesa de um modelo privatista da atenção à saúde, pode trazer essas consequências em pouco tempo.

O contexto de falta de recursos para os ACS também significa a desvalorização do seu trabalho

Às vezes a gente não tinha caneta pra preencher uma ficha. Sabe? Às vezes a gente só tem uma camisa de uniforme e aí quando você passa o dia inteiro na rua nesse sol nem sempre você vai ter outra camisa pra você usar, entendeu? Então a questão do uniforme... coisas pequenas, mas que poxa, desvalorizavam nosso trabalho, sabe [ACS5]

É, não é um trabalho valorizado não, é um trabalho muito bonito, muito legal, muito humano mas bem pouco valorizado[ACS2]

eu só acho assim...que é isso mesmo...que é, que ele é muito mal remunerado... pelo que ele tem que fazer... entendeu? Que a gente basicamente eh...tipo vira babá da população né... entendeu? Da população carente... que tem falta de estudo... falta de tudo... alimento... tudo... [ACS3]

E aí eu acho eu que não/a gente não é muito valorizado... mas o trabalho da gente é fundamental! ... é fundamental... é um ciclo... entendeu? Eu vejo como um ciclo... agente de saúde... do agente de saúde passa para o enfermeiro... do enfermeiro passa pro médico... e aí o médico passa o retorno de como é que tá a saúde pro agente de saúde... e assim vai... é um círculo...[ACS3]

A desvalorização do trabalho implica na precarização dele. Andrade (2013) concebe como dificuldades no processo de trabalho complexo, especificamente as práticas intersubjetivas e a falta de valorização do trabalho, o que gera um trabalho precário. E além disso, observamos como a precarização constitui um vetor de sofrimento e adoecimento que afeta as múltiplas dimensões da vida do *homem-que-trabalha* (MOROSINI, 2018).

As relações empregatícias também incomodam aos ACS, alguns questionam o fato de terem passado um processo rigoroso atingindo os requisitos para serem considerados funcionários públicos, mas, foram contratados pela OS como CLT. Assim, aparece nos relatos a noção de instabilidade no trabalho,

Eu creio assim a gente fica desestimulado primeiro porque a gente faz um concurso a nível público, foi um edital e aí eu não sei porque foi CLT poderia ser né estatutário, mas não foi infelizmente e aí a gente trabalha nessa instabilidade, o prefeito tem hora que decide isso, decide aquilo e aí atrasa o seu salário e desestimula aí ele limita as funções na clínica, tipo o papel, materiais básicos que uma firma, um RH de uma firma tem que oferecer, caneta, papel, lápis, para o seu trabalho fluir, entendeu?[ACS3]

Monteiro (2013) assevera que contratos terceirizados contrariam as bases legais do estado que regem a administração pública, no entanto, na área da saúde esse tipo de relação trabalhista tem aumentado em diversas modalidades, uma delas é o contrato temporário por meio de CLT. Ainda que historicamente as relações contratuais de trabalho dos ACS tenham melhorado no sentido de vínculos empregatícios menos precários, isso não aconteceu de forma homogênea em todos os municípios do Brasil. No Rio de Janeiro os ACS são contratados por Organizações Sociais, tendo um vínculo de trabalho com condições mais vulneráveis, flexíveis e menos estáveis que um funcionário público.

A instabilidade ou falta de segurança no trabalho de alguma forma resta autonomia e possibilidade de realizar atividades como greves, mobilizações e outros tipos de protestos. Isso gera medo, e faz com que os agentes recuem frente a iniciativas de enfrentamento ao sistema hegemônico. Identificamos durante as entrevistas uma modalidade peculiar de greve que eles denominam de “greve presencial:

*não sei como são nas outras empresas, mas na empresa que contrata a gente acabam dizendo que **se não é presencial a gente faltou e quem falta pode ser descontado, eles não proibem a gente de fazer a greve, eles não proibem até porque eles não podem, mas eles descontam.** (...)essa greve tá tirando totalmente a minha vontade, tudo que tá acontecendo de falta de medicamentos, de não ter recursos, de salário, de ter que cortar colega de trabalho e isso tudo tá acabando eliminando minha vontade de ficar aqui né, não é mais aquele emprego que eu gostava. [ACS2]*

Observamos que essas são formas sutis de arremeter contra os ACS e restringir suas ações de luta na reivindicação dos seus direitos. Como afirma Antunes (2012 *apud* Monteiro, 2013, p. 56): “a terceirização é a porta de entrada para a precarização do trabalho em escala global. Terceiriza-se para reduzir os custos e para acirrar a divisão e, com isso, bloquear a organização sindical e a resistência da classe trabalhadora”.

Às vezes a forma de violentar os direitos dos trabalhadores é mais explícita ainda e deixa aos agentes em uma condição de grande vulnerabilidade econômica e social. Eles relatam alguns acontecimentos durante a greve,

***Ticket alimentação era 435,00 reais agora eles diminuíram pra quantidade de dias que você trabalha.** [ACS8]*

Eu nunca tirei férias se eu tirei férias 4 vezes trabalhando foi muito, aí você chega aqui em um trabalho desses desgastante e você não ter dinheiro para poder ficar pelo menos 30 dias em casa sabe, é errado, é uma abuso assim eu quero tirar em abril e está cancelado as férias.
[ACS8]

Evidencia-se que os direitos trabalhistas são vulnerados na implantação do gerencialismo e a performatividade. É de acordo ao desempenho individual que cada trabalhador recebe mais ou menos dinheiro ou ganha algum incentivo. Na fala do ACS 8 podemos identificar a precarização na dimensão salarial colocada por Morosini (2018), resultado dessa perda de direitos trabalhistas mencionada, assim como na degradação de condições de trabalho com a redução de ganhos salariais.

O contexto também é de incertezas no trabalho. Como vimos, os depoimentos apontam a um momento de muitos retrocessos em matéria de saúde pública e uma crise agudizada na Atenção primária pelos cortes de recursos, situação colocada pelos ACS na forma como estão sendo afetados no seu cotidiano de trabalho. O contexto se apresenta com muitas dúvidas para esses profissionais. A insegurança sobre a permanência no seu trabalho, a preocupação pelas ameaças de extinção da profissão, dúvidas sobre a greve, falta de previsão do pagamento de salários; são algumas das situações que preocupam aos ACS,

(...) você não sabe o que esperar do seu amanhã, não digo nem a questão financeira, mesmo se você poder ta exercendo as atividades. [ACS4]

E aí você também não sabe, você trabalha com incerteza, você não sabe se seu pagamento vai atrasar ou não. Assim, eu não tenho filho, eu não tenho uma casa pra sustentar, entende? Mas eu fico pensando “caramba, essas pessoas que têm?”. [ACS5]

é ruim porque no momento que a gente está passando, a gente está assim, a gente não tem garantia nenhuma, fica assim essa...no começo estava tudo certinho o salário caiu direitinho no dia certinho, o vale de alimentação tudo bonitinho, aí depois começou, mudou...a gente já entrou na mudança né, aí começou a ficar esse início de...um dia vai ter, vai ter atraso, não sei o que...imagina só os colegas que pagam aluguel, tem filho na escola que só tem aquele dinheiro para sobreviver... [ACS10]

(...) como a gente vive essa instabilidade tem perigo ou não tem emprego eu não posso ficar parado esperando acontecer. [ACS8] Mas pela instabilidade porque é por hora vai diminuir a quantidade, a gente tem que estar preparado para qualquer coisa as mudanças acontecem o tempo todo na nossa vida, então hoje eu estou bem aqui não trocaria meu emprego aqui ah não sei se aparecesse algo melhor eu também aqui é melhor para mim [ACS8]

Aah tá horrível né, tá cansativo, psicologicamente muito. Porque hoje a gente tá aqui, amanhã a gente não sabe e a gente se sente..., acaba se sentindo muito vulnerável, fica muito vulnerável. Não sei. [ACS1]

Em um processo de crise é muito mais evidente o não funcionamento do modelo gerencial na APS. As relações de trabalho acontecem sem estabilidade nenhuma, a vulneração dos direitos dos trabalhadores é recorrente. Tudo isso repercute na subjetividade dos ACS, gerando sofrimento.

Todas essas dificuldades que experimenta o ACS diariamente mostra a grande precarização das condições de trabalho à qual está submetido desde a sua inserção no sistema. A situação de greve nesse contexto reflete a intensificação do processo de precarização e de desestruturação de um sistema de saúde que, ainda com muitas tensões e contradições, vinha caminhando na direção da APS e da efetividade de um sistema universal de saúde.

6.2.3.3. Relações interpessoais no trabalho

Apesar das dificuldades que os agentes apresentam, as relações de trabalho entre os profissionais representam uma potencialidade na unidade de saúde acompanhada. Os ACS destacam um trabalho horizontal entre os profissionais de saúde, e no geral sem hierarquias,

Eu acho que aqui eles não colocam uma pirâmide, aqui é muito legal, você é tratada de igual, existe algumas exceções, mas assim tirando exceções você é tratado igual como pessoa, não importa se você é um médico ou se você é uma faxineira, eu acho legal isso, [ACS2]

Os ACS relatam com convicção a importância do seu trabalho e como ele é valorizado pelos outros profissionais de saúde. Assim, vejamos que as relações interprofissionais contribuem com o *empoderamento* do ACS respeito ao seu trabalho. Os agentes são valorizados como parte das equipes e como categoria profissional,

Eu não vejo como uma questão de hierarquia eu vejo global, os profissionais graças a Deus a nossa equipe técnica nos valorizam como categoria, falam que somos a primeira porta de contato com o paciente. (E-ASC4).

É uma relação de respeito assim, todos se respeitam. Eu não me sinto assim com o cargo inferior, eu me sinto mais assim como parte da equipe mesmo com tanta importância como o médico, entendeu? É um trabalho de equipe mesmo, porque o trabalho deles depende do trabalho do ACS, e a gente troca muita ideia mesmo. Como ACS a gente tem voz, a gente sugere algumas coisas e aceita. Até pra perguntar em referência ao trabalho, o que pode ser melhorado, ou não. [ACS1]

O reconhecimento do trabalho por parte dos colegas é o que diminui o sofrimento dos agentes. Porém, ainda que seja um ponto positivo, os depoimentos resultam diferentes do comentado no período exploratório da pesquisa.

Os ACS são sensíveis à geração de vínculos afetivos com a população, e também com os outros profissionais, esses vínculos com os colegas de trabalho transforma o ambiente de trabalho na unidade de saúde, tornando um lugar agradável para trabalhar,

Acho que todo mundo trabalha legal aqui... eu particularmente amo muito o ambiente de trabalho aqui, as pessoas também são maravilhosas, cada uma tem uma qualidade diferente da outra e eu também tento aprender um pouquinho de cada um e compartilhar as minhas... assim como sei que eu tenho defeitos também, a gente aprende com o colega. É natural essa troca infinita. [ACS9]

Das relações interprofissionais emergem diversos aprendizados, e como os agentes salientam, é uma troca infinita de saberes entre categorias profissionais, de forma horizontal. Ainda que consideremos que existem relações de poder entre categorias, os participantes ressaltam os aspectos positivos das relações com os outros profissionais da unidade de saúde.

6.2.4. A subjetividade no contexto de trabalho

6.2.4.1. Satisfação de ser ACS: O reconhecimento no trabalho

O amor pela profissão foi se desenvolvendo no pouco tempo que os ACS começaram a trabalhar na estratégia de saúde da família. Eles criam um vínculo afetivo com a população e com os colegas de trabalho sem muita dificuldade; nos nossos resultados, o fato deles também serem parte da comunidade facilita essa relação próxima com os usuários, já que como membro da população sabem da realidade do território e compartilham as necessidades das pessoas. Nesse sentido, a pesar de que a maioria dos ACS entrevistados não conheciam da profissão antes de trabalhar na unidade de saúde, foi a partir do cotidiano de trabalho como muitos começaram a se apaixonar pela profissão, como comenta nossa participante: *“Eu acho que a minha hora ainda vai chegar e que por enquanto eu aceito que no lugar onde eu estou. Porque eu amo a minha profissão, eu estou gostando muito, desde que eu entrei e que comecei a ver...” [ACS6].*

Embora inicialmente os ACS tiveram dificuldades no exercício das suas funções devido à complexidade do trabalho, são resgatados momentos de satisfação do trabalho relacionado principalmente com o vínculo com a população e com a boa relação com os colegas e outros profissionais de saúde,

(...) aqui eu me sinto muito à vontade no meu trabalho, eu gosto muito de estar aqui no meu trabalho aqui é minha casa, minha segunda casa, minha família e eu não tenho, tenho minha família específica que é minha equipe, [ACS3]

Porque aqui eu conheci pessoas incríveis, embora a gente está aqui um ano e seis meses e tal, já são meus amigos de vida mesmo, são pessoas que eu já levei para minha vida. [ACS5]

(...) vamos dizer assim, gostei bastante, gosto da minha profissão eu adoro cuidar das pessoas, de lidar com as pessoas; e algo que eu mais gosto é das crianças [ACS2]

Nesse cenário, as relações intersubjetivas cobram relevância. Concordamos com Dejours (*apud* GALAVOTE, 2010) referente ao processo de pertencimento e identificação com o trabalho se dá no cotidiano do trabalho, nas relações intersubjetivas constituídas a partir do “olhar do outro” onde acontecem diversas trocas.

A “dinâmica do trabalho” também é percebida de forma positiva, já que o profissional está constantemente transitando por diversos espaços institucionais e não institucionais que lhes dá certa autonomia no seu trabalho. Eles afirmam:

*(...)e é isso eu gosto de fazer meu trabalho eu não tenho que reclamar do meu trabalho eu **gosto dessa coisa de uma hora tô aqui, outra hora eu subo, às vezes um usuário conta coisas da vida dele a gente passa a ser parte da família dele** as vezes a gente encontra ele na rua ele quer saber coisas de trabalho e ele pergunta como a gente tá [ACS8]*

Então eu me sinto bem, eu acho que é interessante sim e acho importante. Porque aí eu to na rua também, as pessoas me abordam. Elas sabem que a clínica tá aqui, a clínica sabe que elas estão lá, então eu acho interessante”. [ACS1]

Nesse contexto de eventos positivos que vivencia o ACS, é importante ver que isso motiva e dá força para a reflexão sobre o seu trabalho e a auto percepção como sujeitos críticos, como afirma o ACS 4: “*Eu vejo algo pra repensar como cidadão, como posso ajudar? Como meu engajamento seja ele social e político tenho pra mudar a realidade daquelas pessoas*”. No seu trabalho eles desenvolvem um maior compromisso social com a população, de transformação da realidade à qual também pertencem.

Diversos valores, sentimentos e pensamentos positivos surgem nesse contexto: empatia, gentileza, o cuidado pelo outro, tolerância, respeito, paciência, confiança, etc; os quais são descobertos e/ou potencializados no trabalho diário dos ACS e principalmente na relação com a população. Da mesma forma Meira (2008) enfatiza que o trabalho dos agentes com a população é facilitado quando o ACS gosta do seu trabalho; assim, salienta o trabalho realizado com amor, carinho, motivação, refletindo-se num atendimento mais humanizado. Ao respeito os ACS mencionam:

*Essa é a coisa que eu mais gosto de trabalhar aqui, porque além de **ouvir as pessoas, eu tenho a oportunidade de ser gentil**. Eu não quero ser ACS pra sempre, né. Mas eu gosto muito da estratégia da família, [ACS5]*

*E sério, o que eu mais gosto de trabalhar aqui é isso, é **poder praticar a empatia diariamente** e descobrir que tem muitas realidades e que a minha não é certa, que a minha verdade não é absoluta, nem da outra pessoa e que... é isso.. **Eu aprendo muito aqui diariamente**.” [ACS5]*

O aprendizado constante da realidade complexa que enfrentam, e o olhar sensível ajudam a que os agentes reconheçam e valorizem o seu trabalho, além de ter a grande satisfação de perceber que seu trabalho está contribuindo a melhorar de alguma forma a qualidade de vida das pessoas,

O modelo de clínica da família. Creio que desfazendo isso claramente as pessoas vão ficar desassistidas como estavam e... isso vem melhorando muito, sabe? Os próprios cuidados que a gente faz... dos hipertensos, diabéticos... sabe? O cuidado sendo feito, essas pessoas melhorando, tendo uma qualidade de vida melhor... as pessoas que não tinham acesso à informação, tendo acesso à informação e vendo diariamente, sabe? Progressivamente a melhora delas, se não entendeu o modelo de saúde... educação também...”tem alguém cuidando da gente aqui”, sabe? A gente vê isso, é muito legal. [ACS9]

De novo, a relevância da estratégia da saúde da família em geral é constatada pelos agentes que também são usuários do SUS e percebem os avanços vindos a partir da implementação da ESF no bairro; tanto na ampliação de acesso aos serviços de saúde como no acompanhamento da situação de saúde da população.

Em outros depoimentos, identificamos contradições nos discursos respeito à importância do trabalho do ACS. Por um lado, existe uma visão limitada do trabalho do ACS, na prática eles conhecem e reconhecem a complexidade no seu trabalho, mas do discurso eles afirmam que são um elo conector entre a unidade de saúde e a população, desvalorizando assim seu trabalho, colocando-se como informantes, quando na prática o seu papel vai muito além disso.

Então eu acho assim que tem esse valor de a gente estar...ser a linha de contato entre a clínica e o paciente né, eu acho que tem esse valor [ACS10]

Eu acho que o agente contribui bastante porque ele faz de verdade a ponte entre a comunidade e a clínica né [ACS1]

Porque o ACS é um elo direto nessa relação paciente e unidade de saúde né. [E-ASC5]

Porque nós somos a porta de entrada. Quem segura a onda ali na frente, somos nós. [ACS7]

(...)... o agente... ele... primeiro que eu acho que ele é o... o primeiro ali na ponta... né... o que que carrega tudo... eu acho que é muito mal olhado... vamos dizer assim... né... é muito desprezado...[ACS3]

O que significa para os ACS, olhar-se como elo, nexos, ponte, entre a comunidade e a unidade de saúde? Em alguns relatos isso parece denotar uma simples função de informantes, tradutores de informações que de certa forma são colocados como elementos que constituem a identidade profissional do ACS (FONSECA AF, 2013). Em outros cenários do cotidiano de trabalho, o trabalho real se apresenta muito diferente do trabalho prescrito, mostrando a grande carga de trabalho e todas as repercussões que isso traz para as diversas dimensões da vida dos ACS. Desse modo, consideramos importante e necessária a formação dos ACS, com a finalidade despertar uma maior consciência sobre a relevância do seu trabalho e lutar pelo seu reconhecimento; na abordagem freiriana, defendemos assim o esforço para a conscientização como processo permanente para alcançar consciência crítica que se constitui como um trabalho na *práxis* (na ação e reflexão) (FREIRE, 1979).

Em consonância com os estudos de Meira (2008); Schubert, Silva (2011); Andrade (2013) e Ferreira (2016) que destacam a importância do vínculo dos ACS com os usuários como aspectos fundamentais na construção da identidade profissional dos ACS e o desenvolvimento de elementos subjetivos (afetos, valores, sentimentos), o nosso estudo também apresenta essas características. No vínculo que os agentes estabelecem com a população, a relação geralmente é de confiança, afeto, escuta, solidariedade,

*Eles me tratam com uma gentileza às vezes, **parece que eu sou da família** mesmo. [ACS5].*

*Eu assim... **O momento que eu mais gosto mesmo é de estar na comunidade**, entendeu? Porque você tá com pessoas, assim, você se sente querida. Com o período da greve, como agente não subia direto, às vezes poxa*

*“você sumiu, você nunca mais foi na minha casa”, tem pessoas que te dão café, querem que você almoce, sabe? **Eles te tratam com tanto carinho, te abraça, te beija, eu acho que isso aí não tem preço**, entendeu? [ACS7]*

Às vezes os pacientes falam: nossa você é tão legal, você é minha agente, eu gosto de você. Você é legal, você foi lá... não sei o que. Isso é legal, eu sou agente da pessoa; mas eu trato como também como meus pacientes, eu dou atenção, se é de outra equipe eu ajudo. [ACS6]

a gente lida com a dificuldade da pessoa, você lida com o paciente, não é numero o usuário aqui não é número , é um indivíduo que vivem uma comunidade que a gente conhece e trabalha dentro da possibilidade dele, entendeu? Dentro do que ele pode e com o carinho que acho que é isso o mais importante. [ACS8]

A satisfação de ter um retorno positivo de algum usuário sobre o trabalho do ACS é um ganho, uma vitória que para eles compensa as derrotas vindas de outras lutas no trabalho.

A preocupação dos ACS pelo bem-estar da população os leva a doar-se constantemente no trabalho: **“somos usuários e a gente também precisa sobreviver. Mas... eu fico pensando naquelas pessoas que estão lá, precisando de atendimento, de ser acompanhados”** [ACS6]. Assim, ainda cientes das dificuldades no cotidiano de trabalho, os ACS priorizam o seu vínculo com os usuários na esperança de conseguir ajudá-los, talvez porque os ACS se projetam nas necessidades dos usuários. O ACS 5 diz sobre o trabalho: **“É estressante? [o trabalho] É! Às vezes tem muita cobrança, mas acho que é extremamente gratificante quando você chega e se sente querido naquela casa, eu acho que vale muito a pena por isso”**. Essa afirmação faz com que pareça que os ACS estão resignados e conformados à precarização do seu trabalho em troca do reconhecimento da população. Porém, defendemos que o reconhecimento do trabalho do ACS pela população, não justifica toda a desvalorização que atravessa a profissão.

Apoiando-nos nos aportes de Lancman e Laerte (2011), consideramos que o reconhecimento aparece neste contexto como diminuição do sofrimento ocasionado pelo trabalho. Desse modo, não significa que os ACS estejam conformados, acomodados ou resignados passivamente à condição de precariedade do trabalho, senão, que procuram formas de lutar contra o sofrimento, ou seja, estratégias de defesa subjetiva seja individual ou coletiva no exercício do trabalho (FONSECA MLG, 2013).

Como tínhamos mencionado, o ACS é consciente da importância do seu trabalho, e da complexidade de lidar com pessoas. Eles destacam que é mediante as visitas domiciliares e a conversa constante que se consegue conhecer a realidade dos usuários, uma atividade necessária para melhorar o acesso à saúde da população:

*O Arquivista praticamente ele trabalha mais com números e montante documental, **o agente de saúde não, ele trabalha o dia a dia ele conhece o morador, ele conhece como que funciona a comunidade** (...) [ACS4].*

*Então essas visitas são muito importantes por isso. Porque **esse acompanhamento na casa mesmo é totalmente diferente, porque na casa a gente consegue descobrir coisas que eu acredito que o médico e o enfermeiro não consigam no consultório** [ACS5]*

*Eu acho que quando a gente vai e acaba descobrindo essas coisas, eu acho que é **isso que mais me encanta na estratégia da família, é esse acompanhamento que a gente tem, é esse zelo que a gente tem pelas pessoas.** [ACS5]*

*eu acho que **o que mais gosto é quando tem visita, paciente acamado. A visita domiciliar, quando a gente vai, a pessoa fica muito esperançosa, mesmo sendo às vezes casos muito graves... Pelo menos agora está sabendo ali que você está junto.** [ACS6]*

O olhar diferenciado que constroem os profissionais na ESF para quem trabalha na atenção primária e essencial para a mudança do modelo de atenção à saúde hospitalocêntrico. E os sentidos e significados que os ACS dão ao seu trabalho estão muito relacionados com essa emergente visão humanizada da saúde, e como temos identificado não sempre caminha junto com o modelo de gestão vigente.

Sabemos que nossos entrevistados aprenderam sobre a sua profissão no trabalho diário; porém, isso não desvaloriza a sua experiência como parte da sua formação profissional; ao contrário, nos ajuda a perceber seu potencial como agentes de transformação e a pensar como uma perspectiva crítica de formação poderia contribuir nesse processo.

O ACS se percebe como articulador entre diversos atores, setores e instituições. Eles aproximam as pessoas, conhecem as histórias de vida e atuam muitas vezes além do exigido pelo trabalho prescrito.

*É isso mesmo, quando tem informações e passa para a comunidade, faltava isso. **Porque a pessoa tem seu cotidiano, trabalham... ela sabe que tem uma rede de educação, uma rede de cultura, rede de saúde. Só que falta essa... essa divulgação direta, esse convívio. Essa coisa, sabe? Mais diária. E com essa profissão que a gente assumiu agora, ACS, nós somos essa***

aproximação, está já claramente com essas pessoas, a gente vive com elas, né? E isso é legal. [ACS9]

O trabalho não prescrito, ou seja, o trabalho real dos ACS nos mostra que as ações dos ACS transcendem o setor saúde e que poderiam ser pensadas desde numa perspectiva intersetorial, porém, no modelo gerencialista as tarefas assignadas aos trabalhadores se priorizam os números e não ações relacionadas com a determinação social de saúde da população. No cotidiano de trabalho são diversas demandas com as quais os ACS lidam, sejam estas internas ou externas ao setor saúde:

Ao mesmo tempo, a gente tem que ir lidando, a gente é polvo né, a gente tem que lidar com o médico aqui, com o técnico de enfermagem, com o usuário e a gente tem que tentar juntar todo mundo né? (...), mesmo que pense diferente vamos tentar no mesmo caminho aqui. [ACS2]

Eu acho que o agente contribui bastante porque ele faz de verdade a ponte entre a comunidade e a clínica né. A gente traz muitas questões de pacientes que [...] tem dificuldade de vir aqui ou tá necessitando de algo para além da saúde né. Às vezes até dificuldade financeira mesmo, em caso de não tá podendo comprar roupas pros filhos, a gente vê se alguém pode fazer doações, coisa nesses sentidos para além da saúde né. Então eu acho que o agente comunitário tem muito que contribuir pra comunidade mesmo em si. [ACS7]

A precarização aparece aqui na forma de intensificação do trabalho. Apesar do ACS se perceber como articulador e potencializador de ações intersetoriais¹¹, na prática muitas das demandas tem implicado desvio de função, intensificação do trabalho, e por mais compromissados com resolver as demandas da população, acabam se inserindo em uma forma de organização do trabalho que aponta à sua precarização. Como destacam Morosini e Fonseca (2018), as funções do ACS têm se modificado ao ponto de passar de ser um “agente transformador” a ser um “agente burocrático”. Isso não nega o importante trabalho que realizam os ACS, porém, é importante questionar essa carga de trabalho atribuída aos ACS, que tem gerado uma reconfiguração do seu trabalho para atender o modelo privatista da saúde.

6.2.4.2 Sobrecarga do trabalho e Sofrimento

A intensificação do trabalho e a continua desvalorização da profissão além de conduzir a condições de trabalho precarizadas, também interferem significativamente

¹¹ Atribuição do ACS previsto na PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017.

na subjetividade dos trabalhadores. O sofrimento no trabalho é uma das consequências e foi um fato que se agravou no período de greve e mobilizações. Anterior a esse processo, os ACS já consideravam que os aspectos subjetivos do seu trabalho eram mais difíceis de afrontar do que outros vindos do trabalho. Assim nos comentam os ACS:

*Eu acho que **a parte mais cansativa é a psicológica**, não tanto a física. A física também porque a gente tem que ficar andando muito no sol, vai pra lá, vem pra cá, mas acho que a psicológica é **maior principalmente quando se trata de acolhimento, ta ali frente a frente com o público é mais cansativo.***
[ACS1]

O desgaste ali na frente também é muito grande, né. Porque assim, a maioria reclama, reclama, xinga, xinga, (...)" [ACS7]

*(...) mas tem gente aqui que já sofreu cuspada, já foi ameaçada de ser agredido, se não agride fisicamente, e se não tem intenção de agredir fisicamente fala coisas ásperas, xingam, entendeu. Então assim, você...é muito complicado! você tem que manter a postura, ter uma frieza né (tá quase explodindo) e a gente sabe que tem que manter, evitar perder o controle para evitar ter problemas maiores...que o paciente perca a linha e venha encima da gente...É difícil, assim **tem dia que eu chego em casa: "acho que eu não vou voltar" é ruim quando você começa a pensar assim*** [ACS10]

São diversos os contextos nos quais os ACS se sentem desvalorizados e como profissionais, descartados. O acolhimento é relatado como um momento de desgaste mental muito grande, já que é quando recebem todo tipo de demandas da população e os mais variados comportamentos; situação que não sempre provoca no ACS um sentimento de satisfação pelo seu trabalho. São nas relações intersubjetivas onde os profissionais de saúde procuram estratégias para lidar com as demandas da população relacionadas com o sofrimento social.

Os ACS esperam o reconhecimento pelo seu trabalho, ou, seja, segundo Lancman e Laerte (2011) o sentido do reconhecimento aqui é a necessidade da retribuição simbólica do fazer para diminuir o sofrimento. Nas palavras da agente:

*Então só espero que seja cada vez mais conhecido **porque é um trabalho difícil, é desgastante, é exaustivo** mas espero que seja cada vez mais reconhecido, que tenha o valor necessário, sabe, e que não seja simplesmente descartado como se não fosse importante, porque é extremamente importante.*
[ACS5]

No período da greve o desgaste emocional se intensificou, e com algumas peculiaridades. A falta de recursos (materiais, financeiros), os atrasos de salários e

as ameaças de corte de orçamento na área da saúde, fizeram do final do período de mobilizações um contexto de muito sofrimento, como comentam os ACS:

*(...)quando a gente tá feliz acaba que né, as pessoas ao seu redor ficam e você se contagia **só que acontece que todos estão muito carregados, seja porque um profissional da sua equipe saiu, seja por problemas que acaba gerando o financeiro** [ACS2]*

*(...)não pode se desmotivar de jeito nenhum, **mas tem hora que sabe é frustrante. Muitas vezes a gente sentava: “caramba a gente tá na greve e não vê acontecer nada. Que que está acontecendo?” “E agora?”** [ACS9]*

*A gente venceu uma... essa luta, da... essa resistência a gente venceu. A gente perdeu muita coisa, alguns companheiros no caminho, mas... isso nos tornou fortes de certa forma. E só espero agora as melhorias porque... **todo mundo sofreu muito. A gente precisa essas melhorias para poder... cuidar do que sobrou. É tão ruim falar assim dessa forma, mas é preciso.** [ACS9]*

6.2.4.3. Momentos coletivos e de suporte emocional

A unidade de saúde acompanhada realiza grupos sobre temáticas variadas para trabalhar com a população e alguns voltados também para os profissionais de saúde da unidade. Os grupos voltados para os profissionais de saúde abordam temas relacionados com a saúde mental dos profissionais.

*(...) **às vezes eles faziam uns grupos com a gente.** A gente se reunia, os profissionais... médicos, a gerente não participava não, mas ela estava por dentro. Reunia os profissionais para dar força uns para os outros, a gente estava desgastado... **não só com o médico, pessoas em geral, todos os profissionais. E a gente se reunia e conversava... falava o que estava sentindo, tinha muito isso.** [ACS6]*

*Eu acho isso legal, é uma coisa que assim... é... **agora que a gente voltou da greve, vê retornar os grupos que também é importante, isso é legal porque aproxima mais a gente. Aqui tem o espaço para falar, para desabafar, para trocar experiências além das reuniões das equipes. É legal isso**[ACS-9]*

A importância dos grupos de saúde colocada por Dejours como uma *vontade coletiva* de se reunirem para falarem sobre seus afetos, sentimentos e pensamentos implicam formas estratégicas coletivas que enfrentamento ao sofrimento que experimentam, ainda que isso não apareça de forma muito explícita.

Algumas reuniões de equipe tornam-se além de momentos de discussão do trabalho de cada profissional, em espaços de escuta e acolhimento aos problemas

profissionais e pessoais vindos do trabalho. O ACS 3 nos comenta como eram as reuniões de equipe antes da greve: (...) *o trabalho de grupo é feito... né... e as nossas reuniões são alegres... a gente consegue/ muito alegres...[ACS3]*. Para Lancman e Laerte (2011) as reuniões de equipe e os grupos de saúde constituem espaços institucionalizados onde pode-se dar a mobilização subjetiva dos trabalhadores, de forma espontânea no intuito de tentar resolver as dificuldades apresentadas na organização do trabalho.

O *sofrimento social*, apontado por Fonseca MLG (2013) é vivenciado pelos ACS de forma dupla, tanto como trabalhadores de saúde como usuários do SUS que também apresentam dores. Nesse sentido, os grupos de saúde, representam grandes mecanismos de suporte emocional; e se evidencia a necessidade de fortalecê-los:

Então, uma coisa que eu vejo de novidade daqui é que assim, a gente oferta saúde para as pessoas. E mesmo sendo ACS, nós também somos usuários da clínica, né? E.. é ofertado para a gente isso também, então tudo isso é para a gente... então assim, até os grupos de cuidado que tem aqui, nós participamos também, como agente e como usuário. Então nesse momento que a gente precisa, também usa, sabe? E é legal ter esse cuidado também para a gente. Eu vejo isso. [ACS9]

Sim e uma que ela fez e eu até participei de vocês falando dos seus problemas pessoais, às vezes a gente escuta o do outro, mas não tem ninguém pra escutar o nosso, às vezes a gente chega em casa e tem que ser mãe, dona de casa e chega aqui tem que ser agente comunitário quando é que você senta pra escutar o que você está passando, a tua dor. [ACS8]

A construção de momentos de escuta coletiva, é uma real demanda dos ACS que poderia ser pensada inclusive como parte da organização do trabalho e ser abordada de forma permanente:

mas como a gente tem um pouco mais de tempo livre, não sei talvez devesse ter alguma coisa, uma roda de conversa, algo que, não sei o que, mas algo que tire a gente um pouco dessa realidade sabe? Tipo, que a gente consiga conversar, a gente consiga ser mais leve, não precisa ser necessariamente fora daqui sai pra espairer a cabeça, mas quem sabe aqui, sabe. [ACS2]

Os serviços de saúde precisam pensar em espaços de acolhimento aos seus trabalhadores. Concordamos com Sá e Azevedo (2013) quando afirmam que é importante olhar para o universo intersubjetivo nos serviços de saúde, já que seu estudo condiciona a capacidade de resposta às demandas da população, assim como mudanças nas práticas de saúde e de gestão. A dimensão subjetiva do trabalho cobra relevância no intuito de compreender as relações complexas que atravessam o

cotidiano de trabalho dos ACS e pensar em formas de melhorar as condições de trabalho e saúde dos profissionais e da população.

Nesse plano subjetivo as estratégias de defesa individual ou coletiva frente ao sofrimento, poderiam ser pensadas como ações de “resistência” na perspectiva de Giroux, (1985). Em outras palavras, a normalidade no sofrimento, apontada por Dejours (2012), é uma forma de sobrevivência e na medida em que seja útil para ajudar na saúde mental dos agentes, pode ser uma forma de enfrentar o contexto inóspito que vivenciam.

6.2.5. Práticas políticas de acomodação e resistência

6.2.5.1. Dificuldades de mobilização e organização política

O momento da greve representou para os ACS a resposta à precarização das condições de trabalho e o aprofundamento do sofrimento social. No entanto, compreender essa luta não foi tarefa fácil.

A maioria dos ACS mostraram uma facilidade para se organizar e mobilizar. No entanto, no início o cenário era de incerteza e uma fragilidade na organização da categoria profissional foi a pouca informação inicial recebida sobre os motivos das mobilizações; isso resultou na acomodação de um grupo de trabalhadores que não se mostraram animados a discutirem sobre suas condições de trabalho, já que no início a situação de crise ainda não afetava a sua vida pessoal,

*Melhoramos o cenário, não vamos dizer que é o ideal que são todos engajados, sabemos a nossa missão em termos de dever, **mas muitos como em qualquer setor, em qualquer categoria...é acomodada**, deixa que o vento nos leve, mas surgiram outros interessados, procuraram saber como funciona a categoria também é gratificante saber que amanhã outras pessoas ocuparão esse papel. [ACS4]*

*Mas assim, **todas as vezes a gente esperava e não apareciam tantos profissionais**. Uma vez eu fui a primeira em chegar numa que marcaram, e assim... cadê o pessoal? Era pouca gente. Mas mesmo assim, na ilha são muitos profissionais da saúde que trabalham aqui dentro, porque que não estavam todos, sabe? Porque que não estavam todos? (sobre a greve) [ACS6].*

É questionada pelos ACS a ausência nos protestos dos colegas e principalmente dos outros profissionais da equipe. No entanto, cabe mencionar que nas primeiras mobilizações acompanhadas foram poucos os ACS liberados do seu trabalho para participar das mobilizações.

Nesse **processo de organização**, foram importantes as discussões dos ACS junto aos sindicatos municipal e estadual sobre as suas condições de trabalho e possíveis afiliações. Muitos dos ACS decidiram se afiliar ao sindicato municipal com a intenção de reivindicar seus direitos, mas, o cenário se complicou e suas prioridades mudaram,

*mas acontece que a gente lutava antes da gente não ter medicação, a gente tinha... **a gente tava procurando sindicato pra apoiar as lutas de efetivar a gente, mas aí veio essa [greve]... e a gente achou um pouco mais importante, uma coisa de cada vez, até porque como a gente sem salário reivindica?...**[ACS2]*

Nas dificuldades também surgem algumas alternativas. A partir da procura do sindicato os agentes receberam informação sobre o contexto da greve, as lutas dos movimentos dos ACS no Rio de Janeiro, as suas condições de trabalho em relação às OSS, entre outros temas. Isso de alguma forma os juntou como coletivo e motivou aos agentes a se manter firmes nas suas reivindicações:

***Nossa greve está respaldada pelo sindicato** né que está fazendo quem está conectando com o sindicato, mas mesmo assim eu não acho garantia de que...eles mesmos falaram que nada está garantido para a gente. [ACS10]*

*foi feito greve das categorias, **a gente fez passeata, fez pressão essa coisa toda, e com a união do sindicato que a gente teve, eles falaram que o que fez a rescisão deles fazer o pagamento y tudo...viram que o processo parou...que os ACS são a massa né vamos para a rua, fizemos manifestação, fomos para a rua, fomos acompanhando médicos...saúde bucal (...).** [ACS10]*

As continuas discussões da categoria profissional e o apoio do sindicato foram relevantes na conscientização dos profissionais sobre a realidade que vivenciam e o fortalecimento das estratégias de luta. Em diálogo com Giroux, essa ação social politizada seria o caminho para a emancipação dos ACS mediada por um processo de conscientização.

Por outro lado, aproximadamente seis meses de luta provocaram **consequências subjetivas** negativas para os trabalhadores da APS, e especificamente para os ACS. Afetos como: estresse, desgaste, ansiedade e

desânimo, aceiravam a unidade de saúde. Como reafirma a ACS 5: “(...) desse período de greve e tudo mais, acho que é o período que a gente está realmente mais estressado porque **você fica aqui o dia inteiro, sem ser produtivo é extremamente estressante, desgastante**”.

A característica da greve presencial foi comparecer no local de trabalho, onde o 70% dos trabalhadores realizam suas atividades normalmente, enquanto o outro 30% acata a greve. Portanto, os ACS permaneciam maiormente na unidade durante esse período, causando a impotência, já que sua rotina de trabalho é estar mais tempo no território; com relação a isso a ACS 7 comenta: “*nossa no período da greve foi ‘estancante’, porque a gente quase não saia, entendeu?*”.

Essa situação se tornou sufocante, porém a pesar da intensificação do sofrimento do trabalho, a maior preocupação observada correspondeu à perda da estabilidade do vínculo com a população,

Então esses vínculos que a gente trabalhou tanto pra conquistar, que não acontecem instantaneamente mas que é uma coisa construída na maior parte das vezes, se quebrou...sabe [ACS5]

E... do resto estava muito estressante, a gente estava doida para acabar essa greve. A gente estava torcendo por isso, porque já tinha perdido o foco. No final a gente já tinha perdido o foco. E a gente estava deixando de acompanhar, a gente estava deixando de acompanhar os pacientes que precisavam ser acompanhados. Está entendendo? E aí a gente estava perdendo o vínculo também. Parecia que tudo o que a gente estava fazendo, parecia que não tivesse feito nada. Estava-se perdendo isso [ACS6]

Então, foi quebrando esse vínculo por causa da greve [ACS3]

Além do vínculo com a população, os próprios agentes mostram-se confusos e desanimados; situação onde parece não haver distinção entre o cansaço da luta e o conformismo.

Acho que é triste falar isso, mas talvez a gente esteja um pouco mais conformado, sabe, o que é lamentável né. Mas é porque é extremamente cansativo, então acho que falta força pra gente lutar [...] Antes a gente estava sempre se organizando, nem que a gente fosse ali pro Aterro fazer um barulho, sabe, já era alguma coisa. a gente lutava pra ter uma visibilidade, mas agora não, a gente só ta aceitando que as coisas precisam mudar mas infelizmente nesse momento acho que gente não tá fazendo muita coisa pra mudar. A gente tá em greve, mas acho que a gente poderia passar o resto do ano em greve que ninguém teria mais essa força pra lutar. É triste, lamentável, mas é a realidade. [ACS5]

[...] acho que acreditar no nosso trabalho é a força matriz nessa...no que a gente precisa nessa luta. Mas é extremamente difícil porque a gente vê que a gente tá ali fazendo o nosso e a gente não consegue nem uma mudança por menor que seja. É cansativo [ACS5]

É manifestado o desejo de mudança, mas no marco de condições precarizadas pelo modelo gerencial encarnado na vida dos trabalhadores, que gera mais sofrimento. Assim, cabe refletir até que ponto os ACS tiveram as condições para se manter na greve, considerando que a greve presencial subtraiu do ACS a principal função que realizam de visita domiciliar.

Por um lado, pode ter sido o conformismo e a acomodação à situação que se apropriou do agir de alguns ACS cujas ações de oposição ao modelo hegemônico não tinham mais força de transformação, mas foram formas de conseguir sobreviver em um cenário de crise. Por outro, consideramos que houveram ações de um movimento real de resistência individual e coletiva que é preciso valorizar; embora ainda ressoe a questão: até onde foi possível resistir? Lembremos que a resistência segundo Giroux (1985) não é o fim da ação, mas ações que acontecem na prática.

Podemos afirmar que não houve algum tipo de preparação para afrontar essa greve e ressignificá-la como ação política coletiva de resistência, especialmente para os agentes, sujeitos com apenas um ano de atuação como ACS na clínica da família, e que é a primeira vez que tem que enfrentar uma situação necessária, mas muito complexa que inclusive coloca em xeque sua permanência ou não no trabalho. As dúvidas sobre qual seriam suas atribuições nesse longo processo de greve, a escassez de recursos, o desgaste físico e mental, o atraso do pagamento dos salários, repressão das mobilizações, as relações tensas com a população que precisa de atendimento, relações interpessoais fragilizadas, entre outros acontecimentos que agravam a crise e explicam o contexto que gerou o cansaço e impotência destes trabalhadores que vieram na greve após 6 meses uma situação quase insustentável:

Como agora, a gente teve esse período da greve. A pesar de ser necessário... nós entramos em estado de greve... foi preciso para poder informar, poucas pessoas entendem assim... metade entende, metade não. E por mais que isso seja em benefício de todos nós, isso acaba prejudicando muito, tanto para a gente que está trabalhando aqui como mais ainda para o povo que precisa, que acaba limitando um pouco esse acesso. E... a gente espera um pouco do vínculo, a pessoa fica um pouco desacreditada... eu acho que seja essa a dificuldade[ACS9]

Considerando o contexto econômico, político e social que atravessa o Brasil, e em particular o município do Rio de Janeiro, a greve nesse contexto me parece que atuou geralmente como um mecanismo de desestabilização mais do que reivindicação ou resistência, ainda que o processo teve algumas consequências positivas, estas foram provisórias e evidencia disso são as atuais demissões dos ACS. Indo além disso, não é a greve em si que agravou a situação, mas nas condições nas quais aconteceu

Em um momento de crise, o **ambiente de trabalho** também resulta afetado. Diversas tensões aparecem dentro da unidade de saúde, gerando um ambiente pouco saudável, e de relações intersubjetivas fragilizadas, como afirmam alguns ACS:

E ai a gente faz o que? Ai misturou tudo da um nó na nossa cabeça porque você cria um ambiente bom onde todo mundo começou junto, uma luta junto é... o ambiente é perfeito, as amizades são perfeitas, o ânimo de trabalho em equipe em equipe é 100% e ai vai tudo pro ralo, eu não quero pensar nisso, da medo, da muito medo, muito medo, eu não quero. [ACS3]

(...) não é um ambiente legal né, antes a gente ficava estressada a gente ia pras visitas e acaba desestressando e voltava um pouco mais leve né, não tinha mais: “poxa colega eu fui visitar um idoso”, mas nem isso tem mais, a gente fica confinado aqui porque a greve é presencial e acaba que às vezes porque você não fechou a porta da sala dos ACS vira uma briga generalizada sabe e ai já é pesado de trabalhar. [ACS2]

O espaço de “confinamento” relatado pelo ACS 2 como consequência do “estado de greve” deu lugar a múltiplos momentos de tensão. Discussões entre categorias profissionais revelaram relações de poder exercidas no desenvolvimento do trabalho dentro da unidade de saúde, como descreve o ACS:

na época da vacina da febre amarela que precisava de alguém pra escrever porque realmente são muitas coisas para preencher para sobre febre amarela é o papel que a gente tem que dar para o paciente, jogar no sistema, é uma ficha que tem que preencher, uma estatística que acaba que pro técnico de enfermagem é muita coisa para fazer e aí essa parte da escrita ficava com a gente e quando a gente entrou de greve, a gente não pode fazer, foi uma das faltas não fazer escreva e ai vai fazer o que? Os técnicos entraram em greve, eles não podiam fazer também e o que acontecia? Colocaram os enfermeiros para fazer e aí eles brigaram né, não e ai fica a briga: “bota o ACS, não!, o ACS não pode”, e aí fica uma briga porque a gente em campanha só pode direcionar a fila, o que a gente vem fazer aqui? A gente fica tipo, aí eles (os enfermeiros) perguntam: “o que que eles(ACS) vieram fazer aqui se eles não fazer nada?” Aí acaba que a gente vira nada, não sei dizer só apontando pra onde tem que andar. [ACS2]

Como apontam Morosini e Fonseca (2018), muitas atividades não prescritas são atribuídas aos agentes pela falta de profissionais responsáveis, ainda mais se

isso implica ações simplificadas e objetivas. O ambiente de trabalho na greve trouxe essas demandas, as quais revelaram relações de poder entre categorias respeito ao desempenho de funções e a desvalorização do trabalho dos ACS por parte das outras categorias.

Apesar disso, outros ACS resgatam momentos de “animosidade” dentro da unidade, especificamente respeito às relações interpessoais,

Eu acho que assim, independente mesmo a gente assim de... de.... Esse clima assim de indiferença de algumas pessoas, mas a maioria também é muito assim, muito alegre sabe? É muito.... É um clima.... É um lugar que a gente trabalha que a gente se sente bem, porque a gente vê realmente que tem um que fala com fulano, tem outra que não fala, entendeu? Mas a maioria assim é tudo muito alegre, as pessoas. Eles procuram assim... A gente passa aqui mais tempo que com nossa família né? Então a gente tem esse clima, clima de alegria, sabe?” [ACS7]

Essas opiniões diferentes dos ACS devem-se a eles relacionarem seu ambiente de trabalho ao vínculo estabelecido com a sua equipe de saúde.

Algumas marcas das falas sobre o processo da greve insistiram em colocar a falta de “produção” como um problema importante. Quando a ACS comenta depois desse período: “[...] eu não tô rendendo, **eu não consigo render porque eu não consigo alimentar o sistema**, eu não rendo como pessoa, eu não rendo como agente comunitário [...]” [ACS2]. Como apontamos anteriormente, “o gerenciamento busca incutir performatividade na alma dos trabalhadores” (BALL, 2005, p.545). O sistema gerencialista transforma valores e por isso o profissional cria um sentimento de culpa nessa situação, já que é exigido a atingir metas mensais e não está conseguindo alcançar seu objetivo. Os agentes passam a acreditar no valor do desempenho e da produtividade como condição para melhorar a qualidade do seu trabalho.

Das dificuldades também emanam aprendizagens, reflexões sobre o trabalho, questionamentos ao modelo hegemônico de saúde; e é muito importante perceber como os ACS relatam isso,

No começo foi bem presente essa coisa de ir para as ruas, ir para a comunidade falar, mas com o tempo isso se foi desgastando, vou ser bem franco. Se foi desgastando mesmo, a gente foi vendo pouco resultado, a população também inicialmente estava pouco presente, depois foi menos ainda até o ponto de caramba! Cadê a população? A população tava desacreditada já, como outras várias condições que a gente vê. Infelizmente

no Brasil inteiro. E isso acabou desanimando porque parece... que só a gente está lutando, sabe? Ficou um clima de tipo: estamos apenas aguardando. Desgaste...estresse... tanto que teve um período que a gente sentou e conversou: está muito desgastado, vamos procurar cuidar um pouco da gente porque nós precisamos ter força para poder motivar às pessoas. Porque se a gente não tiver força para motivar às pessoas... a gente já perde essa luta, sabe? A gente precisa dessa força da população, porque a gente não faz nada sem a população. Se a população não se levantar, não acontece. Tudo o que a gente tem aqui, esse modelo, esse sistema acontecendo é graças à parte da população que lutou por isso. Então, é importante que a população tenha ciência disso. Então é nisso que a gente encarava nossas forças, puxar para tentar trazer e aí... são várias lutas, sabe? A gente tem a luta de trazer a comunidade, a luta de trazer isso para a rua, a luta de mostrar isso para eles, a luta... essa luta constante, sabe? E agora que a gente saiu da greve e olha para trás, esse tempo que a gente perdeu, que a gente acabou perdendo, a gente sofre por falta de qualidade. Não por falta das coisas que... que o próprio governo deixou, o básico, de ter medicamentos, material para poder cuidar da população sabe? Mas essa falta mesmo de cuidado com a gente também, nós somos trabalhadores também, e se atrasa com o salário...fica difícil. A gente quer... nós queremos... nós amamos o que fazemos, muitos dos ACS não conseguiram ir até o final, teve que abandonar o barco, teve muitos que pediram demissão por faltar coisas dentro de casa mesmo, teve pessoas que não tiveram condições de pagar o aluguel... teve que se virar. É uma outra luta que a gente perde, um companheiro... uma pessoa que faz falta aqui dentro, faz falta lá fora também. É triste esse descaso que fazem com a gente e com a população também, né? [ACS9]

*E...reaprender...nós tivemos 6 meses de greve, por aí. Muita coisa, sabe? E voltar com esse gás todo, mostrar para a população que esse é o SUS, sabe? **A gente precisa ter esse conceito de greve sim, mas não é greve de parar, greve de resistir mesmo, sabe?** A resistência do SUS, da promoção da saúde acima de tudo. Mostrar à população que eles não estão sozinhos, tem a gente. Mas a população precisa estar junto com a gente. Se não, não funciona. É-ACS9]*

As contradições, desencontros, tensões, e os contrapontos da luta nos levam a refletir sobre a pouca preparação dos agentes para enfrentar uma greve dessa magnitude, a reaprender das dificuldades, a reconhecer as fragilidades e potencializar as fortalezas.

Pensando nos limites da acomodação e da resistência, até que ponto resistir não pode significar sobreviver? Exigimos muito de profissionais historicamente desvalorizados e que atravessam por um processo de brutal vulneração das diversas dimensões da sua existência.

6.2.5.2. Reinvidicações dos ACS

No caso analisado, os ACS entraram a trabalhar no SUS em 2016, pelo que o momento de crise acentuada no município de Rio de Janeiro em 2017 e 2018,

constituíram um grande golpe para esses trabalhadores que encontram-se construindo sua identidade profissional e lutando pelo seu reconhecimento. Nesse contexto, surgiram diversos aprendizados na reivindicação dos seus direitos como trabalhadores, e na luta pela permanência do SUS; e a pesar das dificuldades apresentadas, é importante reconhecer, valorizar e visibilizar as lutas e as conquistas alcançadas num cenário que parecia não melhorar.

Um aspecto a destacar é o **reconhecimento da capacidade de mobilização**, que foi se construindo em um processo que reflete o grande potencial dos agentes como trabalhadores com um perfil profissional humanizado e sujeitos *empoderados* da comunidade,

Não tinha o hábito de ir a mobilizações – “ah! mas daqui a pouco... movia muito a questão financeira: “ah! Meu salário caiu, mas não caiu”, mas será que a nossa mobilização é apenas o salário, atraso...e qualquer instituição seja privada ou do estado o dinheiro pode faltar a qualquer momento, mas você ver o pouco caso e o descaso com a relação com o que está ocorrendo vejo que conseguimos abrir os olhos de muitas pessoas, até mesmo da população. [ACS4]

*(...)exatamente isso. É necessário, porque não dá para ficar de braços cruzados enquanto a gente vê isso sendo desfeito aos poucos. E... é importante a greve exatamente para mostrar à população... mostrar para eles.... para ela acordar: olha só, são direitos de vocês! A gente tem que ir para a rua, temos que mostrar para eles que a gente está vendo e que não queremos isso, a gente quer melhoras. E o ápice eu acho assim que... **esse tempo que levou para a gente se organizar... o tempo que levou... isso ruim por outro lado, porque foi desgastando sabe? Que a greve desgasta a gente mesmo. Fica vendo, esperando ver resultados e às vezes demora e às vezes não dá, mas a gente tem que prevalecer. A gente não pode voltar atrás, porque se voltar atrás não melhora... assim, não dá para ser radical. mas também... não dá para ser 100% pacíficos, tem que gritar, protestar, as pessoas tem que mostrar que estão insatisfeitas para as coisas melhorarem. [ACS9]***

*E ai você fica assim: "poxa! tanta coisa para fazer! " mas sabe que isso é necessário né porque **não pode assim querer participar de uma luta sem ter perdas** né e a gente fica ali e tal e tem que ficar tem que ficar na unidade, não pode sair...mas...daqui a pouquinho recupera também. [ACS10]*

Os aspectos positivos desse período apesar das dificuldades apresentadas, correspondem principalmente à organização da categoria e mobilização da população.

6.2.5.3. Mobilizações: estratégias de enfrentamento e o risco das armadilhas

Salientamos as **estratégias de luta** adotadas pelos os ACS: procura de ajuda do sindicato e afiliação, não alimentação dos sistemas informatizados como medida de protesto durante a greve, negociação e diálogo com a prefeitura, solidariedade na luta da categoria, sensibilização da população.

Pode-se identificar em uma das estratégias de luta dos ACS quando mencionam que no início da greve eles realizavam normalmente as atividades, mas não inseriam os dados no sistema, assim a gestão não recebia a produção mensal:

(...) conseguimos em assembleia e discussão... procuramos melhorar a nossa estratégia né... anteriormente a gente fazia a greve... mas continuava preenchendo os relatórios, (...) Então passamos a fazer o trabalho... que a gente não pode deixar de lado o nosso mas (o nosso controle é no papel)... assim... caso aquele paciente tenha necessidade... ou a nossa equipe pra que o paciente não seja prejudicado, eu tenho em mãos as informações; Agora... preenchimento (para que) a prefeitura tenha números né... período de greve... (parou)... zero! [ACS4].

Por outro lado, através do reconhecimento da precariedade, o sofrimento pode gerar sentimentos como solidariedade, assim como afetos que desumanizam e endureçam as pessoas (FONSECA, 2013). Neste caso, as estratégias de defesa coletivas constroem o valor da solidariedade, expressado por exemplo no seguinte relato:

(...) eu acredito que até o final do mês já volta ao normal, porque assim a gente...o que foi acordado nos ACS, na minha assembleia que quando todas as unidades chegarem a receber, aí a gente o dia seguinte a gente voltaria ao normal, já só faltam duas ne, que tem unidades aí que pega zona oeste tudo que o pessoal chegou a passar necessidade mesmo, que ficou sem pagamento, sem alimentação. Então a gente está lutando pela categoria, apoiando para que tudo mundo receba direitinho (...) [ACS10]

Como categoria se organizaram para que sejam atendidas as demandas de todas as unidades por igual, sendo solidários com os colegas de outras unidades de saúde. Os acordos das assembleias internas e os espaços de discussão também são exercícios de participação social e de resistência frente às políticas de precarização do trabalho em saúde. Entretanto, nos espaços de organização sindical e mobilização social não sempre os acordos são unânimes e as estratégias homogêneas, os depoimentos marcam constantes discrepâncias e disputas. Contudo, resgatamos a importância da existência destes espaços onde a práxis é exercida. Ação e reflexão

(como unidade dialética) na teoria freiriana são necessárias assim para uma maior consciência crítica dos agentes; e a criação de espaços de diálogo (com todas suas limitações) são elementos potenciais para a formação crítica dos ACS.

Além dos reclamos contra a gestão, outras estratégias adotadas dizem respeito ao atendimento e à sensibilização da população, que se identificou como uma necessidade. Como foi abordada essa necessidade dentro e fora da unidade de saúde? Para alguns ACS a unidade teria que deixar de atender a população e só atender casos urgentes, aproveitando os momentos de acolhimento para sensibilizar à população,

O paciente ele sente, o paciente quando ele chega lá na frente vê o acolhimento vazio, o que que aconteceu? é a nossa brecha para dizer olha nós estamos reivindicando os nossos medicamentos, é tão querendo cortar, tão querendo fazer cortes no SUS, estamos sem o nosso salário e acaba que a gente conscientiza a população. [ACS2]

(...) é uma greve que, se é pra chamar a atenção da população eu acho que tem que negar o atendimento a não ser que seja uma emergência, (...) E compreender que a gente sem salário gente não funciona, sem medicamento a gente não funciona, sem condições de trabalho a gente também não funciona, uma hora a gente vai pifar, entendeu? Então o que eu acho é isso. [ACS8]

(...) é direito delas [da população] a gente não ta brigando só pelo nosso direito é direito delas também, ninguém vai pra passeata, você convoca: "eu vou", mas não vai, por isso que eu acho que a greve deve ser feita sem atender, [ACS8]

Outras das estratégias é o trabalho de sensibilização nos territórios com a população para informar sobre a situação de greve. Entretanto, foi evidente o pouco apoio recebido das outras categorias e da população em si, destacando a necessidade de união entre categorias profissionais e maior participação da população nas reivindicações:

Ah nós estávamos atuando muito em campo mesmo, em momentos de formação, do que estava acontecendo, dos usuários, manifestações, no trânsito. a gente fazia caminhada (...) Acho que além da categoria de agentes comunitários tem que ter uma união de todas as categorias...[ACS1]

Então acho que tem que ser uma luta geralzona mesmo de todas. Todas as categorias ir mesmo com força pra tentar intervir né, pra que não aconteça esse desmonte. Porque quando tinha mobilização alguns de outras categorias iam, mas a maioria era a gente. [ACS1]

Eu acho que estamos precisando que a população inteira saia para a rua... botar ordem. Tirar o prefeito, presidente, tirar geral e fazer uma

reforma. Porque vou te falar, se deixar assim, não vai mudar nunca. Porque o povo tem força, a gente que paga os impostos. [ACS6]

Então, não sei, talvez se a gente tivesse mais reuniões assim no território mesmo de ta explicando pra população a situação. Porque às vezes eles olham mas não enxergam o que tá acontecendo. Talvez se tivessem mais reuniões no próprio território mesmo, porque pra vir aqui... Ou até aqui mesmo enquanto eles esperam tá fazendo trabalho de conscientização com eles, né. Não falar que é mais... Não dar tanto foco pro atraso do salário. Acho que é mais do que isso né. Acho que fazer um trabalho mais de conscientização mesmo, aqui, no território acho que é muito importante. [ACS1]

Há um reconhecimento do potencial de mobilização tanto dos trabalhadores como da população, porém as estratégias de luta não sempre foram as mais assertivas nem sempre tiveram os resultados desejados. Acreditamos que muitas das iniciativas constituem ações criativas num processo amplo de resistência à lógica neoliberal pelo que é preciso reforçá-las. Nesse caminho precisamos entender que os resultados deste estudo mostram a importância de uma maior formação desses profissionais, baseados em abordagens problematizadoras que forneçam uma base sólida de conhecimento e que ajudem no exercício da *práxis* dos ACS num sentido emancipatório.

A formação nesse contexto contribuiria no enfrentamento de situações de crise e para não gerar confusões ou contradições ao momento de reivindicar os direitos, ou seja, não cair nas armadilhas que pode significar a greve,

*Na questão de greve, tipo assim... a categoria entrou de greve, aí acaba separando, né? Porque uma entra de greve, outra não... isso atrapalha muito porque bem ou mal, acaba... **uma categoria entra de greve e aí sobrecarrega a outra. Aí... a partir daí que começou a vir os estresses maiores.** Sabe? Onde começou a questão da desunião. Porque começou a ficar pesado. Aí isso acabou sendo uma armadilha para a gente. Sabe? [ACS9]*

*Já querem que...tirar nossa profissão dizer que ela não é necessária...**E...em contrapartida com esse período de greve houve dias que foi...o atendimento ficou...(nesse período eu estava até de férias) que foram atendimentos com médicos e enfermeiros e funcionou e muito usuários lutaram para que muita coisa deles fosse resolvida ali mesmo...Então é uma coisa meio assim, é uma luta meio às vezes até contra a gente mesmo porque...eles estão acostumados com essa ideia de postinho, de ir no posto, marcar consulta. [ACS10]***

Parece que alguma parte da população acaba enxergando como vadiagem, tipo, "ah não tá acontecendo nada disso eles que não querem trabalhar", não se importam muito. Se eu to sendo atendido, to saindo daqui com o medicamento, é o que eu preciso pra hoje, o todo não interessa pra mim, entendeu? E aí você chega lá na frente pra dizer que tá em greve que você só vai atender casos mais agudos, isso caba gerando mais revolta na população mas [...] eles não enxergam que é referente a gestão...prefeitura. Eles vão

enxergar como uma falta de interesse de atender alguém naquele momento, entendeu?! “É vadiagem, simplesmente não quer atender.” [ACS1]

Definitivamente a greve deve trazer à reflexão diversas questões. Um tema é a discrepância sobre a greve entre categorias profissionais o qual pode revelar ou acentuar as relações de poder entre profissionais. O tema da greve presencial também implicou diversas tensões devido a que é um direito, porém o agente tem pouca autonomia de como direcionar essa greve. E outra questão salientada é que no período da greve a reorganização do serviço de saúde tiveram respostas mais imediatas às suas demandas (alguns usuários eram atendidos diretamente por enfermeiros ou médicos no momento do acolhimento), legitimando de alguma forma o proposto pela PNAB 2017 onde se flexibiliza a inserção do profissional nas equipes de saúde.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

7.1. ALGUMAS PONDERAÇÕES NECESSÁRIAS

A conjuntura contemporânea no Brasil apresenta um complexo contexto político, econômico, social e cultural marcado por diversos conflitos que desembocaram em uma crise que se agudizou nos últimos anos. O golpe de Estado em 2016, que retirou do poder o partido dos trabalhadores e a presidenta legitimamente eleita, assim como todos os conflitos sociais decorrentes deste fato, favoreceram a ascensão da ultradireita ao poder em 2018 marcando um momento histórico de enormes retrocessos nas políticas sociais, principalmente os setores da saúde, educação e assistência social. Desde o governo ilegítimo e golpista de Michel Temer veem sendo tomadas medidas que recortam direitos sociais. Assim, foram implementadas autoritariamente novas normas como a lei nº. 13.467 de 2017 que aprova a reforma trabalhista; a Emenda Constitucional nº. 95 que determina congelamento dos investimentos públicos por 20 anos e a portaria nº. 3.292 de 2017 que alterou o modo de repasse dos recursos federais para o financiamento do SUS. Estas e outras ações comprovam a implantação de uma lógica neoliberal que promove a austeridade fiscal em detrimento das políticas públicas e autoriza o incremento dos interesses privados na espoliação da esfera pública, o que já está repercutindo na redução do financiamento para a saúde pública não só no âmbito federal, mas também nos estados e municípios, como demonstramos no caso do Rio de Janeiro ao longo deste estudo. Além disso, normativas mais específicas, como a alteração da PNAB, em 2017, servem de ponto de apoio não só para a redução do financiamento público, mas também para o desmonte de programas como a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que são postos em cheque.

No município do Rio de Janeiro o desmonte do SUS vem acontecendo de forma acelerada. A proposta de lei Orçamentária Anual (PLOA) para 2019 revela cortes que atingem diretamente o nível da atenção primária, com o fechamento de unidades de saúde, a redução do número de equipes de saúde da família e a demissão em massa de profissionais de saúde, principalmente os agentes comunitários de saúde. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde

(CNES)¹² de outubro de 2017 (após aprovação da PNAB) até março de 2019 foram demitidos 1.040 ACS no município do Rio de Janeiro. Somente na unidade de saúde que estudamos, já foram demitidos 5 ACS neste período (2017-2019) representando um corte de mais de 10% no número de profissionais existentes naquele local.

Apesar desse cenário de crise impulsionado pelas reformas neoliberais, buscamos nos aproximar da realidade de vida e do contexto de trabalho dos ACS e acompanhamos as experiências desses profissionais ao longo deste processo de desestruturação da saúde pública no município. Nosso trabalho de campo foi realizado no período de 1 ano, entre março de 2017 e março de 2018, incluindo uma fase inicial exploratória e outra de realização de entrevistas com os ACS. Essas fases da pesquisa foram muito determinadas por este contexto de precarização e compreendem um antes, durante e depois do período de greves, protestos e outras mobilizações que aconteceram em diversas regiões do país em 2017, assim como aconteceu no município do Rio de Janeiro e que pudemos acompanhar mais de perto por meio desta pesquisa. Este contexto é fundamental para compreender alguns paradoxos descritos em nossos resultados.

Na fase etnográfica acompanhamos e descrevemos o modo de funcionamento da unidade de saúde e as formas de agir dos ACS no seu cotidiano de trabalho. Foi possível assim constatar a ambiguidade experimentada pelos trabalhadores, que às vezes se acomodavam à implantação do modelo gerencialista e outras vezes recriavam o processo de trabalho articulando espaços e práticas de resistência, tanto no plano individual como coletivo.

Foi possível identificar que os comportamentos de acomodação se relacionam mais com as formas de reprodução do modelo hegemônico: verifica-se a realização de atividades administrativas e burocráticas de forma muito automatizada e pouco reflexiva, uma forçada adaptação à maiores responsabilidades com a crescente intensificação do trabalho e uma certa normalização quanto à precarização das condições de trabalho. Já as condutas de resistência têm a ver com uma relativa

¹² Extração de dados sobre quantidade de profissionais de saúde cadastrados, disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/profissionais/extracao.jsp>

autonomia na organização individual do trabalho, com formas de organização coletiva não prescritas, aumento do potencial criativo e nas estratégias de mobilização social.

Nas análises das entrevistas, distinguimos um outro matiz dos processos de acomodação e resistência. Ainda que a greve tenha sido colocada no início das lutas como uma ação legítima e legal de protesto contra as medidas da gestão municipal de sucateamento da ESF, e por tanto, também como uma ação contra hegemônica. O desenvolvimento do trabalho dos profissionais neste período esteve marcado por múltiplas tensões, questionamentos, contradições; e o desenlace ainda com alguns ganhos provisórios, teve consequências negativas na subjetividade dos ACS. Assim, o que ressaltamos são as diferentes formas de agir e sentir frente ao sofrimento causado pela intensificação e precarização do trabalho. Fazendo algumas relações entre os momentos antes, durante, e depois do período de greve, encontramos algumas similitudes e diferenças nas fases analisadas. As potencialidades do papel de educador, articulador e mobilizador do território aparecem nas narrativas etnográficas e nos relatos dos agentes comunitários. Dentre essas funções, as que têm maior adesão e participação dos ACS são os grupos de saúde. Outro aspecto relevante é que nos depoimentos identificamos que esses papéis e funções se reforçam nos momentos de organização coletiva, e nas estratégias de luta, também durante o período de greve.

As relações interpessoais são também um aspecto a salientar neste estudo. A relação entre os ACS e a população apresentou diversos contrapontos. Nas observações etnográficas os momentos de acolhimento e VDs são os que mais refletem encontros e desencontros. O desafio de lidar com o sofrimento da população nas variadas demandas que aparecem no cotidiano representa um desafio para o trabalho dos ACS. Ao mesmo tempo, apesar das dificuldades, o estreitamento dos vínculos e o reconhecimento da população pelo trabalho que realizam, permitem algum prazer mesmo com o sofrimento crônico dos trabalhadores. Já nas entrevistas é reafirmada essa valorização do trabalho por parte dos usuários, porém com a greve, os vínculos se fragilizaram e o pouco apoio da população às manifestações desmobilizou aos ACS. Essa desmobilização ficou mais explícita principalmente nos aspectos subjetivos. Dejours (2012) explica que a falta de reconhecimento pelo trabalho também faz com que as pessoas se desmobilizem. Dessa forma, no final da

greve incrementou-se o desânimo, cansaço e o pessimismo. A relação entre pares (outros ACS) se mostra colaborativa e solidaria na rotina de trabalho antes e depois do período de mobilizações; porém a relação com os outros profissionais de saúde reflete tanto de tensões, relações de poder; como momentos de companheirismo, trabalho em equipe, acolhimento, formação e amizade.

Salientamos que o prazer no trabalho foi muito relacionado ao retorno positivo da população pelo trabalho do ACS, assim como nas relações interpessoais construídas no cotidiano dos agentes. O reconhecimento do trabalho pela população e os vínculos com os profissionais das equipes de saúde, são os principais suportes emocionais dos agentes. Entretanto, esses mesmos elementos de reconhecimento, em outros momentos se transformam em fontes de sofrimento, principalmente quando a intensificação e a precarização do trabalho estão associadas a um modelo gerencialista, produtivista e meritocrático de gestão municipal.

Algumas estratégias são procuradas pelos ACS para atenuar o sofrimento. Nas narrativas etnográficas emergiu frequentemente a necessidade de estabelecer momentos para “cuidar de si”, “cuidar do outro” e “cuidar de quem cuida”. Muitos destes momentos se dão na prática através da participação dos próprios agentes em grupos de saúde da unidade e nas frequentes rodas de conversa sobre o tema nas reuniões de equipe. Esses momentos estiveram muito relacionados com formas de diminuir a sobrecarga de trabalho e o sofrimento individual. Nas entrevistas os sentidos desses espaços coletivos estiveram relacionados com a luta pela sobrevivência em um contexto de agudização do sofrimento no trabalho provocado pela crescente desestruturação e desorganização do sistema de saúde no município. Contudo, é necessário ainda promover a construção de mais espaços coletivos voltados para cuidar da saúde física e mental desses trabalhadores já que eles e elas também fazem parte da comunidade atendida pela unidade de saúde da família.

Sobre a precarização do trabalho, este fenômeno atravessou os distintos cenários acompanhados na pesquisa. A partir dos aportes de Morosini (2018) e Ball (2001, 2005) ficou evidente que a precarização na dimensão salarial já acontecia desde a inserção do ACS na APS (relações flexíveis de contratação e de jornada de trabalho). Entretanto, ao longo dos últimos anos também as condições de trabalho se tornaram ainda mais precárias com a implantação de estratégias visando a

intensificação do trabalho e o aumento da produtividade. Também é possível verificar no dia a dia o estabelecimento de novos mecanismos de controle e de pressão sobre o profissional como por exemplo o pagamento por performance. Toda esta situação complexa agrava-se com a falta de pagamento e atraso dos salários a falta de insumos básicos para o desenvolvimento do trabalho e a diminuição do tamanho das equipes provocando uma grande sobrecarga para aqueles que ficam. A precarização na dimensão subjetiva foi a que teve maior impacto na vida dos ACS, muitas vezes pressionando ou até contradizendo seus valores éticos, formas de pensar e de organizar o processo de trabalho implicando cada vez mais em um maior sofrimento para esses trabalhadores. Entretanto, a “captura das subjetividades” pela lógica do modelo neoliberal não é absoluta e sempre existe algum espaço para resistir onde estes preceitos possam ser reinterpretados e reconstruídos.

O agir dos ACS no seu cotidiano de trabalho demonstra bem o processo de recontextualização, na prática, das políticas neoliberais. Estes processos, todavia, nunca são simples e envolvem inúmeras tensões, contradições, disputas, negociações e relações de poder que abrangem tanto as dimensões estruturais como as dimensões organizacionais do trabalho, tanto em termos das condições materiais de trabalho como das condições subjetivas em que este trabalho se desenvolve. É exatamente na tensão provocada por estas condições que os sujeitos se fazem e refazem, se acomodam, adaptam ou resistem, sentem prazer e vivenciam grande sofrimento.

Constatamos também que os ACS frequentemente enfrentam um enorme dilema ético na realização do seu trabalho. Por um lado, eles assumem um compromisso social com a comunidade e sentem-se úteis à população ao realizar o seu trabalho, mas por outro lado, também sentem que precisam resistir à implantação do modelo gerencialista e ao desmonte generalizado da saúde – e principalmente da atenção primária – no município do Rio de Janeiro. Fazem greve porque esta é a medida extrema a que são levados no processo de luta pelos seus próprios direitos. Ainda sobre este dilema, na sua condição de empregados, criam expectativas de que os problemas se resolvam como se a organização social fosse simplesmente uma empresa privada qualquer, embora compreendam claramente que a sua função social é exercida no contexto do setor público. Aqui cabe destacar a importância do caráter

híbrido dos ACS na compreensão das suas formas de agir nesse contexto. Se o ACS não fosse morador daquela comunidade agiria com esse mesmo compromisso com a população? Até que ponto a característica de trabalhador *sui generis* pode gerar mais sofrimento para o ACS?

No cotidiano de trabalho identificamos a pouca criticidade sobre o modelo gerencialista implantado na APS no município. Em escassos momentos se questiona como funcionam as organizações sociais que os contratam ou mesmo as associações e sindicatos que os representam. Parece muitas vezes que os profissionais têm naturalizado a terceirização, privatização e desmonte dos serviços públicos de saúde. Embora muitas vezes eles façam questionamentos referentes aos conflitos entre a prefeitura e a organização social, não relacionam essas disputas com um conflito mais macro entre o setor público e o privado. Deste modo não diferenciam muito bem a lógica pública da lógica privada e como este deslocamento influencia diretamente em seu trabalho e no processo de formação de suas subjetividades. Após o período de greves foram mais frequentes estes questionamentos, talvez porque os profissionais estiveram mais próximos dos sindicatos e mais organizados enquanto coletivo para discutir esses temas.

Nesse sentido, ressaltamos que apesar de existir organizações, sindicatos, movimentos sociais no município que respaldam as lutas dos ACS, na unidade de saúde em que desenvolvemos esta pesquisa os ACS participam de forma muito incipiente destes movimentos e pouco participam dessas discussões mais institucionalizadas. O debate ocorre muito mais em nível micro, com os colegas de trabalho em conversas informais e reclamações frequentes sobre a precária situação em que desenvolvem seu trabalho. Por outro lado, também percebemos que o risco de demissões em massa e o atraso dos salários vivenciados em 2017, houve maior tentativa de construir novas formas de organização da categoria profissional como por exemplo um maior questionamento sobre os descontos de sua contribuição sindical pela OSS que lhes contratou sem que tenham exercido o direito de escolher o sindicato que melhor os representaria. Consideramos valiosa a aproximação desses espaços de discussão para a conscientização e politização dos agentes. Entretanto, a pouca autonomia para organização de seu trabalho, a crescente perda de direitos

trabalhistas pelas reformas neoliberais contemporâneas e as necessidades de subsistência se sobrepõem ao desejo de se engajar em uma luta política mais ampla.

Apesar de fazermos uma crítica mais generalizada aos processos de gestão e ao modelo gerencial, principalmente quanto ao papel catastrófico da atual gestão municipal, é preciso compreender que em um nível mais local, a gestão interna da unidade de saúde buscou o tempo todo atuar como força mediadora dos conflitos e atuou em perspectiva diferente dos níveis mais centrais de gestão. Enquanto na sede da prefeitura se planejava e implementava um grande recorte do financiamento para a APS através da demissão de profissionais de saúde e do fechamento progressivo de unidades de saúde da família, por outro lado, a gestão interna da clínica tentava promover o debate, fazer rodas de conversa para explicar e, de certo modo, acalmar a situação na unidade, procurando estratégias para oferecer algum suporte emocional possível mesmo com muitas limitações como por exemplo a manutenção das exigências de produtividade necessárias ao repasse de recursos para a OSS. Sem produção a OSS não recebe a verba e sem receber a verba, não há como pagar os salários. Esta lógica amarra os trabalhadores e os colocam em situações ainda mais fragilizadas pois acabam tendo que produzir, mesmo exercendo seu direito de greve, o que inclusive fez com que fosse criada uma nova expressão para qualificar o tipo de greve possível de se fazer naquele complexo contexto, o termo paradoxal de “greve presencial”.

A respeito dos processos formativos dos ACS, partimos da constatação de que no caso analisado os agentes não relataram haver recebido algum tipo de formação para desenvolver suas funções além do curso introdutório que em alguns casos durou menos de uma semana. Apesar disso, ou talvez por causa disso, eles enfatizam que os processos de formação estariam muito mais relacionados com o cotidiano de trabalho. Aprender na prática como os ACS falam é mais uma distorção que envolve seu trabalho pois mesmo com toda complexidade que envolvem suas funções, os trabalhadores não são formados previamente à sua atuação gerando ainda maior desgaste e sofrimento num looping behaviorista permanente de tentativa e erro. Assim, é a relação de troca com os outros profissionais e a experiência nos espaços de discussão da reunião de equipe que os profissionais estão sendo formados, evidenciado mais uma vez a enorme necessidade de se pensar tanto processos de

educação permanente como de construir força política para que haja uma maior expansão da formação técnica profissional direcionada para estes trabalhadores. Apesar disso, são percebidas necessidades de formação profissional com uma visão crítica. As iniciativas nesse caminho devem valorizar e incentivar uma formação profissional com caráter transformador e baseados na *práxis*. Cursos de formação técnica para ACS, ações de educação permanente em saúde, propostas de educação popular em saúde, entre outras, são iniciativas que vem contribuindo com este processo, entretanto, ainda podem ser considerados insuficientes para a necessidade apresentada pelos agentes. Apesar da histórica luta pela formação técnica profissionalizante é importante revelar que esta ainda não é a realidade vivenciada pelos agentes da unidade de saúde que estudamos.

Sobre a greve, cabe refletir que ainda que seja um mecanismo necessário de reivindicação de direitos e na melhor das hipóteses uma ação política coletiva de resistência, também atuou como mecanismo de desestabilização dos trabalhadores cujo contexto de trabalho (processo de trabalho, condições de trabalho e relações intersubjetivas) tornou-se mais precário. Contudo, isso merece mais uma reflexão, já que a figura da greve assumida pelos trabalhadores é um “dispositivo” institucional que prevê determinados “modos de fazer” essa greve; ou seja, não é uma forma de protesto construída pelos ACS naquele momento, ainda que nos micro espaços e relações esses “dispositivos” também tenham sido reinterpretados, mas parcialmente. De modo geral, é necessário compreender mais a profundidade os sentidos e significados da luta coletiva, já que aparecem conflitos: há um grande desejo de mudança da realidade, mas com limitações provocadas pela precarização das condições de trabalho oriundas do modelo gerencial encarnado na vida dos trabalhadores, tudo isso gera ainda mais sofrimento.

7.2. SÍNTESE DAS CATEGORIAS EMPÍRICAS E SEUS DESCRITORES

A título de síntese, apresentaremos também algumas conclusões a que chegamos a partir das categorias e descritores que analisamos na discussão dos nossos resultados. Embora possa parecer redundante, consideramos fundamental realizar este esforço de resumir as principais reflexões, ideias e questões que trabalhamos em cada uma das categorias conforme será visto a seguir.

OS DESAFIOS DO CONTEXTO NEOLIBERAL: críticas às reformas neoliberais e ao desmonte do sus; falência do modelo gerencial por OSS.

O modelo gerencial se adentra na APS através das OSS e transforma o contexto de trabalho na ESF no município. Há assim poucos espaços para a reflexão crítica desse paradigma. Porém num cenário de crise os ACS começam a criticar mais o modelo de gestão e a falta de investimento público por parte dos governos. A desestruturação do SUS é percebida como uma realidade atual dos ACS onde são vulnerabilizados pelas condições às quais são submetidos. Vemos que diversas iniciativas legislativas como a nova PANB e outras sobre as reformas políticas recentes (Revisão da Política de saúde mental e política nacional sobre drogas, etc.) constituem desafios importantes para o contexto da *recontextualização* da política.

No contexto de influência e de produção do texto das políticas apontadas por Mainardes (2006), diversos setores atuam disputando seus interesses. A análise desse contexto é importante para compreender os retrocessos, e a predominância do modelo liberal cujos tentáculos tem alcançado a transformação do processo de trabalho e modos de vida dos ACS. Porém no “jogo político” os ACS também são atores, lembremos que a implementação das reformas neoliberais não acontece de forma absoluta e estática. Desse modo, os ACS não são sujeitos passivos nessa conjuntura, ao contrário, tem se mostrado muito articulados e mobilizados. Os coletivos de organização sindical dos ACS atuam no contexto de influência e de produção do texto das políticas, assim como os ACS terão a possibilidade de reinterpretar as políticas hegemônicas na sua *práxis*. No Rio de Janeiro, o Sindicato de Agentes Comunitários de saúde do Rio de Janeiro (SINDACS-RJ) e o Movimento de Nenhum Serviço de Saúde a Menos (MNSM) vêm tendo um importante papel na organização, negociação e mobilização dos ACS.

No cenário local, identificamos uma grande crítica às disputas entre a prefeitura e as OSS. Pelo contrário a gestão interna da unidade de saúde é percebida como uma figura de apoio às reivindicações dos profissionais e suporte emocional.

O Modelo de saúde da família também se mostra amplamente ameaçado. A revisão na nova PNAB 2017, junto com as iniciativas locais de redução de custos em saúde, atingem diretamente a continuidade dessa estratégia.

A falência do modelo gerencial por OSS estaria relacionada com o momento de crise que atravessa o país, e que as políticas neoliberais não estariam dando conta dos problemas suscitados. O modelo neoliberal veio para oferecer eficiência, autonomia, flexibilidade; porém os custos sociais são graves.

A QUESTÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL: Curso introdutório e aprendizado na prática; potencialidades e necessidades de formação.

Na pesquisa quando abordamos a questão da formação profissional com os ACS, um dos primeiros temas que aparece para a discussão é o Curso Introdutório recebido, colocado pela gestão como ferramenta de aprimoramento. No entanto para os ACS entrevistados este não foi muito significativo, apresentando as seguintes características: curso com caráter mais teórico do que prático, abordagem e temas básicos sobre o SUS, não resgata as experiências dos trabalhadores, ênfase na técnica.

No processo de formação profissional o curso introdutório poderia ser uma oportunidade de aproximação a esses novos trabalhadores, mas é colocada como uma ação formal para cumprir com as orientações da PNAB sobre a realização de Cursos introdutórios com vistas a qualificar os profissionais que ingressam na APS. Questionamos assim o objetivo desse curso na prática, como mais uma ferramenta de controle do modelo gerencialista.

Outro aspecto importante é a relação que os ACS estabelecem entre sua formação profissional e o cotidiano de trabalho. Na ausência de Cursos ou outras formas/estratégias/métodos de formação profissional (relatadas pelos entrevistados), os ACS valorizam os processos de ensino-aprendizagem que acontecem na prática. Assim, eles revelam uma necessidade de formação, porém esta deve considerar o

contexto do seu trabalho além de conteúdos teóricos. Essa realidade não desvaloriza iniciativas de formação profissional voltadas para estes trabalhadores, em outros contextos.

As necessidades de formação adquirem vários significados para esses profissionais: para alguns se aprimorar é uma forma de migrar para outra profissão mais valorizada; implica também uma forma de adquirir mais conhecimento para enfrentar a complexidade do seu trabalho; ou ainda, é uma necessidade num contexto onde são valorizados institucionalmente pelo seu desempenho.

Nesse sentido, é importante apostar por uma formação profissional crítica que fortaleça as potencialidades identificadas pelos ACS: visão ampliada de saúde, desenvolvimento de habilidades sociais, olhar humanizado em saúde e fortalecimento de valores. Essa formação crítica teria com base a formação na *práxis*, ou seja, na relação constante e dialética entre teoria e prática que vise a conscientização dos sujeitos e a possível transformação da sua realidade.

CONDIÇÕES DE TRABALHO: Dificuldades no Processo de trabalho; intensificação e precarização do trabalho

Ao longo do estudo, os ACS enfatizam atividades de informação, educação e mobilização com a comunidade e no território, embora muitas sejam atividades simplificadas e burocráticas, não excluem o seu perfil social. Além disso, a quantidade de atividades que tem que realizar comprova como o trabalho tem se intensificado, isso respaldado pelas disposições de normativas como a atual PNAB e a lei n' 13.595, ambas ampliam o número de atribuições dos ACS.

Na organização do trabalho individual e coletivo é colocada a importância da autonomia, discutindo-se as suas limitações, já que por um lado o ACS tem liberdade para decidir sobre como planejar suas atividades, mas por outro, diversas ferramentas de controle são utilizadas para submeter eles no cotidiano de trabalho. Porém também pode representar uma potencial forma de resistência, no uso da "liberdade" para questionar a própria forma de organização do trabalho, ou seja, momentos de criação de uma contra-lógica.

A desvalorização do trabalho é materializada pelas dificuldades vivenciadas no trabalho real que tem consequências tanto na organização do trabalho como na subjetividade dos sujeitos. Ressalta-se que as dificuldades respeito à complexidade e intensificação do trabalho se relacionam com a diversidade de demandas com as que tem que lidar os ACS e não tem suporte suficiente para enfrentar essas situações. O compromisso com a população gera em alguns momentos acomodação às condições de trabalho com a finalidade de contribuir com a solução das necessidades de saúde daquela população, mas por outro lado essa acomodação implica em realizar as performances mensais que são exigidas pela gestão. Assim, as cobranças burocráticas significam maiores dificuldades que as dificuldades vindas do território. E além de tudo isso, o incremento da escassez de recursos na unidade de saúde (materiais básicos de escritório, medicamentos, e em alguns momentos até luz e água) implicaria além de outra grande dificuldade, uma dimensão estrutural da precarização do trabalho. Ou seja, há uma dimensão importante no que se refere a estrutura (humana e material) quando falamos de precarização do trabalho. A implementação das políticas neoliberais agrava o problema da falta de recursos (físicos, materiais, financeiros, humanos, etc) que correspondem a uma dimensão estrutural da precarização do trabalho. Seria importante que novos estudos pudessem investigar também essa dimensão estrutural da precarização do trabalho.

No nosso entendimento esse contexto implicaria na intensificação da precarização do trabalho marcada por diversas tensões na resposta dos ACS. Resulta complexo encontrar ações de resistência, e os comportamentos de acomodação parecem mais evidentes. No entanto, a interpretação das condições históricas e sociais são necessárias para entender melhor a reação dos ACS nessa conjuntura. Nesse sentido a acomodação não é uma simples escolha, mas a influência de muitos fatores que conduzem aos ACS a uma situação de submissão.

A precarização do trabalho aparece explicitada por diversas situações. Na dimensão da precarização salarial (MOROSINI, 2018), as entrevistas mostram a vulneração dos direitos trabalhistas (atrasos de salários, redução de benefícios salariais). As relações empregatícias que produzem instabilidade devido à terceirização dos serviços de saúde mediante a gestão por OSS. Essas condições flexíveis trazem instabilidade no trabalho e fez com que os sujeitos recuem com relação a realizar mobilizações pelo medo de perder o emprego.

Ainda nas dificuldades descritas, as relações intersubjetivas são enfatizadas nos depoimentos como aspectos positivos do trabalho que contribuem como formas de aprendizado na relação com os outros profissionais e no vínculo com a população.

SUBJETIVIDADE NO CONTEXTO DE TRABALHO: Satisfação de ser ACS (reconhecimento do trabalho); sobrecarga do trabalho e sofrimento; momentos coletivos e de suporte emocional

Resgatando os aspectos positivos vivenciados no trabalho, ressaltamos os momentos de satisfação dos ACS referentes às as relações estabelecidas com a população, com os seus pares e com os outros profissionais da unidade. Assim, as relações interpessoais resultam importantes para afiançar o pertencimento e a identificação no trabalho: o amor pela profissão. Também é importante a “dinâmica do trabalho”, ou seja, a transitabilidade de um espaço a outro (nos espaços formais e informais), já que os resultados refletem que essa “dinâmica” gera maiores reflexões nos ACS e auto percepção sobre seu trabalho. A satisfação no trabalho e o reconhecimento dos “outros”, gera prazer, mas também reflexões sobre seu papel social. Além disso, na ação e reflexão, os ACS desenvolvem ou fortalecem habilidades, capacidades e valores.

Momentos de contradições também são continuamente percebidos. No discurso existem uma visão limitada do trabalho, situação que desvaloriza de alguma forma o potencial do seu trabalho; porém na prática e em diversos momentos são relatadas experiências que denotam a complexidade e relevância do trabalho. Nesse sentido, reforçamos que é importante uma formação na *práxis*, na relação dialética entre teoria e prática para um processo de conscientização sobre a relevância seu trabalho.

A força do vínculo com a população adquire um significado crucial respeito ao reconhecimento do trabalho dos ACS. É por meio desse reconhecimento que o ACS consegue atenuar o sofrimento vindo de outras dimensões do trabalho (processo de trabalho, condições de trabalho, desvalorização, etc.)

O potencial como articulador, mobilizador, alude à emergência de um profissional interdisciplinar, porém as condições de trabalho não contribuem com esse fim. De agente transformador passou a ser agente burocrático (MOROSINI;

FONSECA, 2018). Ele se percebe como articulador, mas na verdade muitas das ações são desvio de função que gera mais sobrecarga de trabalho, e precarização tanto salarial como subjetiva, esta última se refere a que ACS em alguns momentos acredita que deve realizar esse trabalho ainda que não seja sua atribuição, ou seja, há uma captura da subjetividade (MOROSINI, 2018) ou como afirma Ball (2006) que o gerencialismo determina com os trabalhadores devem pensar sobre o que fazem.

A intensificação do trabalho e a desvalorização da profissão além de conduzir à precarização, também geram sofrimento, situação agravada durante a greve acompanhada e que trouxe à cena frustrações pelas perdas das lutas que vivenciaram.

Frente a isso, os agentes procuram estratégias de defesa para lidar com o sofrimento. Assim, diversos grupos de saúde e as reuniões de equipe podem ser considerados como coletivos de suporte emocional. Nestes espaços institucionais poder-se-ia dar a *mobilização subjetiva* (DEJOURS, 2012), ou seja, o engajamento dos sujeitos para superar as dificuldades do trabalho através da cooperação, discussões, construção de opiniões, etc. Porém é necessário reforçar esses espaços de escuta, acolhimento, diálogo; com o intuito de reconhecer e incentivar seu papel mobilizador e transformador do trabalho, inclusive como forma de resistência.

PRÁTICAS POLÍTICAS DE ACOMODAÇÃO E RESISTÊNCIA: As dificuldades de mobilização e organização política; Reinvidicações dos ACS; Mobilizações: estratégias de enfrentamento e risco de armadilhas.

Os processos de acomodação e resistência aparecem nesta categoria num contexto de luta e tensões. Considerando que o caso analisado tem a particularidade de que os ACS nessa função realizaram por primeira vez uma greve, e em um momento da situação política, social e econômica de um país em crise. É a partir desse contexto que analisamos nossos resultados.

O período de greve significou para os agentes afrontar diversas dificuldades além das vivenciadas cotidianamente no trabalho. As principais dificuldades mencionadas dizem respeito à fragilização da relação com a população, à incipiente organização como coletivo ou categoria profissional, às tensões nas relações

interprofissionais, o confinamento na unidade de saúde pela figura da “greve presencial”.

As principais repercussões das dificuldades vivenciadas refletem mudanças na organização do trabalho (com maior intensificação do trabalho de 30% de profissionais realizando o trabalho, e a dispersão ou falta de foco de atividades de 70% que deviam realizar atividades de greve), e na subjetividade dos trabalhadores (intensificação do sofrimento no trabalho e estratégias de defesa individual e coletiva para atenuar o sofrimento).

Aparecem diversos contrapontos no cenário descrito. Apesar das condições de precarização do trabalho cotidiano provenientes da intensificação do mesmo via cobranças e incremento de demandas no serviço; o reconhecimento (como gratidão) do trabalho pela população atenua o sofrimento e em alguns momentos se transforma em prazer. Não obstante, no processo de greve, com a perda do vínculo com a população, a falta de reconhecimento pelo trabalho aumentou provocando angústia, desmotivação e principalmente, sofrimento. Por isso resgatamos a relevância do fortalecimento do vínculo dos agentes com a população como elemento fundamental para o reconhecimento do trabalho e para repensar as estratégias de mobilização.

Uma questão importante foi a característica de greve presencial que subtraiu do ACS a principal função que realizam de visita domiciliar, porém os ACS consideraram a greve uma ação importante para a reivindicação dos seus direitos. Observamos a pouca autonomia dos ACS de direcionar suas lutas num conceito de greve de caráter institucional que limita e reprime.

Outro contraponto refere-se ao pouco apoio da população no cenário de luta, os ACS se vem abandonados também por essa parcela da sociedade a qual pertencem. Não entanto, são sua principal preocupação.

Muitas vezes os agentes passam a acreditar no valor do desempenho e da produtividade como condição para melhorar a qualidade do seu trabalho, isso não foi exceção no período de greve, iniciando um conflito ético com o seu trabalho.

Com a reflexão sobre este complexo cenário, surgiram novas questões para investigações futuras. Será que o processo de mediação das forças de opressão

através de mecanismos de defesa para se cuidar de si, seja de forma individual ou coletiva, corresponderiam a outras formas ressignificação que não implicam necessariamente processos de acomodação ou resistência? Ou seja, poderíamos afirmar que as estratégias de defesa para diminuir o sofrimento seriam formas de mediação frente à dominação? Isto porque identificamos alguns comportamentos de oposição conscientes, não com o intuito de uma luta contra hegemônica contra os opressores, mas para cuidar da sua própria saúde mental, mecanismos de proteção desenvolvidos pelos sujeitos para aguentar, ou suportar, esse processo de precarização. E é preciso considerar que isso também não é um comportamento simples, está relacionado com diversas condições sociais, culturais e históricas que muitas vezes determinam o modo de agir das pessoas. Nesse sentido, como pensar para além das limitações impostas pela lógica binária da acomodação e resistência? Talvez nem tudo seja resistência ou acomodação. Provavelmente existam outras formas de reagir que não sejam acomodação e nem resistência.

A partir desses contrapontos foi preciso questionar se o fato dos ACS lutarem pela sobrevivência frente a tanta crise constitui ações de acomodação ou resistência. Talvez no sentido estrito do termo apontado por Giroux (1985, 2004, 2018) os comportamentos observados não tiveram a intensão de lutar contra a lógica da dominação, mas quais foram as possibilidades reais de uma luta contra-hegemônica? Ainda na teoria de Giroux, praticas menos visíveis podem ter maior potencial de transformação da realidade, que ações radicais aparentemente contra o modelo hegemônico. Assim, resgatamos que existiram ações criativas durante esse período que poderiam considerar-se potenciais formas de resistência, como as estratégias de luta durante a greve, a greve em si (em alguns momentos, apesar das suas contradições), as formas de organização coletiva como formas de resistência mais politicamente informada (SILVA, 2003), e a procura por espaços coletivos de escuta e dialogo. No entanto, no contexto complexo recente, essas ações precisam de maiores análises e compreender os sentidos de cada ação desenvolvida.

Nesse sentido, a pesar das dificuldades, destacamos os principais aspectos positivos das lutas: a capacidade e força de mobilização dos ACS, organização como coletivo, solidariedade na luta da categoria, sensibilização da população. No intuito de fortalecer esses processos de reivindicações, se ressalta a necessidade de apoio

das outras categorias profissionais e maior participação da população. Maior união e solidariedade é uma demanda palpável nos relatos.

Acreditamos que muitas das iniciativas constituem ações criativas num processo amplo de resistência à lógica neoliberal pelo que é preciso reforçá-las. Nesse caminho precisamos entender que os resultados deste estudo mostram a importância de uma maior formação desses profissionais, baseados em abordagens problematizadoras que forneçam uma base sólida de conhecimento e que ajudem no exercício da práxis dos ACS num sentido emancipatório.

7.3. CONCLUINDO ...

Por fim, já a título de conclusão, é preciso considerar que ao longo deste estudo presenciamos um processo de desestruturação sistêmica da Atenção Primária à saúde, onde os ACS protagonizam esse filme que mistura terror, drama e suspense, mas sem governabilidade para mudar o problema de base estrutural, muitas vezes os agentes ficam reféns das OSS e da prefeitura.

Os ACS representam a força que tem a população para reivindicar seus direitos e transformar sua realidade. É evidente que o contexto não favorece às classes oprimidas, mas não podemos cair no pessimismo de que tudo está perdido. É importante reconhecer que onde o poder é exercido, também há resistência, na suas diversas formas e limitações. Em outras palavras, as políticas e reformas neoliberais não são totalmente implantadas verticalmente, de forma absoluta e sem contestações. Concordamos com Bowe *et al.* (1992 *apud* MAINARDES, 2006) nas suas análises do ciclo das políticas quando afirmam que no contexto da prática as políticas propostas verticalmente são sempre reinterpretadas, recontextualizadas. Consideramos que é na *práxis* onde isso acontece.

Frente a tudo isso, enfatizamos a necessidade do resgate de espaços coletivos de escuta, de diálogo e de acolhimento dos ACS, principalmente neste momento de crise da democracia e de ataque ao setor público e tentativa de desmonte generalizado do Sistema Único de Saúde. Mais do que pensar em projetos ou estratégias de formação profissional acadêmicas, as principais necessidades

percebidas estão relacionadas ao desejo dos ACS serem ouvidos. Precisam de um espaço seguro onde possam desabafar e falar sobre as suas dores, mesmo que posteriormente esses espaços podem transformar-se em espaços de formação profissional e política. Se não apoiarmos os processos coletivos de resistência junto aos profissionais fragilizados e oprimidos continuaremos reproduzindo mais uma forma de dominação. Neste sentido, nossas entrevistas e ações junto ao projeto de extensão se constituíram em importantes ações de acolhimento, escuta e politização dos agentes comunitários de saúde. Foram frequentes os relatos de que saiam mais “leves”, mais tranquilos e mais potentes após os nossos encontros ao longo do desenvolvimento do projeto de pesquisa.

Com este trabalho não pretendemos dar soluções prontas e nem genéricas aos problemas abordados e tampouco “heroizar”, “culpabilizar” ou “vitimizar” aos ACS; mas apenas dar visibilidade às suas lutas, mostrar os conflitos que vivenciam, registrar o momento de crise e desestruturação da saúde pública como também de outras políticas sociais e contribuir para a construção de conhecimento crítico que seja capaz de renovar um espírito de otimismo e sobretudo de esperança. Mesmo em meio ao caos provocado pelo modelo gerencialista que vem sendo implementado a partir das reformas neoliberais que impactam o setor saúde.

O momento analisado traz ainda outros desafios para pensar os cenários atuais onde diversas lutas são colocadas em cena. Como analisar um período de acirramento das políticas sociais no país que vem afetando os diversos âmbitos da vida dos grupos oprimidos? O que resgatar desses processos? O que aprender do panorama recente? Que perspectivas nos esperam? Além da luta de classe, como analisar as lutas de gênero inseridas nesse contexto, considerando que na literatura encontrada as pesquisas afirmam que majoritariamente os ACS são mulheres, a precarização das condições de trabalho afetaria de igual forma homens e mulheres ACS? Assim, consideramos que estudos futuros podem incorporar elementos importantes nas análises iniciadas neste estudo, resgatando questões culturais, aprofundar nos processos de subjetivação, que nos permitam abrir caminhos de possibilidades de mudanças da realidade.

O horizonte é inóspito, porém os processos históricos são dialéticos e é importante acreditar na esperança de que o panorama vai mudar. A história tem

possibilidades de mudança e não podemos deixar de mencionar que existem espaços, forças que lutam a favor dos oprimidos.

Antes de encerrar, é importante também fazermos a nossa autocrítica e apontarmos que este estudo apresentou algumas limitações. Tentamos nos aproximar de uma realidade complexa para compreender o nosso objeto de estudo e trazer algumas reflexões à luz de referenciais teóricos que consideramos pertinentes. Porém nossa abordagem é mais panorâmica e descritiva a respeito às temáticas de processos de subjetivação das políticas neoliberais, assim como processos de formação dos nossos entrevistados. Respeito ao trabalho de campo para coletar os dados, tivemos que lidar com a imprevisibilidade e complexidade do contexto. Assumir um papel de “*flaneur pósmoderna / etnógrafa urbana*” (MCLAREN, 1998) foi um desafio nesse momento de crise política, social, econômica e cultural do país e nas suas variantes no caso analisado. Além disso, cada entrevista foi um aprendizado e uma autorreflexão carregados de emoções. Também é preciso dizer que nossos resultados e conclusões são fundamentados em um único estudo de caso, e que talvez esta não seja a realidade de outras unidades de saúde. As especificidades da unidade de saúde da família que investigamos nos permitiram fazer algumas inferências, mas não pretendemos que nossas conclusões sejam a verdade absoluta. São apenas uma faceta da realidade.

No intuito desta pesquisa assumir um compromisso social com a realidade pesquisada, haver acompanhado e analisado um cenário de lutas, resistências, opressões e caos; e nos meus primórdios de formação como pesquisadora sentipensante (FALS-BORDA, 2015); o envolvimento com o território e com os sujeitos da pesquisa foi necessário e importante.

Assim, em julho de 2018 foi desenvolvida uma ação na unidade de saúde Wilma Costa. A partir dos levantamentos realizados na fase exploratória/etnográfica, foi possível articular junto com o projeto de extensão universitária: “Educação, saúde e Cultura na periferia urbana”, o desenvolvimento de algumas ações de suporte com atividades de relaxamento e ginástica laboral, sempre acompanhadas de rodas de conversa com os Agentes Comunitários abrindo o espaço que necessitavam para falar, interagir, sentir, refletir, construir e propor. Foi um momento de retorno para a

unidade de saúde e para as necessidades levantadas pelos próprios agentes¹³. Nesse sentido as ações propostas foram desenvolvidas com a adesão de 38 ACS que foram divididos em dois grupos, que participaram das atividades em datas diferentes com a finalidade de compartilhar experiências e conhecer melhor o sofrimento de cada um e de todos proveniente do trabalho. A execução das atividades ajudou a perceber a importância de momentos de descontração, lazer, relaxamento e escuta dos ACS cujas condições de trabalho implicam uma grande carga física e mental, pelo que foi interessante promover, além de um espaço de exercício físico individual, também um espaço de diálogo com experiências coletivas. Com as atividades tentou-se contribuir com a formação de um ambiente prático-reflexivo por meio de ações concretas que respondam às reais necessidades dos sujeitos. Atualmente estamos também articulando com a gestão local da unidade de saúde um espaço e tempo para apresentação e discussão dos resultados deste estudo na própria unidade de saúde onde possamos compartilhar com os agentes e demais trabalhadores os resultados e reflexões que desenvolvemos ao longo desta pesquisa.

¹³ A inserção no projeto de extensão foi muito importante para a minha permanência em campo. No projeto de extensão atuei como articuladora de um dos territórios de abrangência do projeto

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. Popular education in primary care: in search of comprehensive health care. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v.8, n.15, p.259-74, mar. /ago. 2004.

ALMEIDA, C. Reforma e Sistemas de Saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.v.c.; NORONHA, J.c.; CARVALHO, A.1. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

ANDRADE, V.M.P. **O trabalho do agente comunitário de saúde: concepções de profissionais e usuários**. 2013. 177 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

ARAÚJO F.M. B; ALVES, E.M; CRUZ, M.P. Algumas reflexões em torno dos conceitos de campo e de habitus na obra de Pierre Bourdieu. **Revista Perspectivas da Ciência e Tecnologia**, v.1, n.1, jan-jun, 2009. Disponível em: file:///C:/Users/Yansy/Downloads/14-134-1-PB.pdf. Acesso em: 19 jun. 2017.

ASSIS, M. Educação em saúde e qualidade de vida: para além dos modelos, a busca da comunicação. **Estudos em Saúde Coletiva**, n. 169. Rio de Janeiro: IMS-UERJ. 1998.

BALL, S. J. Diretrizes Políticas Globais e Relações Políticas Locais em Educação. **Currículo sem Fronteiras**, v.1, n.2, p. 99-116, 2001.

_____. Performatividade, privatização e o pós-Estado do bem-estar. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 25, n. 89, p. 1105-1126, 2004.

_____. Profissionalismo, Gerencialismo e Performatividade. **Cadernos de Pesquisa**, v. 35, n. 126, p. 539-564, set./dez. 2005.

_____. Sociologia das políticas educacionais e pesquisa crítico social: uma revisão pessoal das políticas educacionais e da pesquisa em política educacional. **Currículo sem fronteiras**: v. 6, n. 2, p. 10-32, 2006.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BORNSTEIN, V. J; LOPES, M. R; DAVID, M.LS.L. Educação Popular na formação do Agente Comunitário de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**. Brasília: 2014.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRIGAGAO, J.I.M; GONÇALVES, R. Oficinas de promoção de saúde: discutindo os dilemas do cotidiano de um grupo de agentes comunitárias de saúde. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 44, p. 387-393, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2009000300013> Acesso em: 10 jun. 2017.

BUTLER, J. 2014. Repensar la vulnerabilidad y la resistencia. In: SIMPOSIO DE LA ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE FILÓSOFAS, 15, 2014, España. [Transcrição on line]. España: Universidad de Alcala, 2014.

CÔRREA, C; PFEIFFER, C.C; LORA, A.P. O agente comunitário de saúde: uma história analisada. **RUA** (online), Campinas, v.1, n. 16, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20396/rua.v16i1.8638854> Acesso em: 10 jun. 2017.

CUNHA, M. B da; FRIGOTTO, G. O trabalho em espiral: uma análise do processo de trabalho dos educadores em saúde nas favelas do Rio de Janeiro. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 35, p. 811-823, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000028> Acesso em: 20 nov. 2017

CUNHA, M.B. **Nos desencontros e fronteiras: os trabalhadores sociais das favelas do município do Rio de Janeiro**. 2005. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal Fluminense, Niterói. 2005.

LANCMAN, S; LAERTE, I.S (Orgs.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Tradução de Franck Soudant. Brasília: Fiocruz; Paralelo 15, 2011.

DEJOURS, C. **Trabalho e emancipação**. Tradução de Franck Soudant, Brasília: Paralelo 15, 2012.

DUARTE, L. R; SILVA, D. S. J. R; CARDOSO, S. H. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 11, n. 23, p. 439-447, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000300004>. Acesso em: 15 mar. 2018.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org). **Trabalho, educação e saúde: reflexões críticas de Joaquim Alberto Cardoso de Melo**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007.

FALS-BORDA, Orlando. **Una sociología sentipensante para América Latina**. Buenos Aires: CLACSO, 2015.

FERREIRA, K.N. **Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde**. 2016. 87f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora. 2016.

FLORES, O. **O agente comunitário de saúde: caracterização da sua formação sócio-histórica como educador em saúde**. 2007. 208 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

FONSECA, A. F. **O trabalho do agente comunitário de saúde: implicações da avaliação e da supervisão na educação em saúde**. 2013. 233 f. Tese (Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

FONSECA, M. L. G. O profissional de Saúde como sujeito, sofrimento no trabalho e Gestão. In: AZEVEDO, C. S; SÁ, M.C. (Org.). **Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.

FONSECA, A. F; MENDONÇA, M. H. M. A interação entre avaliação e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde: subsídios para pensar sobre o trabalho educativo. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 343-357, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600343&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2018.

FREIRE, P. **Ação Cultural: para a liberdade e outros escritos**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, v. 3, 1987.

_____. **Política e educação: ensaios**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

FREITAS, I.C.F; et al. Pesquisa qualitativa em saúde: um olhar inovador sobre a produção do conhecimento científico. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n4/a2823.pdf>. Acesso em: 20 jun, 2017.

GALAVOTE, H. S. **Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal Fluminense, Niterói; 2010.

GAZZINELLI, M. F et al . Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, fev. 2005.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIROUX, H. Escuela y teorías de la resistencia por Henry Giroux. OVE. Online, 2016. Disponível em: <http://otrasvoceseneducacion.org/archivos/158633>. Acesso em: 22 Dez. 2018.

_____. **Teoría y resistencia en educación**. México: Siglo veintiuno editores, 2004.

_____. **Teorías de la reproducción y la resistencia en la nueva sociología de la educación: un análisis crítico**. México: editorial Era, 1985.

GUIMARÃES, C. **Educação Popular em Saúde**. EPSJV/FIOCRUZ, 2016. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/dicionario-jornalistico/educacao-popular-em-saude>. Acesso em: 10 jul. 2018.

GOMES, C.O. **Agente Comunitário de Saúde (ACS): Construção do percurso identitário a partir da história de vida**. 2013. 77 f. Dissertação (Mestrado em Saúde

Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

JORGE, M. S. B. et al. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre sua prática no programa de saúde da família. **Revista APS**, v. 10, n. 2, p. 128-36, 2007.

KLUTHCOVSKY, A.C.G.C; TAKAYANAGUI, A.M.M. Community health agent: a literature review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p.957-963, dez. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000600019>. Acesso em: 19 ago. 2017.

LABRADOR, C.P. **Agente comunitario de Salud, sujeto transformador**. 2014. 25 f. Tesis de Grado (Infermeira). Universitat De Les Illes Balears. España, 2014.

MACLAREN, Peter. **Multiculturalismo revolucionario: pedagogías en disención para el nuevo milenio**. México: Siglo veintiuno editores, 1998.

MAINARDES, J. Abordagem do ciclo de políticas: uma contribuição para a análise de políticas educacionais. **Educação e Sociedade**, Campinas, v.27, n. 94, p. 47-69, 2006.

MEIRA, R.M.M.B.P. **O agente comunitário de saúde: convergências e divergências, na percepção dos próprios agentes, dos médicos, enfermeiros e usuários do serviço**. 2008. 161 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2008. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/98468>. Acesso em: 20 ago. 2018.

MÉLLO, L.M.B.D. **A trajetória da formação profissional dos agentes comunitários de saúde no Município do RECIFE-PE**. 2013. 203f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

MINAYO, M.C.S (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14.ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407 p.

MONTAGNER, M.A; MONTAGNER, M.I. A teoria geral dos campos de Pierre Bourdieu: uma leitura. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, 2010. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/33543725.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2017.

MONTEIRO, M.A.G.S. **Trabalho, saúde e educação: um estudo sobre a formação profissional dos agentes comunitários de saúde do estado do Maranhão no período 2004-2011**. 182 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2013.

MOROSINI, M.V.G.C; FONSECA, A.F. Configurações do trabalho dos Agentes Comunitários na Atenção Primária à Saúde: entre normas e práticas. In: MENDOÇA, M.H.M et al. (Orgs.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

MOROSINI, M.V.G.C; FONSECA, A. F. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? **Cadernos de Saúde Pública**, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000100301&lng=en. Acesso em: 20 dez. 2018.

MOROSINI, M.V.G.C. **Transformações no trabalho dos agentes comunitários de saúde nos anos 1990-2016**: a precarização para além dos vínculos.2018. 357 f. Tese (Doutorado). Centro de Educação e Humanidades, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

NEWMAN, J; CLARKE, J. Gerencialismo. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 37, n.2, p.353-381, ago. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-62362012000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 jul. 2018.

NOGUEIRA, RP; SILVA, F.B; RAMOS.Z.V.O. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis**: o agente Comunitário de saúde. Rio e Janeiro: IPEA, 2000.

PINHEIRO, B. C; BITTAR, C. M. L. Práticas de educação popular em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v. 18, n. 1, p. 77-82, out. 2016. ISSN 2177-4005. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8049>>. Acesso em: 05 set. 2017.

PIRES, D. Precarização do trabalho em saúde. In: DICIONÁRIO da Educação Profissional em Saúde (online). Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/pretrasau.html>. Acesso em: 20 nov. 2018.

QUEIROZ, D.M; SILVA, M.R.F; OLIVEIRA, L.C. Educação Permanente com Agentes Comunitários de Saúde: potencialidades de uma formação norteadada pelo referencial da Educação Popular e Saúde. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1199-1210, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0303>. Acesso em: 05 set. 2017.

ROCKWELL, E. **La experiencia etnográfica**. Buenos Aires: Paidós, 2009.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2009-2016**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6594964/4178605/RelatorioAnual2016_Web.pdf. Acesso em: 20 jun. 2017.

SÁ, M. C; AZVEDO, C. S. Subjetividade e Gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. In: AZEVEDO, C. S; SÁ, M.C. (Orgs.). **Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.

SANTOS, Á.C. **Curso técnico de agente comunitário de saúde: a percepção dos ACS**. 2015. 95 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

SANTOS, W L. P. Educação científica humanista em uma perspectiva freireana: resgatando a função do ensino de CTS. **Alexandria: revista de educação em ciência e tecnologia**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 109-131, mar. 2008. Disponível em: <http://www.ppgect.ufsc.br/alexandriarevista/numero_1/artigos/WILDSON.pdf> Acesso em: 10 jul. 2017.

SCHUBERT, J; SILVA, R.N da. Los modos de trabajo de los agentes comunitarios de salud: entre el discurso institucional y el cotidiano de la vulnerabilidad. **MEDPAL Medicina paliativa: interdisciplina y domicilio**, v. 3, p. 45-53, 2011.

SILVA, T. T. O currículo como política cultural. In: _____. **Documentos de identidade: uma introdução às teorias do Currículo**. Belo Horizonte: Antártica, 2003.

SOSSAI, L.C.F. **Atenção primária à saúde no município de Marília-SP: repensando o trabalho do agente comunitário de saúde**. 2008. 102 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

SOUZA, F.R.M. **Agentes Comunitários de Saúde, formação e perfil profissional: o caso de Duque de Caxias, RJ**. Rio de Janeiro, 2014. 152 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

SOUZA, M.C.M.R; BARCELOS, A.P.M; LANZA, F.M. A política de formação técnica do agente comunitário de saúde: perspectivas e desafios. **Revista APS**.; v.16, n.4, p. 469-473, out/dez 2013. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1747/776>. Acesso em: 18 out. 2017.

STUART, R.A.J. **A educação em saúde na prática pedagógica de uma escola pública frente aos desafios da política neoliberal**. 2017. Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências e Saúde) – Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2017.

VASCONCELOS, E. M; CRUZ, P. J. C; PRADO, E. V. A contribuição da Educação Popular para a formação profissional em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 835-838, Dec. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400835&lng=en&nrm=iso>

VASCONCELOS, E. M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cad. Saúde Pública**, vol.14 supl.2, pp. 39-57. 1998. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s2/1324.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2017.

VELASCO H, RADA, A.D. **La lógica de la investigación etnográfica**. Madrid: TROTTA, 1997.

APÊNDICES

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estou sendo convidado (a), como voluntário (a), a participar do estudo **“TRABALHO E FORMAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS NUMA UNIDADE DE SAÚDE DE FAMÍLIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO”**, cujo objetivo é **analisar como os Agentes Comunitários de Saúde resistem às políticas neoliberais contemporâneas e quais as influências em suas condições de trabalho e processos de formação.**

O estudo desenvolve-se dentro do campo da Educação em Saúde e a partir dos aportes teóricos principalmente da educação, saúde e sociologia, serão discutidas as condições de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e os processos de formação permeados por questões da subjetividade e das relações interpessoais. O estudo é de natureza qualitativa e apresenta uma abordagem etnográfica. Para o desenvolvimento da pesquisa será realizada uma análise bibliográfica e documental, além do trabalho de campo. Serão utilizadas como técnicas de coleta de dados: registros do caderno de campo, entrevistas individuais baseadas em roteiros semiestruturados e grupos focais; e para a análise dos dados seguiremos a proposta de análise de conteúdo temática de Bardin (2009). Os sujeitos da pesquisa são Agentes comunitários de saúde de uma unidade de saúde da família do município do Rio de Janeiro. Abordar essas questões pode ser uma oportunidade para discutir junto aos ACS sobre seu cotidiano de trabalho, e suas principais demandas no contexto da sua atuação visando caminhos de empoderamento desses profissionais. Pode-se destacar que os resultados poderão gerar repercussões científicas, na produção de conhecimento no campo da educação em saúde; e sociais com as discussões que procuram gerar reflexões para possíveis melhoras das condições de trabalho e de vida dos ACS, assim como o fortalecimento de seu processo de formação.

PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A minha colaboração no referido estudo ocorrerá por meio da participação em entrevistas. Estima-se que o tempo gasto com as entrevistas seja em torno de 60 minutos. As entrevistas poderão ser gravadas em áudio e transcritas, garantindo sempre meu anonimato.

RISCOS E BENEFÍCIOS

Fui alertado (a) de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como: participação em uma roda de conversa na unidade de saúde para divulgação dos resultados da pesquisa; possível colaboração para o fortalecimento das condições de trabalho; discutir os diferentes aspectos relacionados com as condições de trabalho e processos de formação dos ACS visando refletir sobre os modos de resistência aos processos de precarização do trabalho. Recebi, também, a informação de que não foram identificados riscos relacionados a minha participação na pesquisa, visto que meu anonimato será garantido e que a metodologia do estudo prevê somente a realização de entrevistas semiestruturadas, em que as opiniões sobre os temas da pesquisa serão expressas livremente, sem qualquer juízo de valor quanto aos discursos individuais.

SIGILO E PRIVACIDADE

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado, ou elemento, inclusive fragmentos de discurso que possam me identificar, serão mantidos em sigilo. Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade dos dados.

AUTONOMIA

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação poderei entrar em contato com os pesquisadores ou diretamente com o Conselho de Ética, por meio dos canais de comunicação identificados abaixo. Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar e de que não sofrerei qualquer prejuízo as minhas atividades se desejar sair da pesquisa.

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

Não está previsto que eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, tais como transporte, alimentação, entre outros. Além disso, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, poderei ser devidamente indenizado, conforme determina a lei.

CONTATO

Estou ciente de que os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são: Gustavo de Oliveira Figueiredo (NUTES/UFRJ) e Yansy Aurora Delgado Orrillo (NUTES/UFRJ) e com eles poderei manter contato pelo telefone: 3938-6356 (NUTES) ou pelo e-mail direcao@nutes.ufrj.br

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a responsabilidade de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada de forma adequada ou que está sendo prejudicado(a) de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (CEP IESC/UFRJ) pelo telefone (21)2598-9293 ou endereço Praça Jorge Machado Moreira, 100 /Sala 15 Cidade Universitária – Ilha do Fundão/ Rio de Janeiro – R.J entre segunda e sexta-feira das 10h às 16h ou e-mail lcep@iesc.ufrj.br.

DECLARAÇÃO

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada pelos pesquisadores responsáveis pelo estudo. Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor deste termo e havendo compreendido a natureza do estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Dados do participante da pesquisa	
Nome	
Telefone / celular	
e-mail	

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2018.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA

Roteiro para entrevistas – Agentes Comunitários de Saúde

PROJETO PESQUISA: POLÍTICA TRABALHO E FORMAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS NUMA UNIDADE DE SAÚDE DE FAMÍLIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Data: ___/___/___

Unidade de saúde:	Equipe:
1. Nome:	
2. Idade:	
3. Profissão:	
4. Tempo de profissão:	
5. Tempo de atuação nesta unidade:	
6. Escolaridade:	
7. Outros cursos/títulos:	

a. Trajetória pessoal

- Percurso histórico até a sua inserção na unidade de saúde como ACS

b. Formação

- Escolarização,
- Inicial (como ACS),
- Educação Permanente
- Interesses
- Potencialidade e Fragilidades

c. Trabalho

- Cotidiano do Trabalho
- Condições de trabalho
- Visitas domiciliares
- Atividades administrativas
- Acolhimento
- Reuniões de equipe
- Dificuldades
- Potencialidades

d. Panorama atual

- Situação política nacional
- Gestão de saúde do município
- Mobilizações, manifestações e resistência à precarização do trabalho
- Perspectivas futuras.

e. Aspectos subjetivos

- Sonhos e desejos
- Projetos e planos futuros
- Sentimentos e emoções
- Percepção sobre as relações interpessoais

f. Outros Comentários

APENDICE C - CATEGORIZAÇÃO DO CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS
Quadro I. Resultados das entrevistas: categoria - FORMAÇÃO PROFISSIONAL

UNIDADES DE REGISTRO (IDEIAS CENTRAIS)	DEPOIMENTO DOS SUJEITOS NAS ENTREVISTAS
FORMAÇÃO INICIAL/ CURSO INTRODUTÓRIO	<p><i>Para iniciarmos as nossas atividades aqui... tivemos que fazer o introdutório... é um curso de uma semana... que é [...] em relação ao trabalho dentro do SUS... às conquistas, o trabalho no dia a dia do agente comunitário de saúde...mais ou menos uma como funciona?, a questão de ficha A... ficha B... é muito técnico! [ACS4].</i></p> <p><i>Então, a gente entrou né, aí depois de alguns meses a gente fez um curso proporcionado pelo SUS mesmo, que era para a gente conhecer um pouco mais como funciona, a gente viu...É, aprendemos sobre a história do SUS, como surgiu, a estratégia da família e foi um curso que durou uma semana né e aí a gente pode descobrir um pouco mais sobre isso que a gente tava iniciando. [ACS5]</i></p> <p><i>(...)a gente ficou uma semana sentada no auditório só ouvindo, acho que foi cansativo por isso, acho que poderia.. mas foi extremamente didático, mas poderia ser um pouco mais prático. [ACS5].</i></p> <p><i>Sim... eles (fizeram), não foi bem um curso... foi um treinamento né... foi um eh...acho que foi uns três ou dois dias de curso (...) Como todos os outros cursos que eu já fiz na vida... teoria é uma coisa... e na prática é outra... né... então... a gente pega a teoria e aplica na prática com mais mobilidade né...[ACS3]</i></p> <p><i>(...) então basicamente foi ensinado para a gente, que era a clínica da família, aprender o que é o SUS, qual são os passo a passo, [ACS9]</i></p> <p><i>(...)nós tivemos um curso curto aqui na unidade e... (Interrupção) aí foi dado o introdutório para a gente e o básico, né? A gente foi aprendendo, mas assim, a maioria das coisas a gente foi aprendendo mesmo no dia a dia, cada dia vamos aprendendo um pouco mais da profissão...é isso[ACS9]</i></p> <p><i>(...)então eu mergulhei, a gente chegou a técnica falou faz isso, faz isso, faz isso, e a gente veio depois de 5 ou 6 meses chegou o curso introdutório querendo ensinar o que a gente já sabia, foi bem depois o curso introdutório chegou aqui tarde. [ACS2]</i></p> <p><i>Sim, mas o introdutório ele te dá tipo assim só uma base o que você vai aprender mesmo é no dia a dia que você vê que algumas coisas que acontece no introdutório não é aquilo que funciona no real, é muito diferente, mas assim ele te dá uma luz. [ACS8]</i></p> <p><i>É o que eu te disse, eu busquei por conta própria, por internet, pra saber mais ou menos o que seria e assim eu fui aprendendo na prática mesmo, no dia a dia. E depois teve uma semana de curso, igual o curso dos outros que eles tiveram antes, mas foi mais um complemento mesmo. [ACS1]</i></p> <p><i>-Não porque eu também já estava atuando e até então o introdutório fala muito a respeito do SUS. Ele não fala muito das nossas atividades em si, entendeu. E também é totalmente diferente você né... a teoria da prática. É muito diferente! Então assim cada dia a gente vive uma forma diferente. [ACS7]</i></p>
FORMAÇÃO NA PRÁTICA COTIDIANA	<p><i>Eu aprendi muito, posso dizer que se eu aprendi alguma coisa em relação ao agente de saúde eu devo muito a minha equipe, não somente a parte técnica, os demais agentes de saúde também. [ACS4]</i></p> <p><i>(...)bom, a gente teve um curso preparatório, mas mesmo assim, ali não ensinam tudo. É no dia a dia que você acaba aprendendo. O que eu falei: muita gente não tinha experiência, né? Assim, a enfermagem me ajudou muito, ajudou porque se não soubesse, também ia ficar boiando... teve gente que no início ficou boiando, mas com o tempo, com o dia a dia, a gente acaba aprendendo, entendeu? [ACS6]</i></p>

	<p>Assim que a gente acabou de entrar, passaram para a gente as funções e fomos descobrindo, né? A gente conversando com o outro... como foi... a gente troca muita informação aqui na clínica. Aí vai aprendendo um pouquinho aqui, um pouquinho lá... uma coisa deu certo, vamos compartilhar, foi essa troca[ACS9]</p> <p>Eu fui me inteirando melhor na prática né, sabendo mais do que se trata na prática mesmo, no dia a dia, e cada dia eu descobro algo novo. é todo um processo importante mesmo.[ACS1]</p>
<p>INTERESSES E NECESSIDADES DE FORMAÇÃO</p>	<p>O meu grande interesse... né... [...] aquilo que eu (peguei) e né... me dediquei durante quatro anos... é retornar em relação a área de arquivo... mas enquanto estou aqui... procuro fazer o meu trabalho da melhor forma possível... não deixando de lado os números...cobrados atualmente pelo município do Rio [ACS4].</p> <p>Eu tenho... Minha meta de vida, assim, é trabalhar como psicóloga com pessoal colorido, homossexuais, tudo mais, porque é uma causa que mexe comigo, assim...[ACS5]</p> <p>a gente não é funcionário público... é carteira... então... se um dia...eu sair daqui... pelo menos já tenho a minha carteira profissional... e eu já posso ingressar em outro lugar... entendeu? [ACS3]</p> <p>eu acho... cursos para a gente fazer, eu acho que tinha que ter mais. Não sei. É sempre bom aprender, eu acho que deveria ter mais... acho que a gente tem que estar sempre inovando. [ACS6]</p> <p>...a (CAP) entra em contato com a unidade ou não sei se é a gerente aqui que tá sempre atenta à isso... e ela dá a diretriz..."oh... vai abrir um curso tal...saiu sobre violência da mulher... vai abrir um curso tal... quem quer fazer? Quem não quer?" É meio...e ela está sempre buscando aprimorar o profissional...</p> <p>Muito já estão buscando aperfeiçoamento, tenho colega se formando em técnico de enfermagem... [ACS10]</p> <p>tem, mas aqui ninguém tem. A maioria tem técnico de enfermagem, quem não tinha, passou a fazer. [ACS6]</p> <p>(...) aí eu consegui passar na prova mas eu não tenho qualificação na área, eu vi mais como um retorno ao mercado de trabalho [ACS10]</p>
<p>FRAGILIDADES NA FORMAÇÃO</p>	<p>É fragilidades, por exemplo, teve muita coisa que eu tive que aprender errando, talvez se eu tivesse feito o curso um pouco antes não teria errado não sei, mas seria um pouco mais fácil pra trabalhar a gente teve que trabalhar um pouco na marra, não foi tão difícil por conta da nossa medica a doutora Ana Luiza, ela já da função básica então foi mais fácil de guiar a gente, mas muita coisa eu aprendi errando seria mais fácil se tivesse tido o introdutório. [ACS2]</p> <p>Eu acho assim ela, eu acho que ela é bem desmerecida, entendeu, a categoria em si. Realmente teria que ter... Poderia a gente ter, tem até um certo curso, né? Do agente comunitário mesmo, (...) [ACS7]</p>
<p>POTÊNCIAS DA FORMAÇÃO</p>	<p>(...) um olhar humano, mas acaba que aqui aprofundou é muito legal, é muito mágico trabalhar aqui com todos os defeitos você acaba que você né, não ela mais estressada porque ela não me deu bom dia porque né, você acaba vendo a empatia, você aprende a se colocar no lugar do outro. [ACS2]</p> <p>Eu acho que eu aprendi a ter muita paciência, eu acho que a gente aprendeu a olhar as pessoas, a vida de forma diferente. Eu acho que o respeito, eu acho que a gente tem uma visão diferenciada da família, porque a gente vê muitos casos. [ACS7]</p> <p>... lidar com o paciente o tempo inteiro, então você vê... os problemas, né? Que as pessoas carregam em casa, quando você está ali na frente no acolhimento, você percebe coisas comuns... e com a formação olha com outros olhos também, né? Você passa a entender melhor de que se trata, você consegue antecipar de repente um problema, uma solução alias para aquele problema.[ACS9]</p>

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados empíricos, 2018.

Quadro II. Resultados das entrevistas: categoria - RESISTÊNCIA POLÍTICA

UNIDADES DE REGISTRO (IDEIAS CENTRAIS)	DEPOIMENTO DOS SUJEITOS NAS ENTREVISTAS
ESTRATÉGIAS DE LUTA	<p>Anteriormente ao período da greve... a gente ouvia muito falar do sindicato... mas só que dentro do município do Rio de Janeiro... são mais! de cento e vinte e cinco clínicas... é bem complicado, por exemplo que eles sejam presentes a cada uma delas... porque eles também são agentes comunitários né... tem que prestar serviço... dentro da...; ai no POUCO tempo que eles têm... tentam (organizar)... [ACS4]</p> <p>(...) conseguimos em assembleia e discussão... procuramos melhorar a nossa estratégia né... anteriormente a gente estava/ fazia a greve... mas continuava preenchendo os relatórios pra...ver que TIPO de/ que greve é essa? continua dando números pra ele... então (seguirem) entregando números pra ele... pode ficar de greve o restante do na que deve ter um resultado... Então passamos a fazer o trabalho... que a gente não pode deixar de lado o nosso mas (o nosso controle é no papel)... assim... caso aquele paciente tenha necessidade... ou a nossa EQUIPE pra o paciente não seja prejudicado, eu tenho em mãos as informações...; Agora... preenchimento (para que) a prefeitura tenha números né... período de greve... (parou)... zero! [ACS4].</p> <p>(...) uma das formas da gente pegar e pressionar o município é seguir parado e não dando seus números tão preciosos. [ACS4].</p> <p>Sim, ver se a prefeitura demonstre boa vontade porque nós cumprimos os nossos acordos referentes a justiça, a prefeitura não. [ACS4]</p> <p>[...]a gente fez uma greve presencial, todo mundo vinha a trabalhar. Não tinha como ficar em casa, tinha que vir trabalhar. [ACS6]</p> <p>Eu acho que estamos precisando que a população inteira saia para a rua... botar ordem. Tirar o prefeito, presidente, tirar geral e fazer uma reforma. Porque vou te falar, se deixar assim, não vai mudar nunca. Porque o povo tem força, a gente que paga os impostos. [ACS6]</p> <p>O paciente ele sente, o paciente quando ele chega lá na frente vê o acolhimento vazio, o que que aconteceu? é a nossa brecha para dizer olha nós estamos reivindicando os nossos medicamentos, é tão querendo cortar, tão querendo fazer cortes no SUS, estamos sem o nosso salário e acaba que a gente conscientiza a população. [ACS2]</p> <p>(...) é uma greve que, que você porque se é pra chamar a atenção da população eu acho que tem que negar o atendimento a não ser que seja uma emergência, , mas pra consultas de rotinas tipo “ah eu to com uma pereba no braço” você não vai morrer com essa pereba no braço e ai bota pra atender, “ah quero um atestado médico pra fazer exercício físico” atende, como a população vai sentir? Eles vão continuar tratando a gente dessa forma porque a gente continua atendendo, eu sei que quando for falar de saúde a gente tem que ser humano, compreender que a dor do outro tem uma proporção diferente da nossa, de repente que pra mim não é uma emergência não é uma dor pra ele é, mas ele também tem que se colocar no nosso lugar, entendeu? E compreender que a gente sem salário gente não funciona, sem medicamento a gente não funciona, sem condições de trabalho a gente também não funciona, uma hora a gente vai pifar, entendeu? Então o que eu acho é isso. [ACS8]</p> <p>(...) é direito delas a gente não ta brigando só pelo nosso direito é direito delas também, ninguém vai pra passeata, você convoca eu vou, mas não vai, por isso que eu acho que a greve deve ser feita sem atender, [ACS8]</p> <p>Ah nós estávamos atuando muito em campo mesmo, em momentos de formação, do que estava acontecendo, dos usuários, manifestações, no trânsito. a gente fazia caminhada (...) Acho que além da categoria de agentes comunitários tem que ter uma união de todas as categorias...[ACS1]</p> <p>Então acho que tem que ser uma luta geralzona mesmo de todas. Todas as categorias ir mesmo com força pra tentar intervir né, pra que não aconteça esse desmonte. Porque quando tinha mobilização alguns de outras categorias iam, mas a maioria era a gente. [ACS1]</p>

	<p>Então, não sei, talvez se a gente tivesse mais reuniões assim no território mesmo de ta explicando pra população a situação. Porque às vezes eles olham mas não enxergam o que tá acontecendo. Talvez se tivessem mais reuniões no próprio território mesmo, porque pra vir aqui... Ou até aqui mesmo enquanto eles esperam tá fazendo trabalho de conscientização com eles, né. Não falar que é mais... Não dar tanto foco pro atraso do salário. Acho que é mais do que isso né. Acho que fazer um trabalho mais de conscientização mesmo, aqui, no território acho que é muito importante. [ACS1]</p> <p>Quando eu to em campo eu procuro passar as informações né. Essa falta de.. diminuição de verba que acaba afetando o funcionamento geral da clínica, falta material, falta medicamento, e isso... tá relacionado à gestão atual do prefeito Crivella e tal. Mas é bem menos do que antes. Antes todos estavam com mais gás.[ACS1]</p> <p>(...) eu acredito que até o final do mês já volta ao normal, porque assim a gente... o que foi acordado nos ACS, na minha assembleia que quando todas as unidades chegarem a receber, aí a gente o dia seguinte a gente voltaria ao normal, já só faltam duas ne, que tem unidades aí que pega zona oeste tudo que o pessoal chegou a passar necessidade mesmo, que ficou sem pagamento, sem alimentação. Então a gente está lutando pela categoria, apoiando para que tudo mundo receba direitinho (...) [ACS10]</p>
<p>REPRESSÃO DOS PROTESTOS</p>	<p>(...)realizamos em janeiro e fomos bem recebidos com gás lacrimogênio, fomos escorraçados praticamente; isso sem fazer qualquer tipo de arruaça, a gente só estava cobrando. [ACS].</p>
<p>DIFICULDADES DA CATEGORIA PROFISSIONAL</p>	<p>Melhoramos o cenário, não vamos dizer que é o ideal que são todos engajados, sabemos a nossa missão termos de dever, mas muitos como em qualquer setor, em qualquer categoria...é acomodada, deixa que o vento nos leve, mas surgiram outros interessados, procuraram saber como funciona a categoria também é gratificante saber que amanhã outras pessoas ocuparão esse papel. [ACS-4]</p> <p>Mas assim, todas as vezes a gente esperava e não apareciam tantos profissionais. Uma vez eu fui a primeira em chegar numa que marcaram, e assim... cadê o pessoal? Era pouca gente. Mas mesmo assim, na ilha são muitos profissionais da saúde que trabalham aqui dentro, porque que não estavam todos, sabe? Porque que não estavam todos? (sobre a greve) [ACS6].</p> <p>mas acontece que a gente lutava antes da gente não ter medicação, a gente tinha... a gente tava procurando sindicato pra apoiar as lutas de efetivar a gente, mas aí veio essa e a gente achou um pouco mais importante, uma coisa de cada vez até porque como a gente sem salário reivindica ser...[ACS2]</p> <p>assim não tá muito caótico aqui na Wilma, mas existe outras unidades em que o ACS está sem receber seis meses, então acaba por ser né uma coisa de categoria, a gente acaba dando um apoio, poxa porque a gente vai trabalhar normal aqui se eles lá não receberam, não é justo com eles e ai acaba que a gente fica aqui a gente é solidário, mas ao mesmo tempo a gente acaba se prejudicando porque não consegue ir para a rua (...) [ACS2]</p>
<p>AS REIVINDICAÇÕES</p>	<p>Atualmente a categoria de agente de saúde procura a ser efetivado! Pelo próprio município... [ACS4].</p> <p>o que nós estávamos pedindo? Então a gente está pedindo ser reconhecido, né? Que estavam querendo eliminar essa... querendo colocar como uma coisa opcional, que é um papel super importante; não pelo fato de ser ACS, mas que eu vejo que precisa... é necessário ter um ACS para se fazer uma clínica da família, se não fica uma coisa muito... muito hospital, UPA. Como que a gente vai ter esse contato de trazer as pessoas da comunidade para dentro da clínica... fazer essa ponte? Sabe? Nós fazemos essa ponte. [ACS9]</p> <p>A gente sabe assim que não tem uma garantia. Já se falou de colocar o ACS como eh...como estatutário ne, porque a gente fez um concurso bonitinho ne...um concurso público tudo bacaninha com edital, só que é CLT [ACS10]</p> <p>Olha, foi a forma de chamar atenção de todos né? Principalmente dos governantes porque pra mostrar nossa insatisfação com atrasos, pelas condições de trabalho, pelo que falta, pelo que poderia ser acrescentado, entendeu? Porque a tendência que a gente vê é que reduzam cada vez mais, entendeu?[ACS7]</p>

<p>IMPORTÂNCIA DAS LUTAS E CONQUISTAS ALCANÇADAS</p>	<p>(...)umas três vezes a rede globo veio aqui pra ver as condições que estávamos funcionando na base de gerador, quando o gerador não tava funcionando ou não tem dinheiro pra pagar o diesel, a clínica não abre...diferente se tivesse com a luz, realmente a nossa cobrança, a nossa voz chegou em algum lugar.[ACS4]</p> <p>Não tinha o hábito de ir a mobilizações –“ah! mas daqui a pouco... movia muito a questão financeira: “ah! Meu salário caiu, mas não caiu”, mas será que a nossa mobilização é apenas o salário, atraso...e qualquer instituição seja privada ou do estado o dinheiro pode faltar a qualquer momento, mas você ver o pouco caso e o descaso com a relação com o que está ocorrendo vejo que conseguimos abrir os olhos de muitas pessoas, até mesmo pra população.[ACS4]</p> <p>(...)exatamente isso. É necessário, porque não dá para ficar de braços cruzados enquanto a gente vê isso sendo desfeito aos poucos. E... é importante a greve exatamente para mostrar à população... mostrar para eles.... para ela acordar: olha só, são direitos de vocês! A gente tem que ir para a rua, temos que mostrar para eles que a gente esta vendo e que não queremos isso, a gente quer melhoras. E o ápice eu acho assim que... esse tempo que levou para a gente se organizar... o tempo que levou... isso ruim por outro lado, porque foi desgastando sabe? Que a greve desgasta a gente mesmo. Fica vendo, esperando ver resultados e às vezes demora e às vezes não dá, mas a gente tem que prevalecer. A gente não pode voltar atrás, porque se voltar atrás não melhora... assim, não dá para ser radical. mas também... não dá para ser 100% pacíficos, tem que gritar, protestar, as pessoas tem que mostrar que estão insatisfeita para as coisas melhorarem[ACS9]</p> <p>E ai você fica assim: "poxa! tanta coisa para fazer! " mas sabe que isso é necessário né porque não pode assim querer participar de uma luta sem ter perdas né e a gente fica ali e tal e tem que ficar na unidade, não pode sair...mas...daqui a pouquinho recupera também[ACS10]</p> <p>Nossa greve está respaldada pelo sindicato né que está fazendo quem está conectando com o sindicato, mas mesmo assim eu não acho garantia de que...eles mesmos falaram que nada está garantido para a gente.[ACS10]</p> <p>foi feito greve das categorias, a gente fez passeata, fez pressão essa coisa toda, e com a união do sindicato que a gente teve, eles falaram que o que fez a rescisão deles fazer o pagamento y tudo...viram que o processo parou...que os ACS são a massa né vamos para a rua, fizemos manifestação, fomos para a rua, fomos acompanhando médicos...saúde bucal,[ACS10]</p>
<p>CONTRAPONTO DA GREVE</p>	<p>(...) desse período de greve e tudo mais, acho que é o período que a gente está realmente mais estressado porque você fica aqui o dia inteiro, sem ser produtivo é extremamente estressante, desgastante. (...) [ACS5]</p> <p>A gente não está criando aquele vínculo, e ela vem nas consultas de pré-natal, mas é tão rápido, tão superficial, sabe... Diferente de quando você vai na casa e aí você conversa. Você preenche a ficha, mas você conversa como ela está animada com aquela gestação, como ela já está pensando nos nomes, quais os planos, essas coisas. É totalmente diferente. Então esses vínculos que a gente trabalhou tanto pra conquistar, que não acontecem instantaneamente mas que é uma coisa construída na maior parte das vezes, se quebrou...sabe [ACS5]</p> <p>Acho que é triste falar isso, mas talvez a gente esteja um pouco mais conformado, sabe, o que é lamentável né. Mas é porque é extremamente cansativo, então acho que falta força pra gente lutar..[ACS5]</p> <p>nossa no período da greve foi “estacante”, porque a gente quase não saía, entendeu? E fora que você não sabe se você realmente vai receber, se você não vai. Vai haver atraso de novo. Porque assim, nós temos nossas contas, nós temos nossos deveres e obrigações, um cartão de crédito, uma.. Chegou haver atraso também no nosso ticket entendeu, chegou a acontecer. Então é complicado você suas coisas acabando, e.. [ACS7]</p> <p>[...] acho que acreditar no nosso trabalho é a força matriz nessa...no que a gente precisa nessa luta. Mas é extremamente difícil porque a gente vê que a gente tá ali fazendo o nosso e a gente não consegue nem uma mudança por menor que seja. É cansativo [ACS5]</p>

Antes a gente tava sempre se organizando, nem que a gente fosse ali pro Aterro fazer um barulho, sabe, já era alguma coisa. a gente lutava pra ter uma visibilidade, mas agora não, a gente só tá aceitando que as coisas precisam mudar mas infelizmente nesse momento acho que gente não tá fazendo muita coisa pra mudar. **A gente tá em greve, mas acho que a gente poderia passar o resto do ano em greve que ninguém teria mais essa força pra lutar.** É triste, lamentável, mas é a realidade. [ACS5]

E... do resto estava muito estressante, a gente estava doida para acabar essa greve. A gente estava torcendo por isso, porque já tinha perdido o foco. No final a gente já tinha perdido o foco. **E a gente estava deixando de acompanhar,** a gente estava deixando de acompanhar os pacientes que precisavam ser acompanhados. Está entendendo? E aí **a gente estava perdendo o vínculo também.** Parecia que tudo o que a gente estava fazendo, parecia que não tivesse feito nada. Estava-se perdendo isso[ACS6]

Então assim, acho que isso atrapalhou muito. **Essa greve atrapalhou muito.** [ACS6]

Sim, tem um colega de trabalho que saiu da minha equipe da Praia da Bandeira, tinha um único homem que saiu porque não tá recebendo direito o Anderson e a gente perde um colega de trabalho super legal por esses motivos [ACS2]

AP: Então, **foi quebrando esse vínculo por causa da greve**[ACS3]

eu achava que não concordei com algumas opiniões que meus colegas tiveram, mas prevaleceu a maioria então eu tive que acatar muitas coisas que a maioria é votou né, porque eu não vou concordar de ficar aqui atoa, entendeu? Sem fazer nada a gente acaba se sentindo inútil prefiro tá na rua me comunicando fazendo alguma coisa, a gente tem que ter a função né.[ACS3]

Como agora, a gente teve esse período da greve. A pesar de ser necessário... nós entramos em estado de greve... foi preciso para poder informar, poucas pessoas entendem assim... metade entende, metade não. E por mais que isso seja em benefício de todos nós, isso acaba prejudicando muito, tanto para a gente que está trabalhando aqui como mais ainda para o povo que precisa, que acaba limitando um pouco esse acesso. E... a gente espera um pouco do vínculo, a pessoa fica um pouco desacreditada... eu acho que seja essa a dificuldade[ACS9]

No começo foi bem presente essa coisa de ir para as ruas, ir para a comunidade falar, mas com o tempo isso se foi desgastando, vou ser bem franco. Se foi desgastando mesmo, a gente foi vendo pouco resultado, a população também inicialmente estava pouco presente, depois foi menos ainda até o ponto de caramba! Cadê a população? A população tava desacreditada já, como outras várias condições que a gente vê. Infelizmente no Brasil inteiro. E isso acabou desanimando porque parece... que só a gente está lutando, sabe? Ficou um clima de tipo: estamos apenas aguardando. Desgaste...estresse... tanto que teve um período que a gente sentou e conversou: está muito desgastado, vamos procurar cuidar um pouco da gente porque nós precisamos ter força para poder motivar às pessoas. Porque se a gente não tiver força para motivar às pessoas... a gente já perde essa luta, sabe? A gente precisa dessa força da população, porque a gente não faz nada sem a população. Se a população não se levantar, não acontece. Tudo o que a gente tem aqui, esse modelo, esse sistema acontecendo é graças à parte da população que lutou por isso. Então, é importante que a população tenha ciência disso. Então é nisso que a gente encarava nossas forças, puxar para tentar trazer e aí... são várias lutas, sabe? A gente tem a luta de trazer a comunidade, a luta de trazer isso para a rua, a luta de mostrar isso para eles, a luta... essa luta constante, sabe? E agora que a gente saiu da greve e olha para trás, esse tempo que a gente perdeu, que a gente acabou perdendo, a gente sofre por falta de qualidade. Não por falta das coisas que... que o próprio governo deixou, o básico, de ter medicamentos, material para poder cuidar da população sabe? Mas essa falta mesmo de cuidado com a gente também, nós somos trabalhadores também, e se atrasa com o salário...fica difícil. A gente quer... nós queremos... nós amamos o que fazemos, muitos dos ACS não conseguiram ir até o final, teve que abandonar o barco, teve muitos que pediram demissão por faltar coisas dentro de casa mesmo, teve pessoas que não tiveram condições de pagar o aluguel... teve que se virar. É uma outra luta que a gente perde, um companheiro... uma pessoa que faz falta aqui dentro, faz falta lá fora também. É triste esse descalço que fazem com a gente e com a população também, né? [ACS9]

	<p><i>E... reaprender... nós tivemos 6 meses de greve, por aí. Muita coisa, sabe? E voltar com esse gás todo, mostrar para a população que esse é o SUS, sabe? A gente precisa ter esse conceito de greve sim, mas não é greve de parar, greve de resistir mesmo, sabe? A resistência do SUS, da promoção da saúde acima de tudo. Mostrar à população que eles não estão sozinhos, tem a gente. Mas a população precisa estar junto com a gente. Se não, não funciona. É-ACS9]</i></p> <p><i>Eu não consigo ver, não consigo ver nenhuma, to pedindo pelo amor de Deus pra essa greve acabar eu não to conseguindo ver na minha cabeça a gente fazendo essa greve a gente conseguiria reivindicar assim os nossos direitos por mais que não fosse resolvido 100% pelo menos 60% seria resolvido, resolveram 10, resolver o nosso salário, dá o salário da e neles para eles calarem a boca, a questão básica ta sendo desmontada e não ta adiantando. [ACS2]</i></p> <p><i>Aqui a trancos e barrancos no período de greve a gente estava atendendo quase 200 pessoas por dia, imagina... [ACS10]</i></p> <p><i>Até final de março estavam dizendo que ninguém seria demitido, até por conta de de...muita, muitas contratuais que tem que pagar né, não seria demitido, mas a partir daí a gente não sabe[ACS10]</i></p> <p><i>“- Não, [...] ruim, assim, realmente quem tinha que apoiar a gente, a população também não apoia, na hora de apoiar eram poucas pessoas que compareciam. A gente ficava assim um pouco, como vou dizer pra você? Desmotivado né? Assim a gente tinha nossa garra, mas assim a gente era “desreconhecido” na verdade pela população que a gente estava fazendo greve. A gente não sentia aquele reconhecimento. “Não, poxa, vamos lutar, não só por eles, mas por nós também, porque nós também estamos sendo afetados” Então assim, a gente achava que era como se fosse uma falta de entusiasmo pra população, muito desinteresse é a palavra certa”. [ACS7]</i></p>
<p>“ARMADILHAS” DA GREVE</p>	<p><i>Na questão de greve, tipo assim... a categoria entrou de greve, aí acaba separando, né? Porque uma entra de greve, outra não... isso atrapalha muito porque bem ou mal, acaba... uma categoria entra de greve e aí sobrecarrega a outra. Aí... a parti daí que começou a vir os estresses maiores. Sabe? Onde começou a... a questão de desunião. Porque começou a ficar pesado. Aí isso acabou sendo uma armadilha para a gente. Sabe? [ACS9]</i></p> <p><i>É isso ir pra rua, por isso que eu tô falando que a greve tá prendendo a gente aqui, a greve tá deixando a gente de mãos atadas, eu achei que a greve ajudaria a gente reivindicar ir pra rua e dizer porque tá acontecendo, mas a greve puxa a gente aqui dentro. [ACS2]</i></p> <p><i>Já querem que...tirar nossa profissão dizer que ela não é necessária...E...em contrapartida com esse período de greve Houve dias que foi...o atendimento ficou...(nesse período eu estava até de férias) que foram atendimentos com médicos e enfermeiros e funcionou e muito usuários lutaram para que muita coisa deles fosse resolvida ali mesmo...Então é uma coisa meio assim, é uma luta meio as vezes até contra a gente mesmo porque...eles estão acostumados com essa ideia de postinho, de ir no posto, marcar consulta. [ACS10]</i></p> <p><i>Parece que alguma parte da população acaba enxergando como vadiagem, tipo, “aah não ta acontecendo nada disso eles que não querem trabalhar”, não se importam muito. Se eu to sendo atendido, to saindo daqui com o medicamento, é o que eu preciso pra hoje, o todo não interessa pra mim, entendeu? E aí você chega lá na frente pra dizer que tá em greve que você só vai atender casos mais agudos, isso caba gerando mais revolta na população mas [...] eles não enxergam que é referente a gestão.. prefeitura. Eles vão enxergar como uma falta de interesse de atender alguém naquele momento, entendeu?! É vadiagem, simplesmente não quer atender.” [ACS1]</i></p>

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados empíricos, 2018.

Quadro III. Resultados das entrevistas: categoria - SUBJETIVIDADE NO TRABALHO

UNIDADES DE REGISTRO (IDEIAS CENTRAIS)	DEPOIMENTO DOS SUJEITOS NAS ENTREVISTAS
<p>SENTIMENTOS POSITIVOS DE SER ACS</p>	<p><i>Às vezes os pacientes falam: nossa você é tão legal, você é minha agente, eu gosto de você. Você é legal, você foi lá... não sei o que. Isso é legal, eu sou agente da pessoa, mas eu trato como também como meus pacientes. Eu dou atenção. Se é de outra equipe eu ajudo. [ACS6]</i></p> <p><i>Eu acho que a minha hora ainda vai chegar e que por enquanto eu aceito que no lugar onde eu estou. Porque eu amo a minha profissão, eu estou gostando muito, desde que eu entrei e que comecei a ver...[ACS6]</i></p> <p><i>aquí eu me sinto muito a vontade no meu trabalho, eu gosto muito de ta aquí no meu trabalho aquí é minha casa, minha segunda casa, minha família e eu não tenho, tenho minha família específica que é minha equipe,[ACS3]</i></p> <p><i>(...)né vamos dizer assim, gostei bastante, gosto da minha profissão eu adoro cuidar das pessoas, de lidar com as pessoas e algo que eu mais gosto é das crianças [ACS2]</i></p> <p><i>(...)e é isso eu gosto de fazer meu trabalho eu não tenho que reclamar do meu trabalho eu gosto dessa coisa de uma hora tô aqui, outra hora eu subo, às vezes um usuário conta coisas da vida dele a gente passa a ser parte da família dele as vezes a gente encontra ele na rua ele quer saber coisas de trabalho e ele pergunta como a gente tá E-ACS8]</i></p> <p><i>Eu vejo algo pra repensar como cidadão, como posso ajudar? como meu engajamento seja ele social e político tenho pra mudar a realidade daquelas pessoas. [ACS4]</i></p> <p><i>Essa é a coisa que eu mais gosto de trabalhar aqui, porque além de ouvir as pessoas, eu tenho a oportunidade de ser gentil [ACS5] Eu não quero ser ACS pra sempre, né. Mas eu gosto muito da estratégia da família, [ACS5]</i></p> <p><i>E sério, o que eu mais gosto de trabalhar aqui é isso, é poder praticar a empatia diariamente e descobrir que tem muitas realidades e que a minha não é certa, que a minha verdade não é absoluta, nem da outra pessoa e que... é isso.. Eu aprendo muito aqui diariamente.” [ACS5]</i></p> <p><i>Eles me tratam com uma gentileza às vezes, parece que eu sou da família mesmo. Tem uns que né [ACS5].</i></p> <p><i>Eles não iam para a rua. Então eu fiquei feliz de ser a primeira agente lá na minha rua, entendeu? E tipo, vindo com a novidade da clínica da família entendeu? Eu me sinto muito feliz e honrada por isso. [ACS6]</i></p> <p><i>Porque aqui eu conheci pessoas incríveis, embora a gente ta aqui um ano e seis meses e tal, já são meus amigos de vida mesmo, são pessoas que eu já levei para minha vida. [ACS5]</i></p> <p><i>Então eu me sinto bem, eu acho que é interessante sim e acho importante. Porque aí eu to na rua também, as pessoas me abordam. Elas sabem que a clínica tá aqui, a clínica sabe que elas estão lá, então eu acho interessante”. [ACS1]</i></p> <p><i>Gosto muito de trabalhar na rua, não é meu primeiro emprego trabalhando na rua, sabe? Então eu gosto, é uma coisa que eu gosto.” (ACS7)</i></p> <p><i>o modelo de clinica da família. Creio que desfazendo isso claramente as pessoas vão ficar desassistidas como estavam e... isso vem melhorando muito, sabe? Os próprios cuidados que a gente faz... dos hipertensos, diabéticos... sabe? O cuidado sendo feito, essas pessoas melhorando, tendo uma qualidade de vida melhor... as pessoas que não tinham acesso à informação, tendo acesso à informação e vendo diariamente, sabe? Progressivamente a melhora delas, se não entendeu o modelo de saúde... educação também... tem alguém cuidando da gente aqui, sabe? A gente vê isso, é muito legal. [ACS9]</i></p>

<p>VÍNCULO COM OS USUÁRIOS</p>	<p>somos usuários e a gente também precisa sobreviver. Mas... eu fico pensando naquelas pessoas que estão lá, precisando de atendimento, de ser acompanhados [ACS6]</p> <p>a gente lida com a dificuldade da pessoa, você lida com o paciente, não é numero o usuário aqui não é número , é um indivíduo que vivem uma comunidade que a gente conhece e trabalha dentro da possibilidade dele, entendeu? Dentro do que ele pode e com o carinho que acho que é isso o mais importante. [ACS8]</p> <p>É estressante? É! Às vezes tem muita cobrança, mas acho que é extremamente gratificante quando você chega e se sente querido naquela casa, eu acho que vale muito a pena por isso. [ACS5]</p> <p>“- Eu assim... O momento que eu mais gosto mesmo é de estar na comunidade, entendeu? Porque você tá com pessoas, assim, você se sente querida. Com o período da greve, como agente não subia direto, às vezes poxa “você sumiu, você nunca mais foi na minha casa”, tem pessoas que te dão café, querem que você almoce, sabe? Eles te tratam com tanto carinho, te abraça, te beija, eu acho que isso aí não tem preço, entendeu? [ACS7]</p> <p>eu acho que a nossa atividade de estar perto do paciente ajuda muito na hora do atendimento. E as vezes assim eh...a gente pode estar facilitando a eles ne o atendimento e pode estar acompanhando mais de perto a situação ne; que a gente já eh...a questão do vínculo ne (...) [ACS10]</p> <p>Então, as pessoas falam: "ah! é ruim ne dar telefone para paciente", é meio controverso ne mass às vezes necessário porque você já começa a ter um contato mais direto com ele, ele te pede alguma coisa, de repente uma consulta que você já marca, o dia que o médico vai estar...a gente tem um contato direto com a equipe facilita, facilita, entendeu. [ACS10]</p>
<p>CUIDANDO DE QUEM CUIDA</p>	<p>(...) às vezes eles faziam uns grupos com a gente. A gente se reunia, os profissionais... médicos, a gerente não participava não, mas ela estava por dentro. Reunia os profissionais para dar força uns para os outros, a gente tava desgastado... não só com o médico, pessoas em geral, todos os profissionais. E a gente se reunia e conversava... falava o que estava sentindo, tinha muito isso. [ACS6]</p> <p>(...) o trabalho de grupo é feito... né... e as nossas reuniões são alegres... a gente consegue/ muito alegres...[EACS3]</p> <p>então, uma coisa que eu vejo de novidade daqui é que assim, a gente oferta saúde para as pessoas. E mesmo sendo ACS, nós também somos usuários da clinica, né? E.. é ofertado para a gente isso também, então tudo isso é para a gente... então assim, até os grupos de cuidado que tem aqui, nós participamos também, como agente e como usuário. Então nesse momento que a gente precisa, também usa, sabe? E é legal ter esse cuidado também para a gente. Eu vejo isso. [ACS9]</p> <p>Eu acho isso legal, é uma coisa que assim... é... agora que a gente voltou da greve, vê retornar os grupos que também é importante, isso é legal porque aproxima mais a gente. Aqui tem o espaço para falar, para desabafar, para trocar experiências além das reuniões das equipes. É legal isso[ACS-9]</p> <p>mas como a gente tem um pouco mais de tempo livre, não sei talvez devesse ter alguma coisa, uma roda de conversa, algo que, não sei o que, mas algo que tire a gente um pouco dessa realidade sabe? Tipo, que a gente consiga conversar, a gente consiga ser mais leve, não precisa ser necessariamente fora daqui sai pra espalhar a cabeça, mas quem sabe aqui sabe [ACS2]</p> <p>Sim e uma que ela fez e eu até participei de vocês falando dos seus problemas pessoais, as vezes a gente escuta o do outro, mas não tem ninguém pra escutar o nosso, as vezes a gente chega em casa e tem que ser mãe, dona de casa e chega aqui tem que ser agente comunitário quando é que você senta pra escutar o que você ta passando, a tua dor [ACS8]</p> <p>(sobre o momento da reunião de equipe) Sim, sobre nós nossos problemas o cuidado que a gente tem às vezes a gente fica muito cansado, estresse emocional e problemas pessoais não se preocupam que eu que a gente dá um jeito, eu acho que legal porque a gente também é paciente a gente também tem horas, tem aquela semana que a gente está cansado a gente não tem sua hora e dos nossos</p>

	<p>problemas a gente lida com os problemas dos outros e muita das vezes as pessoas não vem aqui com problemas físicos são dores emocionais que são as mais difíceis de tratar. [ACS8]</p> <p>aqui a gente sempre tem algum mecanismo pra tentar ajudar a gente, ela (se referindo à gerente da unidade) fez esse agora... de educação física, mas ela queria fazer de caminhada isso é muito bom porque a gente ri, a gente conversa, a gente distrai, ela sempre procura alguma atividade pra tentar e é bom, só que a gente não ta conseguindo levar pra frente por cauda da greve e fica muito enrolado, entendeu?[ACS8]</p>
<p>O QUE É SER AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE</p>	<p>(...)... o agente... ele... primeiro que eu acho que ele é o... o primeiro ali na ponta... né... o que que carrega tudo... eu acho que é muito mal olhado... vamos dizer assim... né... é muito desprezado...[ACS3]</p> <p>(...) então trabalho o meu hoje, hoje eu estou empregada, hoje eu estou empregada, hoje eu estou trabalhando, então eu tenho que dar o melhor do meu, amanhã eu não sei se eu vou estar aqui, se eu poso ta sendo mandada embora, se o Crivela vai renovar o contrato com a VIVA RIO, entendeu? Então eu to fazendo o meu hoje, é muito ruim isso, mas se eu fixar isso na minha cabeça eu piro.[ACS3]</p> <p>Então antes da gente ser agente comunitário a gente também é família e a gente tem uma família para cuidar. [ACS8]</p> <p>Então eu acho assim que tem esse valor de a gente estar...ser a linha de contato entre a clínica e o paciente né, eu acho que tem esse valor [ACS10]</p> <p>Eu acho que o agente contribui bastante porque ele faz de verdade a ponte entre a comunidade e a clínica né [ACS1]</p> <p>Porque o ACS é um elo direto nessa relação paciente e unidade de saúde né. [E-ASC5]</p> <p>Porque nós somos a porta de entrada. Quem segura a onda ali na frente, somos nós. [ACS7]</p>
<p>CARGA EMOCIONAL E SOFRIMENTO NO TRABALHO</p>	<p>Nossa...! Emocional... Acho que o nosso emocional fica muito abalado! Assim, eu já sou uma pessoa muito sensível naturalmente, eu sou muito mais emocional do que racional [ACS5]</p> <p>Eu acho que a parte mais cansativa é a psicológica, não tanto a física. A física também porque a gente tem que ficar andando muito no sol, vai pra lá, vem pra cá, mas acho que a psicológica é maior principalmente quando se trata de acolhimento, ta ali frente a frente com o público é mais cansativo. [ACS1]</p> <p>Então só espero que seja cada vez mais conhecido porque é um trabalho difícil, é desgastante, é exaustivo mas espero que seja cada vez mais reconhecido, que tenha o valor necessário, sabe, e que não seja simplesmente descartado como se não fosse importante, porque é extremamente importante. [E-AC5]</p> <p>O desgaste ali na frente também é muito grande, né. Porque assim, a maioria reclama, reclama, xinga, xinga, [...]”[ACS7]</p> <p>(...)quando a gente tá feliz acaba que né’, as pessoas ao seu redor ficam e você se contagia só que acontece que todos estão muito carregados, seja porque um profissional da sua equipe saiu, seja por problemas que acaba gerando financeiro [ACS2]</p> <p>(...) mas tem gente aqui que já sofreu cuspida, já foi ameaçada de ser agredido, se não agride fisicamente, e se não tem intenção de agredir fisicamente fala coisas ásperas, xingam, entendeu. Então assim, você...é muito complicado! você tem que manter a postura, ter uma frieza né (tá quase explodindo) e a gente sabe que tem que manter, evitar perder o controle para evitar ter problemas maiores...que o paciente perca a linha e venha encima da gente...É difícil, assim tem dia que eu chego em casa: 'acho que eu não vou voltar" é ruim quando você começa a pensar assim [ACS10]</p> <p>(...)não pode se desmotivar de jeito nenhum, mas tem hora que sabe é frustrante. muitas vezes a gente sentava: caramba a gente tá na greve e não ve acontecer nada. Que que está acontecendo? E agora? [ACS9]</p> <p>A gente venceu uma... essa luta, da... essa resistência a gente venceu. A gente perdeu muita coisa, alguns companheiros no caminho, mas... isso nos tornou fortes de certa forma. E seu espero agora as melhorias porque... todo mundo sofreu muito. A gente precisa dessas melhorias para poder... cuidar do que sobrou. É tão ruim de falar assim dessa forma, mas é preciso.[ACS9]</p>

Quadro IV. Resultados das entrevistas: categoria – CONDIÇÕES DE TRABALHO

UNIDADES DE REGISTRO (IDEIAS CENTRAIS)	DEPOIMENTO DOS SUJEITOS NAS ENTREVISTAS
<p>DIFICULDADES NO TRABALHO</p>	<p>(...)às vezes as pessoas criam barreiras e mitos... que dificultam o nosso trabalho, volto a melhor forma de convencer através do diálogo, eu não posso obrigar ninguém a fazer nada. [ACS4]. Mas é difícil você ir na casa de um paciente, ele te tratar extremamente mal e ta aqui no dia seguinte precisando de você e você ser extremamente gentil. É difícil. Ou então, você ir na casa do paciente, recusar o cadastro e vim aqui falando que você não foi lá, é injusto. [ACS5] <i>Dificuldades eu sei que tem porque tipo assim, a demanda é muito grande, eu acho que a demanda é muito grande.</i> [ACS6] <i>então, durante a greve a gente ficou muito estressado, muito mesmo. Mas... que a gente não podia fazer nada... que a gente ia fazer, a gente fazia o que a gente podia. Mas em relação a colocar tudo em dia...a gente não tinha como. A gente fazia o que podia... [ACS6]</i> <i>Então...a resistência de algumas pessoas, para entender o sistema. Falta muita questão política também, para investir na área da saúde, falta um pouco de dinheiro, sabe? Isso acaba atrapalhando um pouco [ACS9]</i> É, não é um trabalho valorizado não, é um trabalho muito bonito, muito legal, muito humano mas bem pouco valorizado[ACS2] Negativo é você ter que lidar com perdas de paciente, eu acho que a dificuldade do território que é muito longe é cansativo pra gente, pra entregar um remédio eu tenho que atravessar a favela inteirinha[ACS8] <i>(...) às vezes a gente se estressa porque assim, você trabalha com um público...já é complicado, com público doente, é duplamente complicado, a gente quase apanhou, tão estressado que a gente sai do acolhimento...a pessoa chega, nem tem vergonha de dizer se vai conseguir atendimento né que não depende só de mim que eu passo o caso, passo o caso para a equipe, se vai defender, se vai ter condições de atender. [ACS10]</i> mas essa cobrança encima da gente é muito grande com visitaçã, visitaçã, visitaçã e os pobres não querem..[ACS10] <i>tem dois lados também que a gente anda com uniforme a gente não tem mais sossego, se a gente não tivesse uniforme passa meses perseguido, mas com uniforme na rua a gente não consegue dar dois passos sem dar uma informação, mas a questão de você ir na casa da pessoa, esse vínculo que a enfermeira sempre falou que nem hospitais não tem assim,[ACS10]</i> Eu fico pensando até onde eu posso ir pra não ser invasiva. e tem também a questão da privacidade minha mesmo, que às vezes já teve caso de usuário vir bater na minha porta pra eu trazer uma receita pra renovar[ACS1] Negativo é você ter que lidar com perdas de paciente, eu acho que a dificuldade do território que é muito longe é cansativo pra gente, pra entregar um remédio eu tenho que atravessar a favela inteirinha, não que a gente tenha medo da favela até porque lá a gente é muito bem recebido, todo mundo conhece a gente mesmo que eu não esteja com o colete eu sou conhecida como a menina da saúde [ACS8] <i>Mas assim, é a dificuldade de chegar no território, dependendo se for época de sol isso é muito cansativo. Eu acho que no primeiro momento que a gente fez o cadastro também porque a pessoa abrir a porta para um estranho, vindo de um tempo que a saúde tava desacreditada, [ACS8]</i> </p>
	<p>Eu não vejo como uma questão de hierarquia eu vejo global, os profissionais graças a Deus a nossa equipe técnica nos valorizam como categoria, falam que somos a primeira porta de contato com o paciente. (E-ASC4). <i>Aqui também o ambiente eu em particular não sinto e não tive nenhuma... nenhum problema com hierarquia, entendeu? Vejo que tem as pessoas que tem cargos mais altos que o meu, mas me tratam, me tratam normalmente, me dão livre acesso de chegar até elas</i></p>

<p>RELAÇÕES INTERPESSOAIS NO TRABALHO</p>	<p><i>independente do cargo, como tem pessoas que estão no mesmo cargo que eu e em essa limitação, entendeu? De eu não me aproximar como eu tenho afinidade com uns e com outros não, mas falo com todos[ACS3]</i></p> <p><i>Eu acho que aqui eles não colocam uma pirâmide, aqui é muito legal, você é tratada de igual, existe algumas exceções, mas assim tirando exceções você é tratado igual como pessoa, não importa se você é um médico ou se você é uma faxineira, eu acho legal isso, [ACS2]</i></p> <p><i>É uma relação de respeito assim, todos se respeitam. Eu não me sinto assim com o cargo inferior, eu me sinto mais assim como parte da equipe mesmo com tanta importância do médico, entendeu? É um trabalho de equipe mesmo, porque o trabalho deles depende do trabalho do ACS, e a gente troca muita ideia mesmo. Como ACS a gente tem voz, a gente sugere algumas coisas e aceita. Até pra perguntar em referência ao trabalho, o que pode ser melhorado, ou não. O que a gente pode melhorar pra não ter tantos atritos lá no acolhimento, e é isso. [ACS1]</i></p> <p><i>Acho que todo mundo trabalha legal aqui... eu particularmente amo muito o ambiente de trabalho aqui, as pessoas também são maravilhosas, cada uma tem uma qualidade diferente da outra e eu também tento aprender um pouquinho de cada um e compartilhar as minhas... assim como sei que eu tenho defeitos também, a gente aprende com o colega. É natural essa troca infinita. [ACS9]</i></p> <p><i>mas a nossa enfermeira também é muito boa que ela é uma pessoa que comanda sem precisar mandar ela dá o recado, acho que ela nunca precisou chamar atenção de alguém ela chama você precisa fazer isso a gente faz não tem aquela coisa de hierarquia, os médicos também não tem essa hierarquia agente dá certo e no respeito eles permitem o que você acha o quê que você pensa a respeito disso como a gente tá junto melhorar isso nas nossas reuniões principalmente com doutor Jaime que ele queria muito [ACS8]</i></p>
<p>SIGNIFICADO E IMPORTÂNCIA DO TRABALHO DO ACS</p>	<p><i>O Arquivista praticamente ele trabalha mais com números e montante documental, o agente de saúde não, ele trabalha o dia a dia ele conhece o morador, ele conhece como que funciona a comunidade (...) [ACS4].</i></p> <p><i>Então essas visitas são muito importantes por isso. Porque esse acompanhamento na casa mesmo é totalmente diferente, porque na casa a gente consegue descobrir coisas que eu acredito que o médico e o enfermeiro não consigam no consultório [ACS5]</i></p> <p><i>Eu acho que quando a gente vai e acaba descobrindo essas coisas, eu acho que é isso que mais me encanta na estratégia da família, é esse acompanhamento que a gente tem, é esse zelo que a gente tem pelas pessoas. [ACS5]</i></p> <p><i>eu acho que o que mais gosto é quando tem visita, paciente acamado. O domiciliar. Quando a gente vai, a pessoa fica muito esperançosa, mesmo sendo às vezes casos muito graves... Pelo menos agora está sabendo ali que você está junto. [ACS6]</i></p> <p><i>as pessoas são muito engajadas... então... eu eu acho que deveria ter mais suporte... pro agente...[ACS3]</i></p> <p><i>E aí eu acho eu que não/ a gente não é muito valorizado... mas o trabalho da gente é fundamental! ... é fundamental... é um ciclo... entendeu? Eu vejo como um ciclo... agente de saúde... do agente de saúde passa para o enfermeiro... do enfermeiro passa pro médico... e aí o médico passa o retorno de como é que tá a saúde pro agente de saúde... e assim vai... é um círculo...[ACS3]</i></p> <p><i>Acho que o sistema de saúde da família tem isso, né? Saber como que eles estão, se precisam passar por consulta, se precisa de alguém para conversar, entendeu? Às vezes numa visita você consegue ver e ajudar. Isso é legal. [ACS9]</i></p> <p><i>É isso mesmo, quando tem informações e passa para a comunidade, faltava isso. Porque a pessoa tem seu cotidiano, trabalham... ela sabe que tem uma rede de educação, uma rede de cultura, rede de saúde. Só que falta essa... essa divulgação direta, esse convívio. Essa coisa, sabe? Mais diária. E com essa profissão que a gente assumiu agora, ACS, nós somos essa aproximação, está já claramente com essas pessoas, a gente vive com elas, né? E isso é legal. [ACS9]</i></p> <p><i>coisas positivas? Acho que lidar com pessoas, uma coisa que eu sempre gostei, de forma mais humana possível, ofertando ajuda de verdade mesmo, saúde, eu posso estar falando um pouco de educação, escutar as pessoas, sabe? Eu vejo um problema</i></p>

	<p><i>muito... vejo repetidas vezes, pessoas que precisam conversar, às vezes em casa sozinho, e não tem essa pessoa para conversar, sabe? Às vezes simplesmente um oi faz a diferença: oi como que você tá? Vamos conversar um pouco? As pessoas se abrem sabe? E tipo assim, perto de casa. Porque gente, como é que pode... minha vizinha. Eu não sabia que estava acontecendo isso... eu podia ajudar, ser útil para as pessoas, de verdade. Eu acho que esse é o maior valor da profissão [ACS9]</i></p> <p>Eu acho que é muito importante o vínculo da gente com a família, isso eu acho que é a base de tudo. [ACS6]</p> <p><i>Então eu acho assim que tem esse valor de a gente estar...ser a linha de contato entre a clínica e o paciente né, eu acho que tem esse valor [ACS10]</i></p> <p><i>aí eu vim para cá e fui me apaixonando tinha uma visão totalmente diferente do que é, de ta aqui dentro, tinha uma visão totalmente diferente, desmistificou um pouco o SUS [ACS2].</i></p> <p><i>Eu acho que o agente contribui bastante porque ele faz de verdade a ponte entre a comunidade e a clínica né. A gente traz muitas questões de pacientes que [...] tem dificuldade de vir aqui ou ta necessitando de algo para além da saúde né. Às vezes até dificuldade financeira mesmo, em caso de não tá podendo comprar roupas pros filhos, a gente vê se alguém pode fazer doações, coisa nesses sentidos para além da saúde né. Então eu acho que o agente comunitário tem muito que contribuir pra comunidade mesmo em si. [ACS7]</i></p> <p><i>Ao mesmo tempo, a gente tem que ir lidando, a gente é polvo né, a gente tem que lidar com o médico aqui, com o técnico de enfermagem, com o usuário e a gente tem que tentar juntar todo mundo né? Num mesmo só não é isso aqui, mesmo que pense diferente vamos tentar no mesmo caminho aqui. [ACS2]</i></p>
<p>PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO</p>	<p><i>Precarização do trabalho no Brasil não é exclusividade da área da saúde eu vejo como um todo, dentro do nosso velhíssimo modelo capitalista...é o lucro. [ACS4]</i></p> <p><i>Em relação as condições de trabalho gostaria que pelo menos o pouco que recebo pelas atividades que eu executo pra prefeitura que fosse pago em dia é o mínimo de respeito, sei que recebo pouco, porém continuo exercendo a atividade, pague em dia é...muito difícil manter as contas que tem em casa, [ACS4].</i></p> <p><i>Às vezes a gente não tinha caneta pra preencher uma ficha. Sabe? Às vezes a gente só tem uma camisa de uniforme e aí quando você passa o dia inteiro na rua nesse sol nem sempre você vai ter outra camisa pra você usar, entendeu? Então a questão do uniforme... coisas pequenas, mas que poxa, desvalorizavam nosso trabalho, sabe [ACS5]</i></p> <p><i>[...]a gente não tem recursos pra fazer o nosso trabalho porque não é só o nosso salário que tá atrasado, é medicamento que falta nas farmácias, sabe? São insumos que faltam pra fazer o curativo, pra fazer qualquer coisa, material de trabalho mesmo. [ACS5]</i></p> <p><i>faltou bastante coisa, porque...estava atrasado o nosso salário também, então consequentemente material também não vinha. [ACS6]</i></p> <p><i>eu só acho assim...que é isso mesmo...que é, que ele é muito mal remunerado... pelo que ele tem que fazer... entendeu? Que a gente basicamente eh...tipo vira babá da população né... entendeu? Da população carente... que tem falta de estudo... falta de tudo... alimento... tudo... [ACS3]</i></p> <p><i>Eu creio assim a gente fica desestimulado primeiro porque a gente faz um concurso a nível público, foi um edital e ai eu não sei porque foi CLT poderia ser né estatutário, mas não foi infelizmente e ai a gente trabalha nessa instabilidade, o prefeito tem hora que decide isso, decide aquilo e ai atrasa o seu salário e desestimula ai ele limita as funções na clínica, tipo o papel, materiais básicos que uma firma, um RH de uma firma tem que oferecer, caneta, papel, lápis, para o seu trabalho fluir, entendeu?[ACS3]</i></p> <p><i>Eu estaria apavorado porque é muito desgaste, a gente tenta se reciclar, mas chega uma hora... até a questão mesmo da família, de precisar... os atrasos salariais, não dá para segurar muito tempo, a gente se planeja. Tem um desgaste na profissão, é muito difícil, sabe? A gente passa por um período muito difícil. [ACS9]</i></p>

	<p>Não temos transporte e a questão do material de trabalho, vai precisar pedir um papel não tem, então uma caneta tem que comprar, um papel tem que comprar, tinha que ter no almoxarifado pra der nem que tivesse um limite. [ACS8]</p> <p>Na presencial sim, porque não sei como são nas outras empresas, mas na empresa que contrata a gente acabada dizendo que se não é presencial a gente faltou e de falta e pode ser descontado, eles não proibem a gente de fazer a greve, eles não proibem até porque eles não podem, mas eles tiram. (...)essa greve tá tirando totalmente a minha vontade, tudo que tá acontecendo de falta de medicamentos, de não ter recursos, de salário, de ter que cortar colega de trabalho e isso tudo tá acabando eliminando minha vontade de ficar aqui né, não é mais aquele emprego que eu gostava. [ACS2]</p> <p>eu acho que o agente comunitário ganha muito pouco e trabalha muito, na nossa clinica trabalha não sei se nas outras clinicas trabalha, mas a gente é muito cobrado, a gente tem que acompanhar a gestante, a gente tem que acompanhar o diabético, o hipertenso, a gente tem essa cobrança e tem o bolsa família que a gente tem que correr atrás, mas eu acho assim a remuneração não é tão satisfatório[ACS8]</p> <p>Eu acho que tem um erro muito grande que falta material, por exemplo, a caneta quem comprou foi eu, eu nunca trabalhei em uma empresa que eu precisei comprar minha caneta de trabalho (...)[ACS8]</p> <p>Ticket alimentação era 435,00 reais agora eles diminuíram pra quantidade de dias que você trabalha. [ACS8]</p> <p>Eu nunca tirei férias se eu tirei férias 4 vezes trabalhando foi muito, ai você chega aqui em um trabalho desses desgastante e você não ter dinheiro de poder ficar pelo menos 30 dias em casa sabe, é errado, é uma abuso assim eu quero tirar em abril e ta cancelado as férias. [ACS8]</p> <p>A gente já vem trabalhar porque precisa, além do...tem pessoas que já tem a vocação, mas tem também a necessidade você trabalha para se sustentar, ai eu vou trabalhar não tem meios né como é que fica ai fica aguardando ali... [ACS10]</p> <p>(...) eu nunca tive experiência nenhuma com esse tipo de...aliás, normalmente a gente não tem...como agente comunitários se a gente foi antes, a gente não pode ser de novo, é um critério que eles tem ai ne, você já foi agente comunitário você não pode se inscrever...[ACS10]</p> <p>Material que ta faltando de fato, folhas que é basicamente a matéria prima do nosso trabalho é a folha né, e não tá tendo. Não tem como você tá imprimindo as fichas que você precisa, tirar xérox, não tem como ficar sem folha e tá faltando, eu não compro. Porque eu acho que o salário já é tão baixo que se você for ficar comprando coisas pra trabalhar, uma coisa que deveria ter né.[ACS1]</p> <p>Vai ser mandado embora? Vai receber quando? E o atraso de salário que é dia 05 e vai receber dia 20, eles não percebem que a gente tem conta pra pagar, [ACS8]</p> <p>E a corda sempre arrebenta para o nosso lado né a gente é a maior e a que fica lá embaixo na base, uma vez médico Doutor Roberto falou a gente tem uma corda vocês estão na ponta um e a gente está na ponta dois, a gente tá sentada no ar condicionado o paciente vem até aqui e trata a gente bem, vocês que estão na ponta o paciente vem até você e vocês tem que ir até o paciente e a gente ainda é tratado mal mas mesmo assim a gente tem que continuar lá. [ACS8]</p>
<p>INCERTEZAS NO TRABALHO</p>	<p>sim! Influencia e muito na categoria porque você não sabe o que esperar do seu amanhã, não digo nem a questão financeira, mesmo se você poder ta exercendo as atividades. [ACS4]</p> <p>E aí como surgiu esse período de greve é palpável a energia diferente sabe. E aí além de você ter um estresse maior, você passa o dia inteiro aqui e aí é inevitável você não pensar que você poderia estar no território fazendo o bem pra alguém. [ACS5]</p> <p>E aí você também não sabe, você trabalha com incerteza, você não sabe se seu pagamento vai atrasar ou não. Assim, eu não tenho filho, eu não tenho uma casa pra sustentar, entende? Mas eu fico pensando "caramba, essas pessoas que têm?". [ACS5]</p> <p>(...)meu contrato não tem assim, data... assim, é indeterminado. Teria que dar baixa a carteira e assinar como enfermeira[ACS6]</p>

	<p>é ruim porque no momento que a gente está passando, a gente está assim, a gente não tem garantia nenhuma, fica assim essa...no começo estava tudo certinho o salário caiu direitinho no dia certinho, o vale de alimentação tudo bonitinho, ai depois começou, mudou...a gente já entrou na mudança né, ai começou a ficar esse início de...um dia vai ter, vai ter atraso, não sei o que...imagina só os colegas que pagam aluguel, tem filho na escola que só tem aquele dinheiro para sobreviver... [ACS10]</p> <p>(...) como a gente vive essa instabilidade tem perigo ou não tem emprego eu não posso ficar parado esperando acontecer. [ACS8] Mas pela instabilidade porque é por hora vai diminuir a quantidade a gente tem que estar preparado para qualquer coisa as mudanças acontecem o tempo todo na nossa vida, então hoje eu estou bem aqui não trocaria meu emprego aqui ah não sei se aparecesse algo melhor eu também aqui é melhor para mim [ACS8]</p> <p>Aah tá horrível né, tá cansativo, psicologicamente muito. Porque hoje a gente tá aqui, amanhã a gente não sabe e a gente se sente..., acaba se sentindo muito vulnerável, fica muito vulnerável. Não sei. [ACS1]</p>
<p>COTIDIANO DO PROCESSO DE TRABALHO</p>	<p>(...)a gente acompanha gestante, acompanha idoso, hipertenso, entendeu? Pessoas acamadas, diabéticos, crianças. E ai a gente não para né, e aí o que a gente faz tem que registrar... tem dia que tem que estar na área, eu tenho que entregar SISREG também... acompanhamento bolsa família, busca ativa de vacinas, tudo isso[ACS6]</p> <p>ai com o passar do tempo fomos crescendo juntos, por isso foi um ambiente legal de trabalhar porque não tinha quem conhecesse mais que o outro.[ACS8]</p> <p>“- Então tem dias de acolhimento né, que a gente tem que ficar aqui, lá na frente. É o dia que eu menos gosto. E tem dia que a gente fica na rua e a gente se organiza por conta própria, que tem fichas [...] pra fazer né, ficha de acompanhamento, ficha de hipertenso, diabético, é gestante, crianças. Aí a gente organiza da forma que a gente acha melhor. Eu criei umas planilhas né, pra ter um melhor controle dessas pessoas que eu tenho que visitar, e aí por exemplo, em um dia eu vou visitar os hipertensos, no outro dia eu vou visitar todos os diabéticos, no outro dia as crianças, no outro dia gestante, no outro dia eu vou entregar o kit de saúde bucal, que é um dia também bem cansativo, porque é um dia que a gente tem que subir com aquele peso.”[ACS1]</p> <p>(na reunião de equipe) aí a gente discute os casos, o que eu faço com esse usuário que não ta deixando entrar na casa dele, como é que eu devo proceder a isso, e a gente tira todas as nossas dúvidas e é um momento de descontração, porque depois que a gente não conversa tudo a gente acaba conversando e aí como é que foi sua semana, ai e aí, ah fazer um lanche, é um momento legal [ACS2]</p>
<p>AMBIENTE DE TRABALHO NA GREVE</p>	<p>(...) não é um ambiente legal né, antes a gente ficava estressada a gente ia pras visitas e acaba desestressando e voltava um pouco mais leve né, não tinha mais poxa colega eu fui visitar um idoso, mas nem isso tem mais a gente fica confinado aqui porque a greve é presencial e acaba que às vezes porque você não fechou a porta da sala dos ACS vira uma briga generalizada sabe e aí já pesado de trabalhar. [ACS2]</p> <p>na época da vacina da febre amarela que precisava de alguém pra escrever porque realmente são muitas coisas para preencher para sobre febre amarela é o papel que a gente tem que dar para o paciente, jogar no sistema, é uma ficha que tem que preencher, uma estatística que acaba que pro técnico de enfermagem é muita coisa para fazer e aí essa parte da escrita ficava com a gente e quando a gente entrou de greve, a gente não pode fazer, foi uma das faltas não fazer escreva e ai vai fazer o que? Os técnicos entraram em greve, eles não podiam fazer também e o que acontecia? Colocaram os enfermeiros para fazer e aí eles brigaram né, não e ai fica a briga, bota o ACS não o ACS não pode e aí fica uma briga porque a gente vem em campanha e só pode direcionar a fila, o que a gente vem fazer aqui? A gente fica tipo, aí eles (os enfermeiros) perguntam o que que eles(ACS) vieram fazer aqui se eles não fazer nada? Aí acaba que a gente vira nada, não sei dizer só apontando pra onde tem que andar. [ACS2]</p> <p>(...) muito eu não tô rendendo, eu não consigo render porque eu não consigo alimentar o sistema, eu não rendo como pessoa, eu não rendo como agente comunitário, eu não quero de jeito nenhum, porque não dá para entender[ACS2]</p>

	<p><i>E aí a gente faz o que? Ai misturou tudo da um nó na nossa cabeça porque você cria um ambiente bom onde todo mundo começou junto, uma luta junto é... o ambiente é perfeito, as amizades são perfeitas, o ânimo de trabalho em equipe em equipe é 100% e aí vai tudo pro ralo, eu não quero pensar nisso, da medo, da muito medo, muito medo, eu não quero.[ACS3]</i></p> <p><i>Eu acho que assim, independente mesmo a gente assim de... de... Esse clima assim de indiferença de algumas pessoas, mas a maioria também é muito assim, muito alegre sabe? É muito.... É um clima.... É um lugar que a gente trabalha que a gente se sente bem, porque a gente vê realmente que tem um que fala com fulano, tem outra que não fala, entendeu? Mas a maioria assim é tudo muito alegre, as pessoas. Eles procuram assim... A gente passa aqui mais tempo que com nossa família né? Então a gente tem esse clima, clima de alegria, sabe?[ACS7]</i></p>
<p>PROPOSTAS DE MUDANÇA</p>	<p><i>Sim, tem sim. Eu acho que teria que ter um incentivo também... de plano de carreira, vamos colocar assim, eu não sei. Facilitar, não sei, incentivar os ACS a estudarem, a não estacionar né.[ACS1]</i></p> <p><i>Isso foi acordado na greve que teria um enfermeiro lá ou médico fazendo a triagem para fazer o atendimento ficar melhor. E aí, quando teve melhorou para a gente. A gente já colocava com confiança na planilha e a gente já sabia que o médico que autorizou ele vai ser atendido; e eu acho que deveria ser sempre assim, muitos colegas meu também acham que deveria ser assim, sempre deveria ser um profissional técnico ou enfermeiro lá na frente fazendo essa triagem... [ACS10]</i></p>

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados empíricos, 2018.

Quadro V. Resultados das entrevistas: categoria - CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO ATUAL

UNIDADES DE REGISTRO (IDEIAS CENTRAIS)	DEPOIMENTO DOS SUJEITOS NAS ENTREVISTAS
<p>GESTÃO MUNICIPAL</p>	<p><i>Começamos a ter a crise da prefeitura falando que não tem dinheiro, primeiro não... põe a culpa na organização social: "ah! Salario, isso", "porque tem desvio", mas a questão de medicação é algo que o município, o gestor que é responsável...é inadmissível começar a faltar medicação básica para acompanhamento médico. [ACS4].</i></p> <p><i>Aah eu acho que é tudo é um jogando a culpa no outro, entendeu? Que tem realmente esses desvios que tiveram. Então eles tão sempre reclamando que tá sem verba né? Tá sem verba pros profissionais, tá sem verba pra comprar medicamento, tá sem verba pra investir na saúde, você entendeu? Então tudo infelizmente é a gestão em si é a corrupção. [ACS7]</i></p> <p><i>A briga maior é a prefeitura e as OSs. Eles falam que as OS não repassam, não paga prestação de contas, que não sei o que...A maior briga é essa. Então até...a VIVARIO que nos contratou, até outubro ela paga o contrato, não sei se eles vão renovar depois, entendeu [ACS10]</i></p> <p><i>E a intenção do prefeito, segundo o que a gente sabe, aliás o Governo Federal também já ouvimos dizer desde o governo federal ele que mudar...acabar com o SUS né, mudar todo o esquema e o prefeito já estava com a intenção de passar para as clínicas da família enfermeiros e técnicos para assumir o gasto de profissionais e fiquem estatutários ne, eles vem assumir, acho que com um salário menor...[ACS10]</i></p>
<p>CRÍTICAS AO SISTEMA E REFLEXÕES SOBRE A SITUAÇÃO ATUAL DA SAÚDE</p>	<p><i>Às vezes eu acho que eles preferem que se implante o caos para depois apresentar medidas paliativas pra dizer "viu como eu resolvi" acho muito proposital, [ACS4].</i></p> <p><i>A OS na expansão em relação a saúde primária do Rio de Janeiro deve-se a OS porque devido a essa peculiaridade de eu já ter uma folha superlotada, eu tenho que expandir sou cobrado pelo ministério da saúde, qual a ideia de gênio que tiveram? Vamos contratar organizações sociais que eles assumem a função aqui...e posso expandir a rede, mas parece que a atual prefeitura não vê como bons olhos, tanto que o atual prefeito vai fazer auditoria, já ta praticamente com um ano e três meses do seu mandato e não apresentou nenhum relatório de auditoria, acho que ele está esperando chegar o último mandato pra ai sim...ou fazer ou contratar [ACS4].</i></p> <p><i>Com a saúde hoje no Brasil em âmbito público e eu espero que permaneça até a minha última geração, pegar e entregar para o setor privado é me ver como número, é uma pena...saúde no Brasil sendo pública depende muito do âmbito político pessoas comprometidas independente se é esquerda, direita, centro ou extremista normalmente eles usam como moeda de troca; não querendo apontar partido político mas a gestão atualmente é feito por pessoas que não são da área, são leigas, são apenas cargos, espero que um dia não sei se essa eleição que ocorre este ano, o cenário não é nada bonito pra qualquer lado que aponte não vê pessoas que inspire segurança...é bem complicado!. mas se depender de nós que estamos na base continuaremos levantando a bandeira da saúde até onde derem nossas forças se Deus permitir. [ACS4]</i></p> <p><i>e aí é difícil você saber que tudo isso é uma questão política. Eu acho que é extremamente desumano. Quando você governa um estado, uma cidade, um país, você tá ali pro bem do povo né? Próprio pro povo, e você... É difícil é, mas cara... Se você tá ali empenha-se pra fazer o seu melhor e seja justo, seja humano, sabe? [ACS5]</i></p>

	<p>Eu acho que falta muita consciência, né. Muita consciência. E aí pra educação por trás disso dinheiro, aí não...Falta né? e aí ela é, como posso te dizer? Me fugiu a palavra. Mas a educação é muito mal tratada, justamente com essa intenção, da maioria da população não ser consciente mesmo. Não enxergar o que tá acontecendo. As pessoas estão mais preocupadas com o Big Brother. [ACS1]</p> <p>Infelizmente nós abemos que o grande problema de todo, de tudo que tá acontecendo é a corrupção. Porque se não houvesse tanta corrupção não haveria tanto desfalque, tanta falta na saúde de medicamento, de salário, de profissionais, entendeu? Então infelizmente tudo no Brasil, a crise muito grande que nós temos em relação à corrupção, entendeu? [ACS7]</p>
<p>O DESMONTE DO SUS</p>	<p>Exatamente, eu acho que é um retrocesso sem tamanho que a gente tá vivendo. Acho que nosso país sempre foi malgovernado, mas acho que escolheram a dedo as pessoas pra prejudicar o país em si, porque tá um tempo muito louco assim. Eu acho que o mesmo jeito que a gente teve progressos, esses processos estão sendo anulados agora e a gente tá vivendo um retrocesso, que não só politicamente né, as pessoas também parecem que tão, não sei, voltando ao tempo da caverna, sabe. Eu acho que as pessoas tão perdendo a humanidade e isso acaba nos afetando né, porque a gente tá aqui pra fazer nosso trabalho e a gente não consegue fazer porque a gente não tem recursos pra isso, a gente não tem meios pra isso. E quem não disponibiliza esses meios pra isso é questão política, então a gente tá extremamente vulnerável. [ACS5]</p> <p>(...)olha, eu acho que vai ficar certo. Mas não sei se vai segurar isso. Eu acho que a culpa é mesmo da gestão, entendeu? Não sei não... esse negócio de ter eleição de novo daqui a pouco... eu acho que isso vai acabar de uma certa maneira afetando de novo. Complica de novo... porque já pensou que a gente entre numa greve de novo? A gente não quer isso. Que mais se prejudica é a população. E a gente também. [ACS6]</p> <p>(...)é fiquei sabendo e esse ano também diminuiu a verba da saúde, não sei como que ele fez isso. Tipo, já andava o dinheiro... e como que agora diminuiu. Vai fazer o que com esse dinheiro? Se já faltavam coisas. [ACS6]</p> <p>(...)o pior que a gente fez foi escolher esse prefeito na verdade. Não tem... qual o político que é honesto no Brasil? Nenhum, para mim nenhum. Eu não sei... o outro também fazia pior...mas coisas não faltavam. O pagamento era em dia, geralmente não faltavam as coisas. Quando mudou prefeito, aí que começou esse negócio de atrasar e atrasar, [ACS6]</p> <p>... a gerente é..., se a gente não tivesse uma gerente tão líder... que é diferente de chefe... Ela tem uma liderança muito boa... então ela dá bastante auxílio aos agentes aqui... dá a voz... a palavra... dá vez... entendeu? Então a gente troca muito... e ela é muito participativa...[GESTÃO DA CLÍNICA] [ACS3]</p> <p>Não tão boas, acho que o que ajuda a gente é a gerente porque é uma gerente muito boa de fácil acesso, tem outras clinicas que a gerente [ACS8]</p> <p>É bem difícil, acho que a população não é bem assistida, não é, realmente não é, poderia se fazer mais pela população, só que não faz ai o mínimo que eu posso oferecer pra minha população eu falo pelo Crivela, pelo prefeito, então eu tenho que fazer o meu, porque o meu eu consigo oferecer melhor pra você que são os meus usuários. [ACS3]</p> <p>eu vejo muito descaso na política em relação à saúde, não só saúde, educação... segurança... eu acho que... não é correto, eles deveriam ver mais na população, ver... estudar mais... como é que funciona, como é que tá indo... e realmente investir sabe, que eu acho que educação, saúde e segurança são três coisas que não tem como ser econômico, ser.... é uma coisa em que tem que ser investida. Sabe? [ACS9]</p> <p>Eu acho que a intenção é desmontar mesmo esse modelo que foi construído. É falta de interesse mesmo de que isso continue, que vá para frente. Eles têm consciência da importância, da estratégia da família. Acredito que a prefeitura tenha consciência. Mas é falta de interesse mesmo assim de continuar com esse modelo. Acho que é um jogo político né, é muito mais político isso daí. Embora esteja funcionando, se não foi no meu governo, na minha gestão que teve destaque, então pra mim não é interessante manter ou tentar criar outro modelo que vai sobressair mais com o meu nome por trás."[ACS1]</p>

<p>O DESMONTE DA SAÚDE DA FAMÍLIA</p>	<p><i>Eles queriam mudar tudo isso...queriam reformar o modelo de clínica da família, isso não é legal... uma coisa que veem dando certo para a população. Nós que trabalhamos aqui vemos isso e acredito que o usuário também veja. Isso é muito ruim, sabe? Se a gente vê um sistema que está dando certo, por que não... sabe? Da crédito e melhorar, em vez de querer mudar. Isso que a gente não consegue entender. [ACS9]</i></p> <p><i>Eu não vejo futuro, não consigo ver porque existem interesses políticos cada um pensando em si, entendeu? Pensando no bolso, isso aqui é pra eles e se não gera porque a gente constrói um posto de saúde pra gerar saúde, pra curar pessoas, eles querem isso aqui como se fosse um gerador de dinheiro e tem que gerar dinheiro pra eles, se não gera dinheiro tem que fazer uma obra pra superfaturar, se ele não tirar um por fora isso aqui pra eles não serve só que escola e saúde foram feitas não para gerar dinheiro, escola pra formar cidadãos conscientes que vão estudar pra tentar uma vida melhor e ir em um hospital para levar o filho, uma melhor condição de saúde para pessoas, mas enquanto isso aqui não gerar dinheiro pra eles não serve.[ACS8]</i></p> <p><i>Acho que tudo vai se arrastando e vai acabar tendo o desmonte mesmo de clínica da família. Se não pelo menos a diminuição vai ser bem significativa. Eu não acredito que esse modelo vai resistir ao...a gestão do Crivella[ACS1]</i></p> <p><i>A gente está até com medo na virada do mês porque já se falou que o prefeito já vai tirar um valor enorme da saúde, mas que isso não é tirar...mas que no final das contas quando a corda arrebentar vai arrebentar pelo lado do ACS... [ACS10]</i></p>
----------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados empíricos, 2018

ANEXOS

ANEXO 1 – Parecer consubstanciado do comitê de ética do Instituto de estudos e Saúde Coletiva (IESC) – UFRJ

UFRJ - INSTITUTO DE
ESTUDOS E SAÚDE COLETIVA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRABALHO E FORMAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS NUMA UNIDADE DE SAÚDE DE FAMÍLIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Pesquisador: YANSY AURORA DELGADO ORRILLO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 83636618.6.0000.5286

Instituição Proponente: NUCLEO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA A SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.581.913

Apresentação do Projeto:

De acordo com o registrado no resumo constante das informações básicas: "Este estudo tem como objetivo principal analisar como os Agentes Comunitários de Saúde resistem às políticas neoliberais contemporâneas e quais as influências em suas condições de trabalho e processos de formação. A partir de diversos aportes teóricos serão discutidas as condições de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e os processos de formação permeados por questões da subjetividade e das relações interpessoais. O estudo é de natureza qualitativa e apresenta uma abordagem etnográfica. Para o desenvolvimento da pesquisa será realizada uma análise bibliográfica e documental, além do trabalho de campo. Serão utilizadas como técnicas de coleta de dados: registros no caderno de campo, entrevistas individuais baseadas em roteiros semiestruturados e grupos focais; e para a análise dos dados seguiremos a proposta de análise de conteúdo temática de Bardin (2009). Os sujeitos da pesquisa são Agentes comunitários de saúde de uma unidade de saúde da família do município do Rio de Janeiro. Espera-se com a pesquisa contribuir para gerar repercussões científicas, na produção de conhecimento no campo da educação em saúde; e sociais com as discussões que procuram gerar reflexões para possíveis melhoras das condições de trabalho e de vida dos ACS, assim como o fortalecimento de seu processo de formação."

Endereço: Praça Jorge Machado Moreira, nº 100-Prefeitura Universitária
Bairro: Ilha do Fundão CEP: 21.941-598
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2598 Fax: (21)1270-0097 E-mail: cep.iesc@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.581.913

Objetivo da Pesquisa:

No campo dos objetivos, a autora do projeto aponta: "Objetivo Primário:

Analisar como os Agentes Comunitários de Saúde percebem as políticas neoliberais contemporâneas e quais as influências em suas condições de trabalho e processos de formação.

Objetivo Secundário:

Caracterizar as políticas neoliberais e descrever a repercussão das Reformas contemporâneas na área da saúde no Brasil. Descrever o cotidiano de uma unidade de saúde da família no município do Rio de Janeiro analisando as condições e relações de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. Identificar espaços e práticas de resistência dos Agentes Comunitários de Saúde frente à precarização do trabalho naquela unidade de saúde pública. Analisar a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre seus processos de formação."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A avaliação dos riscos e benefícios é adequada, mas vale destacar que a devolutiva da pesquisa aos colaboradores de pesquisa é seu direito e não faz parte dos benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e bem estruturada, contando com metodologia já consagrada em sua área. Os problemas apontados no parecer elaborado para a versão anterior foram sanados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados.

Embora a versão reformulada do TCLE ainda contenha um texto com sintaxe e vocabulário consideravelmente complexos, considerando o público-alvo, foram atendidas as principais e mais relevantes indicações do parecer anterior.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP delibera:

Endereço: Praça Jorge Machado Moreira, nº 100-Prefeitura Universitária
Bairro: Ilha do Fundão CEP: 21.941-598
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2598 Fax: (21)1270-0097 E-mail: cep.iesc@gmail.com

Página 02 de 04

Continuação do Parecer: 2.581.913

Não há pendências ou inadequações que demandem a realização de uma nova versão ou impeçam a aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1067055.pdf	13/03/2018 01:02:27		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Corrigido.docx	13/03/2018 00:59:21	YANSY AURORA DELGADO ORRILLO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_pesquisador.pdf	22/02/2018 17:44:25	YANSY AURORA DELGADO ORRILLO	Aceito
Outros	carta_de_anuencia_YANSY_DELGADO.pdf	22/02/2018 17:42:49	YANSY AURORA DELGADO ORRILLO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO DISSERTAÇÃO.docx	22/02/2018 17:38:52	YANSY AURORA DELGADO ORRILLO	Aceito

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO DISSERTACAO_COMITE_D E_ETICA.docx	22/02/2018 17:38:36	YANSY AURORA DELGADO ORRILLO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_de_anuencia_unidade_de_saude. pdf	22/02/2018 16:54:35	YANSY AURORA DELGADO ORRILLO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	22/02/2018 10:29:21	YANSY AURORA DELGADO ORRILLO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Praça Jorge Machado Moreira, nº 100-Prefeitura Universitária
 Bairro: Ilha do Fundão CEP: 21.941-598
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3938-2598 Fax: (21)1270-0097 E-mail: cep.iesc@gmail.com

Página 03 de 04

UFRJ - INSTITUTO DE
 ESTUDOS E SAÚDE COLETIVA
 DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.581.913

RIO DE JANEIRO, 05 de Abril de 2018

Assinado por:
 Maria Izabel de Freitas Filhote
 (Coordenador)

ANEXO 2 - Parecer consubstanciado do comitê de ética da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRABALHO E FORMAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS NUMA UNIDADE DE SAÚDE DE FAMÍLIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Pesquisador: YANSY AURORA DELGADO ORRILLO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 83636618.6.3001.5279

Instituição Proponente: RIO DE JANEIRO SEC MUNICIPAL DE SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.691.752

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa intitulado: TRABALHO E FORMAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS NUMA UNIDADE DE SAÚDE DE FAMÍLIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO. Este será desenvolvido pelo pesquisador responsável: YANSY AURORA DELGADO ORRILLO. Esta pesquisa corresponde a um estudo de caso de natureza qualitativa, descritiva e explicativa; apresenta abordagem etnográfica. tem como objetivo principal analisar como os Agentes Comunitários de Saúde resistem às políticas neoliberais contemporâneas e quais as influências em suas condições de trabalho e processos de formação. A partir de diversos aportes teóricos serão discutidas as condições de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e os processos de formação permeados por questões da subjetividade e das relações interpessoais. tem como objetivo principal analisar como os Agentes Comunitários de Saúde resistem às políticas neoliberais contemporâneas e quais

as influências em suas condições de trabalho e processos de formação. A partir de diversos aportes teóricos serão discutidas as condições de

trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e os processos de formação permeados por questões da subjetividade e das relações interpessoais. O

desenvolvimento do estudo prevê dois momentos: revisão bibliográfica e documental; além de um trabalho de campo. E tem como objetivo principal analisar como os Agentes Comunitários de Saúde resistem às políticas neoliberais contemporâneas e quais

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Página 01 de 05

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 2.691.752

as influências em suas condições de trabalho e processos de formação. A partir de diversos aportes teóricos serão discutidas as condições de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e os processos de formação permeados por questões da subjetividade e das relações interpessoais.

Objetivo da Pesquisa:

* Objetivos Gerais:

- Analisar como os Agentes Comunitários de Saúde resistem às políticas neoliberais contemporâneas e quais as influências em suas condições de trabalho e processos de formação.

* Objetivos específicos

- Caracterizar as políticas neoliberais e descrever a repercussão das Reformas contemporâneas na área da saúde no Brasil;

- Descrever o cotidiano de uma unidade de saúde da família no município do Rio de Janeiro analisando as condições e relações de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde;

- Identificar espaços e práticas de resistência dos Agentes Comunitários de Saúde frente à precarização do trabalho naquela unidade de saúde pública;

- Analisar a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre seus processos de formação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram previstos os Riscos, conforme a pesquisadora descreve:

"Existe a possibilidade de desconforto dos participantes ao responder as perguntas na entrevista individual assim como possível constrangimento, vergonha ou cansaço nas discussões nos grupos focais, porém, a pesquisa garante que as opiniões sobre os temas serão respeitadas, sem qualquer juízo de valor quanto aos discursos individuais ou coletivos. Será garantido o anonimato e os discursos individuais serão apresentados com o cuidado necessário para não identificar os sujeitos a partir de suas falas."

Benefícios:

-Refere-se a possível melhora das condições de trabalho e fortalecimento dos processos de formação dos ACS.

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Página 02 de 05

SECRETARIA MUNICIPAL DE
 SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -



SMS/RJ

Continuação do Parecer: 2.691.752

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme documentos apresentados, o estudo é de natureza qualitativa e apresenta uma abordagem etnográfica. Para o desenvolvimento da pesquisa será realizada uma análise bibliográfica e documental, além do trabalho de campo. Serão utilizadas como técnicas de coleta de dados: registros no caderno de campo, entrevistas individuais baseadas em roteiros semi-estruturados e grupos focais. Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas com 8 Agentes Comunitários de Saúde que serão selecionados com a perspectiva de garantir uma amostra representativa do universo de profissionais. Os grupos focais serão realizados com os 40 ACS que trabalham na unidade, divididos em 8 grupos/encontros segundo as equipes às quais pertencem.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os Termos de apresentação obrigatória, conforme a Resolução nº 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa encontra-se aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a),

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP/SMS-RJ como emenda. Deve-se aguardar o parecer favorável do CEP/SMS-RJ antes de efetuar a modificação. Atentar para a necessidade de atualização do cronograma da pesquisa.

Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de patrocinador, modificação no orçamento ou copatrocínio), o pesquisador tem a responsabilidade de submeter uma emenda ao CEP/SMS-RJ solicitando as alterações necessárias. A nova Folha de Rosto a ser gerada deverá ser assinada nos campos pertinentes e entregue a via original no CEP/SMS-RJ.

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Página 03 de 05

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 2.691.752

Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Caso haja interrupção do projeto ou não publicação dos resultados, solicitamos justificar fundamentalmente ao CEP/SMS-RJ.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1107893.pdf	14/05/2018 11:01:15		Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_atualizada.pdf	14/05/2018 10:53:24	YANSY AURORA DELGADO ORRILLO	Aceito
Outros	Resposta_as_Pendencias_comite_de_etica_SMS_RJ.docx	10/05/2018 17:06:46	YANSY AURORA DELGADO ORRILLO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Corrigido_Final.docx	10/05/2018 17:04:51	YANSY AURORA DELGADO ORRILLO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_DE_ATIVIDADES_Corrigido.docx	10/05/2018 17:04:31	YANSY AURORA DELGADO ORRILLO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Corrigido.docx	13/03/2018 00:59:21	YANSY AURORA DELGADO ORRILLO	Aceito
Outros	carta_de_auencia_YANSY_DELGADO.pdf	22/02/2018 17:42:49	YANSY AURORA DELGADO ORRILLO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO DISSERTAÇÃO.docx	22/02/2018 17:38:52	YANSY AURORA DELGADO ORRILLO	Aceito

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Página 04 de 05

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 2.691.752

Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO DISSERTAÇÃO.docx	22/02/2018 17:38:52	YANSY AURORA DELGADO ORRILLO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO DISSERTAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA.docx	22/02/2018 17:38:36	YANSY AURORA DELGADO ORRILLO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 05 de Junho de 2018

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador)