



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro de Educação e Humanidades
Faculdade de Educação da Baixada Fluminense

Fábio Araújo de Souza

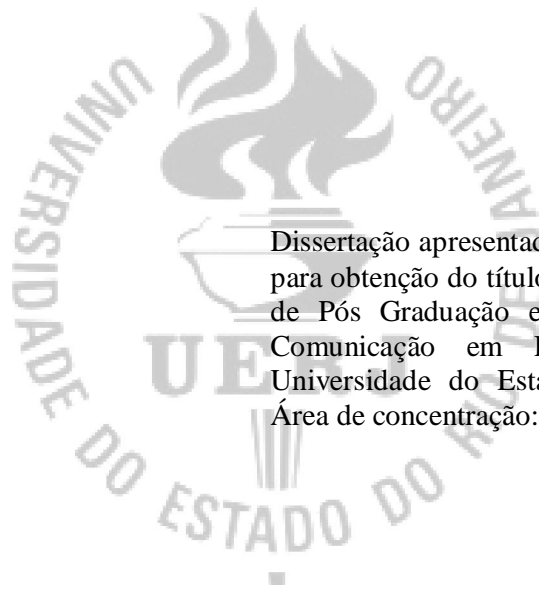
**Educação e saúde: a formação dos Agentes Comunitários de Saúde do
município de Duque de Caxias-RJ**

Duque de Caxias

2010

Fábio Araújo de Souza

**Educação e saúde: a formação dos agentes comunitários de saúde do município de
Duque de Caxias-RJ**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós Graduação em Educação, Cultura e Comunicação em Periferias Urbanas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Educação e Cultura

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Isabel Brasil Pereira

Duque de Caxias

2010

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEHC

S 729 Souza, Fábio Araújo de
Educação e saúde: a formação dos agentes comunitários de saúde
no município de Duque de Caxias - RJ / Fábio Araújo de Souza. –
2010.
96 f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Isabel Brasil Pereira.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de
Janeiro, Faculdade de Educação da Baixada Fluminense.

1. Saúde pública – Administração – Teses. I. Pereira, Isabel Brasil. II.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação da
Baixada Fluminense. III. Título.

CDU 614.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Fábio Araújo de Souza

**Educação e saúde: a formação dos agentes comunitários de saúde do município de
Duque de Caxias-RJ.**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós Graduação em Educação, Cultura e Comunicação em Periferias Urbanas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Educação e Cultura

Aprovada em 03 de setembro de 2010.

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Isabel Brasil Pereira (Orientadora)

Faculdade de Educação da Baixada Fluminense - UERJ

Prof^ª. Dr^ª. Sônia Regina Mendes dos Santos

Faculdade de Educação da Baixada Fluminense - UERJ

Prof^ª. Dr^ª Vera Joana Borsntein

Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ

Duque de Caxias

2010

DEDICATÓRIA

Ao nosso DEUS, à minha família, em especial a minha mãe que é a fonte de toda a minha força vital, a minha querida noiva e a todos os meus professores que sempre acreditaram no meu interesse e na minha eterna vontade de aprender.

AGRADECIMENTOS

Em especial para a minha orientadora Isabel Brasil que confiou dignamente no meu trabalho e na minha dedicação em produzi-lo. Agradeço também às Agentes Comunitárias de Saúde de Duque de Caxias e a todos os envolvidos no processo de pesquisa que contribuíram imensamente para a qualidade da mesma.

... é fundamental que o ACS tenha uma sólida formação geral e profissional que o possibilite reconhecer e compreender as necessidades e as práticas das comunidades, dialogar com seus conhecimentos e, confrontando-os com a ciência, contribuir para a garantia do direito a saúde.

Marise Nogueira Ramos

RESUMO

SOUZA, Fábio Araújo. *Educação e saúde: a formação dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Duque de Caxias, RJ*. 2010. 96 f. Dissertação (Mestrado em Educação, Cultura e Comunicação em Periferias Urbanas) – Faculdade de Educação da Baixada Fluminense, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Duque de Caxias, 2010.

Esta dissertação tem como objeto a formação dos Agentes Comunitários de Saúde de Duque de Caxias. Com a aprovação da Lei Federal Nº 11.350 de 2002 que institui como um dos requisitos para o exercício da atividade haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada, e com base no Referencial para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde esta pesquisa tem a finalidade de analisar como se encontra a formação dos ACS de Duque de Caxias-RJ. Para tanto foram entrevistados 17 Agentes Comunitários de Saúde, representante da Secretaria Municipal de Saúde, representante do SINDSPREV-RJ Sindicato dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho e Previdência Social no Estado do Rio de Janeiro, representante do MUB – Federação Municipal de Associações de Moradores e representante dos Conselhos Municipal e Estadual de Saúde. Desta forma, pretende-se através da análise dos diversos segmentos envolvidos no processo de construção da saúde no município perceber como é realizada a formação dos ACS e de que forma esta formação colabora (ou não) para a implementação plena da Estratégia da Saúde no referido município. Como resultado chegou-se a conclusão que a Lei foi cumprida parcialmente, pois em 2007 a Secretaria Municipal de Saúde disponibilizou a formação inicial em um curso de 400 horas financiado pelo governo federal, porém depois desta data a referida secretaria não deu continuidade a formação técnica e adotou a capacitação com fim em si mesma e com caráter de treinamento para combater agravos e doenças. Através da análise da fala dos movimentos e instituições sociais, percebe-se que o fato da maioria dos ACS serem nomeados por indicação política e através de contratos de trabalho frágeis e a ausência de uma formação sólida e consistente estes trabalhadores não se organizam e assim deixam de lutar por direitos e melhores condições de trabalho.

Palavras-Chave: Formação técnica. Saúde. Agente Comunitário de Saúde. Trabalho.

ABSTRACT

This thesis has as its object the training of Community Health Workers in Duque de Caxias. With the approval of the Federal Law No. 11 350/2002 imposing as a requirement for practicing the activity be completed successfully, the introductory course of initial and continuing training, and on the basis of Reference for the Technical Course for Community Health Agent this search aims to analyze how it is the formation of HCA in Duque de Caxias-RJ. For this interviewed 17 Community Health Workers, representing the City Health Department, a representative of RJ-SINDSPREV Workers Union Health, Labor and Welfare in the State of Rio de Janeiro, representative of the MUB - Municipal Federation of Neighborhood Associations and representative of the Municipal Councils and State Health Departments Thus, it is intended by the analysis of the segments involved in the construction of health in the municipality is performed to see how the training of ACS and how this training works (or not) to full implementation of the Health Strategy in that district. As a result we reached the conclusion that the Law was fulfilled in part because in 2007 the Municipal Health Department has provided initial training in a course of 400 hours Financed by the federal government, but thereafter the said office did not follow the technical training and took training as an end in itself and with the intention of training for combat injuries and illnesses. Through the analysis of speech movements and social institutions, is perceived the fact that the majority of ACS are appointed by political appointment and through work contracts and the absence of a brittle solid, consistent training these workers are not organized and thus cease to fight for rights and better working conditions.

Keywords: Technical training. Health. Agent Community Health. Work.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 -	Tabela da população residente por faixa etária e sexo, 2009	38
Tabela 2 -	Tabela com dados referentes ao número de unidades por tipo de prestador segundo tipo de estabelecimento	39
Tabela 3 -	Tabela de recursos humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas Dez/2007.....	40
Tabela 4 -	Tabela de indicadores da Atenção Básica	42
Tabela 5 -	Tabela de dados e indicadores da saúde pública de Duque de Caxias.....	44
Figura 1 -	Fotos do Centro Ampliado e Avançado de Saúde da Família – Jardim Gramacho em Duque de Caxias-RJ	51
Figura 2 -	Foto das Agentes Comunitárias de Saúde – Jardim Gramacho no momento da pesquisa.....	55
Gráfico 1 -	Gráfico da avaliação dos (as) ACS sobre a formação recebida.....	68

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	10
1	O TRABALHO E O HOMEM: CONCEITOS ELUCIDATIVOS PARA UMA ANÁLISE CRÍTICA DO TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	21
1.1	Educação e trabalho: cerzindo os conceitos para o entendimento da profissão dos agentes comunitários de saúde	27
1.2	Saúde e doença um mal-estar crônico na sociedade capitalista.....	33
2	AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E A CONFIGURAÇÃO DA PROFISSÃO.....	36
2.1	Os agentes comunitários de saúde e a configuração da profissão destes trabalhadores no Brasil	36
2.2	Duque de Caxias: dados da saúde do município	37
2.3	Agentes comunitários de saúde: do conhecimento empírico à formação técnica	44
3	A FORMAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS-RJ : TRABALHO DE CAMPO E RESULTADOS	47
3.1	A pesquisa de campo	49
3.2	As entrevistas e o grupo focal com os ACS e com técnicos da Secretaria Municipal de Saúde	54
3.2.1	<u>Eixo: as atribuições dos (as) ACS.....</u>	57
3.2.2	<u>Eixo: os (as) ACS e o atendimento à população</u>	61
3.2.3	<u>Eixo: a formação dos ACS.....</u>	64
4	CONCLUSÃO	75
	REFERÊNCIAS	84
	ANEXO A – Questionário de pesquisa com técnicos da Secretaria Municipal de Saúde	88
	ANEXO B – Questionário de pesquisa com os Agentes Comunitários de Saúde	92
	ANEXO C – Carta ao Secretário Municipal de Saúde de Duque de Caxias	94

INTRODUÇÃO

O presente estudo, em forma de dissertação, tem por objeto de investigação a formação dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS do município de Duque de Caxias-RJ. A análise está assentada na forma como o ACS do município de Duque de Caxias percebe a formação recebida frente às necessidades de qualificação que se apresentam no cotidiano. Para além da análise do ACS será analisada a participação dos movimentos sociais na luta pela melhora da qualidade da saúde no município, obviamente, a formação dos trabalhadores em saúde, em específico do ACS.

A referida pesquisa apresenta um problema, de fato, em dois sentidos muito marcados. Primeiro, como uma questão de método, como um campo de pesquisa a ser configurado, definido, analisado e traduzido na linguagem articulada de um estudo crítico. Segundo, por haver pouca publicação acerca da formação profissional de trabalhadores de nível médio e fundamental na área de Saúde em nosso país. Por vários motivos, que serão abordados ao longo da Dissertação, há lacunas profundas nessa área, relegando os trabalhadores de nível médio e fundamental a um aprendizado lacunar.

A formação recebida pelos ACS é insuficiente, calcada muitas vezes apenas na reprodução, técnica e mecânica, de procedimentos aprendidos no cotidiano de trabalho, sem o alcance e a abrangência que se poderia esperar de uma formação ampla e qualificada, que influísse de maneira construtiva, quer nas relações de trabalho, quer no atendimento à população. No contexto, portanto, do trabalho que forma um cidadão, capaz de pensar o cotidiano mais imediato, mas também o próprio Sistema de Saúde e o país no qual existe e trabalha. Ou seja, uma formação profissional que convoque mais que a mera reprodução mecânica de atos e procedimentos, necessários, mas insuficientes para uma formação mais ampla e qualificada.

Não é estranho a esse problema um componente que pode ser pensado a partir da posição de classe desses trabalhadores, oriundos em sua ampla maioria das camadas populares ou de estratos da pequena classe média urbana, aos quais a estrutura excludente, ou de inclusão social forçada, da sociedade brasileira destina, no máximo, a qualificação técnica, com tudo que isso implica de subalterno e limitado. Para uns, a maioria, a mera inserção subalterna no sistema social e no mundo do trabalho. Para outros, por certo uma minoria, o prestígio conferido por títulos e diplomas, por uma formação mais abrangente e qualificada, resultando em vantagens práticas e simbólicas, materiais e imaginárias. (PEREIRA, 2002, p.22)

Na Dissertação, como já foi afirmado, essas questões são pensadas no cenário histórico e social da criação do Sistema Único de Saúde no Brasil, tendo como referência a Constituição de 1988. Um cenário contraditório e complexo, em que se confrontam as posições progressistas, defendendo a Saúde como um direito universal, extensivo a todos os cidadãos do país, sem distinções, e a realidade da formação recente do capitalismo em nosso país, fazendo da Saúde uma mercadoria, um privilégio daqueles capazes de pagar por planos e seguros de saúde ou então, minoria da minoria, daqueles capazes de pagar diretamente pelo bom atendimento médico nos melhores centros do Brasil. No vértice, uma contradição forte, tensionando o público e o privado, o direito e o privilégio, a inclusão e a exclusão social, o corpo humano e a saúde como um valor humano, a ser protegido, versus a redução do corpo e da saúde a meras mercadorias num sistema baseado em valores de troca, abstratos e impessoais, característicos do capitalismo sem limites, sem uma sociedade civil organizada que contraponha os interesses coletivos ao egoísmo da acumulação privada da riqueza social.

Indo um pouco além, esta Dissertação, leva a reflexão de que a relação entre Educação e Saúde, assim como os problemas postos pela implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil, parte da premissa de que não se constrói uma sociedade justa e democrática a partir da exclusão sistemática, ou da inclusão social forçada por políticas públicas prontas e acabadas, da maioria da população dos benefícios de que já desfrutam as minorias. Ao mesmo tempo, não há saída que resolva, como num passe de mágica, o atraso acumulado ao longo das décadas e dos séculos. Há o campo, difícil, onde estão postas as formas contraditórias e complexas da vida social e histórica, exigindo energia e trabalho, reflexão e aprendizagem. É nesse campo que esta Dissertação deseja situar-se.

Definição do Tema e do Problema

O tema da pesquisa da Dissertação é o da formação profissional dos trabalhadores de nível médio e fundamental, no caso os Agentes Comunitários de Saúde, fruto do contexto de criação e implantação do SUS, o Sistema Único de Saúde no Brasil, que remonta à Constituição de 1988.

A Lei 10.507/02 que instituiu a profissão dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) define que este profissional deveria, para exercer a profissão, concluir um curso de qualificação básica com uma carga horária de 80 horas. Em oito de julho de 2004, a proposta

de habilitação técnica para a profissão de ACS foi aprovada em parecer do Conselho Nacional de Educação (CNE/ CEB 19/ 2004, Brasil, 2004 A), homologado no mesmo ano. Porém, vários fatores dificultam a formação técnica destes profissionais. Os gestores municipais “relutam” em oferecer a formação técnica para seus ACS, o que poderia acarretar na melhoria salarial e na instituição de um plano de carreira. Os impasses impostos à formação Técnica dos Agentes Comunitários de Saúde perpassam, também, pelo paradigma de uma educação instrumentalizadora e pragmática em que o saber teórico é quase que totalmente banalizado a favor do saber operar do saber que privilegia a prática.

Como defendem Morosini e Corbo (2005, p. 177):

Compreende-se que a educação profissional de nível técnico é um ponto estratégico na pauta política de qualificação dos trabalhadores do SUS, em correspondência com a complexidade inerente às diversas etapas do trabalho em saúde. O nível técnico precisa constituir-se em um projeto político-pedagógico que democratize o saber sobre o trabalho, revertendo à lógica do sistema capitalista que distribui desigualmente o saber, e opera sobre este, um processo de fragmentação e simplificação que o destitui de bases teóricas e banaliza a sua operação. Banalizado e simplificado, o trabalho pode ser aprendido em treinamentos, como tem sido feito pelo setor de saúde, há muitos anos, na preparação dos trabalhadores de nível elementar e médio.

Especificamente, esta dissertação analisará a percepção dos ACS de Duque de Caxias com relação à formação profissional recebida pelos mesmos pela Secretaria de Saúde. Nossa questão norteadora é: Como o ACS do município de Duque de Caxias percebe a formação recebida frente às necessidades de qualificação que se apresentam no cotidiano, tendo em vista o caráter da função educativa que o mesmo exerce, uma vez, que é este profissional dentro da ESF encarregado de ser o mediador entre os serviços de saúde e a comunidade.

Além da análise dos ACS sobre a formação recebida este estudo levou em consideração as vozes da sociedade civil, representadas aqui pelo SINDSPREV, a Federação de Associação de Moradores de Duque de Caxias, o Conselho Comunitário de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde, estas organizações foram escolhidas a partir da interface de luta e reivindicações travadas com o governo municipal na batalha pelo SUS, pelo Programa da Saúde da Família e pelo Programa Agentes Comunitários de Saúde. Portanto, além da análise com os ACS acerca da formação recebida pelo Governo municipal este estudo abrangerá a análise dos movimentos sociais de demasiada relevância para a luta e pela melhora na qualidade da saúde dos munícipes de Duque de Caxias.

A organização do modelo assistencial é definida pela organização e articulação entre os diversos recursos físicos, humanos e tecnológicos à disposição para enfrentar e resolver os problemas de saúde da população, ou seja, da coletividade. No Brasil tivemos vários tipos de

modelos de saúde, todos inseridos em uma perspectiva histórica, política, econômica, social e cultural. O modelo biomédico foi estruturado durante o século XIX, este modelo relaciona doença à lesão as estratégias eram baseadas no corpo doente. No final do mesmo século, o modelo preventista se propagou e as estratégias se voltaram para os motivos microbiológicos das doenças da população, com isto, os saberes epidemiológicos e sanitários ficaram fortalecidos, enquanto, formas de organização e higienização dos espaços urbanos. No início do século XX o modelo campanhista foi engendrado pela forças da elite agroexportadoras, pois, devido à insalubridade dos campos de trabalho e a imigração as doenças epidemiológicas se disseminaram no país. Neste período houve a campanha de vacinação que gerou a revolta da vacina, devido o desconhecimento da população sobre a eficácia da vacina. Além disso, houve, também, desinfecção do espaço público e domiciliar e outras medidas de cunho de medicalização dos espaços urbanos que atingiram a população menos favorecida. Com um forte processo de industrialização na década de 1920 iniciou-se o modelo previdenciário, através da oferta médico-hospitalar aos trabalhadores industriais e rurais sob forma de seguro-saúde/previdência. A assistência hospitalar neste período cresceu bastante, um dos motivos era a forte influência do modelo flexneriano (Abraham Flexner, educador da Universidade John Jopkins, que publicou o relatório Flexner em 1910 e que após o aval da American Medical Association, serviu de referência para a reorganização curricular das escolas de medicina dos países capitalistas - *ver mais adiante este assunto* - caracterizado por uma concepção mecanicista do processo saúde-doença.

Nas décadas de 1940/50/60 a política de saúde pública pautada na biomedicina e focada na assistência à saúde individual serviu para expandir o setor privado de hospitais e clínicas, e também o consumo de equipamentos e medicamentos, porém isto não garantiu a qualidade na assistência à saúde. Já em 1975 foi definido o Sistema Nacional de Saúde, todavia, as atividades de saúde continuaram desorganizadas e pautadas fortemente na Biomedicina. O modelo biomédico estava entrando em colapso, pois o processo de industrialização e, conseqüentemente, o de urbanização estavam colocando este modelo em “cheque” pelas demandas oriundas das necessidades desta nova configuração social. No cenário internacional um grande passo foi dado para impulsionar as mudanças dos sistemas de saúde no mundo, pois a Organização Mundial de Saúde – OMS organizou a I Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde. Nesta Conferência foi proposta a Atenção Primária à Saúde como estratégia de ampliar a cobertura dos sistemas nacionais de saúde. Conforme o Relatório sobre Cuidados Primários de Saúde:

Os cuidados primários são parte integrante tanto do sistema de saúde do país, de que são ponto central e o foco principal, como do desenvolvimento socioeconômico geral da comunidade. Além de serem o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade como sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde. (UNICEF, 1979, p. 1).

No Brasil os ideais da Conferência de Alma – Ata, refletiram no Brasil inclusive a estratégia da Atenção Primária à Saúde - APS. Esta medicina comunitária teve muitas resistências para ser implementada no Brasil devido o caráter simplificador e devida a racionalidade econômica desta estratégia. Porém devemos ressaltar que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – Pacs, aprovado em 1991 e o Programa Saúde da Família – PSF em 1994, tinham como estratégia da atenção à saúde, pois o modelo anterior tinha a doença como foco principal de suas ações e políticas. Estes programas foram implantados sob a égide da luta do Movimento da Reforma Sanitária que culminou na VII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Com a promulgação da Constituição de 1988 as diretrizes da Conferência ganharam forma de lei reorganizando o Sistema Único de Saúde – SUS. As leis 8.080/90 e a 8.142/90 regulamentaram o dispositivo constitucional.

O Programa dos Agentes Comunitários de Saúde – Pacs – colabora para a estratégia da saúde da família, pois o Agente Comunitário de Saúde é um trabalhador fundamental para o Programa ele é considerado o “elo” entre o sistema de saúde e a comunidades, sendo assim, o ACS é um do trabalhador fundamental na configuração da Atenção Básica à Saúde que está calcada na saúde da família, conforme Pereira e Lima (2009, p. 49):

Atualmente, a principal estratégia de configuração da ABS no Brasil é a saúde da família que tem recebido importantes incentivos financeiros visando à ampliação da cobertura populacional e à reorganização da atenção. A saúde da família aprofunda os processos de territorialização e responsabilidade sanitária das equipes de saúde, compostas basicamente por médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cujo trabalho é referência de cuidados para a população adscrita, com um número definido de domicílios e famílias assistidos por equipe.

Infelizmente, a maioria dos ACS ainda não recebe a formação técnica prevista. Segundo a Lei 10.507/02, no seu Art. 2: “A profissão de agente comunitário de saúde caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob a supervisão do gestor local”. Ou seja, uma formação sólida é necessária para que o profissional desempenhe suas atribuições adequadamente. Sendo assim, esta pesquisa analisará como ocorre a formação (e se efetivamente acontece) destes profissionais oferecida pela Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias, da execução até a avaliação desta formação.

Os ACS são os profissionais que mais sofrem com a precarização do trabalho, devido à falta de formação técnica, além da relação temporária de vínculo empregatício, baixa remuneração e a ausência de plano de carreira.

Mesmo tendo um papel fundamental e complexo, muitos destes trabalhadores recebem uma formação insuficiente, que consiste, na maioria das vezes, de uma capacitação em serviço, realizada pelo enfermeiro supervisor, ou pela equipe do Posto de Saúde da Família - PSF.

As Leis regulamentadoras do SUS (8.080/90 e 8.142/90) traçam princípios e diretrizes para garantir a boa qualidade nos serviços de saúde, dentre eles, a universalização do acesso, a integralidade e a igualdade da assistência. Com isso, o ACS tornou-se um ator político na atenção à saúde, pois este trabalhador é dentre os demais que está em permanente contato com a comunidade adscrita.

O caráter de formação dos ACS imposto pelos gestores da saúde não vai ao encontro da complexidade do papel destes profissionais. Sob o axioma de que a formação recebida nos próprios postos de saúde visa a facilitar a compreensão dos temas que serão transmitidos à população, os gestores argumentam sobre a falta de necessidade de uma formação técnica mais abrangente para estes profissionais. Esta formação aligeirada fornecida em postos de saúde possui conseqüências, tais quais: falta de formação técnica adequada e estagnação salarial pela não instituição de plano de carreira em decorrência da melhora na formação. De acordo com Pereira (2008, p.18-19): “Facilitar significa sempre, digamos assim, entregar o pensamento aos lobos, deixando sempre os mais fracos, os mais explorados e oprimidos, incapazes e indefesos diante do que não entendem e, portanto, não sabem como mudar”.

No caso desta Dissertação, entende-se que a situação problema a ser pesquisada e pensada é a formação profissional no campo da saúde tecida na contradição entre um sistema público e universal de atendimento médico a todos os brasileiros, sem exceção - portanto um horizonte progressista de superação do atraso e das violentas formas de exclusão que caracterizam a formação da sociedade brasileira - e a realidade, prática e imaginária, da modernização conservadora do mesmo capitalismo brasileiro - por definição calcada num modelo privatista, excludente, de estado mínimo, de acesso seletivo ao atendimento médico qualificado, que faz do corpo humano e da saúde uma mercadoria entre mercadorias, a ser vendida, gerando apropriação privada de riqueza social gerada pelo trabalho. Da relação entre o caráter da mercadoria dado ao corpo e o dualismo corpo-mente da filosofia ganha força o desprestígio ao corpo e ao trabalho manual. Da contradição principal, entre público e privado,

universalista e particularista, derivam outras contradições, que resultam em perguntas problemáticas, a serem pesquisadas e pensadas.

Nesse passo, o problema investigado e que se coloca como questão central a ser respondida pela pesquisa pode ser assim formulado: Em que medida e por que formas a formação recebida pelos ACS, ministrada pela Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias interfere na prática profissional exercida por esses trabalhadores da saúde ? Outras questões derivadas dessa foram investigadas nesta dissertação, são elas: Como os ACS percebem a formação recebida pela Secretaria Municipal de Saúde? Essa formação colabora (ou não) para as práticas das atribuições profissionais do mesmo ? Quais são as ações desenvolvidas pelos ACS no trabalho em saúde? Quais são as configurações do trabalho do ACS ? Como os movimentos sociais, que tiveram um papel fundamental nas conquistas na área da saúde coletiva no município de Duque de Caxias percebem a formação dos ACS na prática?

Objetivos do Estudo

O principal objetivo da pesquisa é investigar a formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ministrada pela Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias /RJ. O estudo será construído com base em dois eixos, a saber: as concepções e as estratégias de formação e qualificação profissional adotadas para os ACS e a percepção destes trabalhadores e dos movimentos sociais sobre a influência desta formação para a sua prática profissional.

Especificando

- ✓ Identificar e analisar as concepções de educação, de trabalho e de saúde presentes na formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ministrada pela Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias (SMS /Duque de Caxias)/RJ,
- ✓ Mapear e analisar as configurações e ações presentes no trabalho do ACS,

- ✓ Identificar e analisar a percepção dos ACS, que atuam no município de Duque de Caxias /RJ, sobre a formação profissional ministrada pela Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias /RJ.
- ✓ Identificar e analisar a participação dos Movimentos Sociais e institucionais, que atuam no município de Duque de Caxias /RJ, sobre a formação profissional ministrada pela Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias /RJ.

Procedimentos Metodológicos da pesquisa

Pode-se afirmar que a ciência moderna hegemonicamente constituiu-se sobre o mito do método perfeito, que seria aquele que conferiria segurança, confiabilidade, total controle – em uma palavra, poder total ao pesquisador.

É também já conhecido no campo da epistemologia e sociologia do conhecimento que, sobretudo depois do racionalismo de Bachelard, o objeto da ciência é *construído*: em outras palavras, que ele existe por força de uma cadeia estruturada de significações, ou que ele existe em referência a um horizonte de *visão* anterior ao dado, oposto mesmo à percepção rotineira dos fatos, pura derivação da teoria em ato, efeito do *methodos*. (PEREIRA, 2002, p. 21)

Esta perspectiva nos parece essencial, ao tratar da construção do objeto de pesquisa em Educação. “Pois ela nos coloca em alerta sobre um paradoxo típico do saber que pretende se voltar para um objeto que é, mais do que o homem, sua própria auto-criação: o saber que se constrói, o faz visando um objeto, ele mesmo, em plena construção”. (PEREIRA, 2002, p.26)

Partilha-se neste estudo, do entendimento de que pesquisa em Educação para a emancipação do homem não visa o veredito, mas à possibilidade; ela permite que a razão redescubra sua auto-limitação, na medida em que não incorpora de maneira automática a reflexão das outras formas de saber. O saber em Educação é, portanto, provisório e sempre insatisfatório. (VALLE, 1996, p.22)

Em relação ao método da pesquisa, relevantes foram os seguintes pontos, para a estrutura e resultados da Dissertação:

- a. Ao modo dialético, coube manter viva a contraditória relação que une teoria e prática, dados e fatos da empiria e elaboração conceitual, fontes primárias de pesquisa e o resultado crítico da pesquisa.

- b. Isso posto, a pesquisa apresenta dois movimentos, necessários e relacionados: o levantamento cuidadoso das fontes - projetos, relatórios, programas de trabalho, definições de políticas públicas, currículos, formas de hierarquia e organização do trabalho, assim como entrevistas com gestores e profissionais envolvidos na elaboração e implantação da Estratégia de Saúde da Família e dos responsáveis pela formação profissional dos ACS na SMS/ Duque de Caxias/RJ para possibilitar o conhecimento de percepções, conceitos, opiniões e expectativas nas falas e nas entrevistas desses profissionais.
- c. Há que se ressaltar que após a permissão da referida SMS, foi aplicado questionário pré-estruturado, em que coletamos dados de que forma se viabiliza a formação do ACS no posto de saúde e com isso apreender se a formação propiciada em serviço atende as necessidades na efetivação do trabalho dos mesmos.
- d. Assim posta, a relação entre teoria e prática, elaboração conceitual e elementos do mundo empírico, cabe indicar que é tarefa do método crítico e dialético manter em aberto as contradições vivas do processo social e histórico, de fato a própria realidade, prática e imaginária, concreta e simbólica, com isso evitando as reduções deterministas e as idealizações vazias, ambas resultando em fechamento do movimento e do diálogo crítico. (PEREIRA, 2002, p. 50)

Este estudo, utilizou questionários, entrevista e a coleta de documentos como técnica de trabalho de campo.

- Coleta de documentos - foram coletados documentos, tais como projetos, programas, currículo dos programas de formação profissional ministrado para os ACS de Duque de Caxias/RJ
- As entrevistas foram feitas com os gestores e professores envolvidos com a qualificação dos ACS, com representantes de movimentos e instituições sociais e com os ACS Duque de Caxias/RJ

O que confere à entrevista um lugar destacado de coleta de informações é o fato da fala revelar condições estruturais, valores e símbolos. Na presente pesquisa foi utilizada a entrevista semi-estruturada, com perguntas abertas, com roteiro certamente orientado para o alcance dos objetivos.

Nesta pesquisa, como procedimento de análise foram utilizadas referências bibliográficas de autores do campo crítico da Educação, Educação profissional, Trabalho, trabalho dos ACS.

A análise apresentou as seguintes fases: Pré-análise; Exploração do Material; Tratamento dos resultados obtidos e Interpretação.

A Pré-análise consiste na escolha dos documentos a serem analisados (no caso documentos que se refiram ao tema da qualificação profissional do referido trabalhador da saúde); e “na retomada dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os frente ao material coletado; e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final” (MINAYO, 1992, p. 34).

A Exploração do material consiste na lapidação dos dados brutos visando alcançar sua análise.

No tratamento dos resultados obtidos e interpretação é o momento de com a ajuda da teoria tratar interpretações chegando a considerações relevantes.

Organização do Estudo

Para alcançar o objetivo desta dissertação, foram feitas visitas à Secretaria Municipal de Saúde para solicitar a autorização a fim de coletar dados e entrevistar os responsáveis pelos Postos de Saúde da Família, como também para acompanhar o trabalho dos ACS's.

Na construção do trabalho de campo desta dissertação foram feitas entrevistas e sessões grupais com a equipe da Estratégia de Saúde da Família para possibilitar o conhecimento de percepções, conceitos, opiniões e expectativas nas falas e nas entrevistas desses profissionais. O questionário pré-estruturado foi aplicado na tentativa de coletarmos dados de que forma se viabiliza a formação do ACS no posto de saúde e com isso apreender se a formação propiciada em serviço atende as necessidades na efetivação do trabalho dos mesmos.

Esta dissertação está estruturada em Introdução, e três capítulos divididos, com subtemas cada um, e Conclusão. Sobre os capítulos, informamos:

No Capítulo 1 abordamos os temas de trabalho e de saúde no capitalismo contemporâneo, a partir de análise do conceito de trabalho e saúde, com referência em Marx, buscando compreender de que maneira o trabalho tem sido utilizado dentro do contexto capitalista visando à mais-valia como fator fundamental. A expropriação na manufatura pelos fundiários configurou a primeira estrutura do sistema capitalista. Esta reflexão teórica será

mais bem explicitada no decorrer deste capítulo, como também um histórico da discussão sobre saúde/ doença no Brasil.

No Capítulo 2 abordamos a formação profissional dos ACS's, com referência em Frigotto e Pereira, dentre outros, na discussão da educação profissional em saúde, com ênfase na formação profissional dos ACS's. São estes os profissionais em maior número e que atendem diretamente a população; considerando-se a estrutura do programa saúde da família dividida em níveis, os ACS encontram-se na base, recebendo os salários mais baixos.

No Capítulo 3 abordamos o trabalho de campo e resultados referentes à formação em serviço dos ACS, as percepções destes em relação à própria formação, através da análise dos depoimentos, como também da percepção da população atendida. Esta última através dos movimentos sociais e institucionais que lutam pela melhora da qualidade do PACS no referido município.

1 O TRABALHO E O HOMEM: CONCEITOS ELUCIDATIVOS PARA UMA ANÁLISE CRÍTICA DO TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Devido ao recorrente erro de conceituação da relação cerzida entre o homem, a natureza e o trabalho cometido tanto por correntes teóricas da direita, quanto por correntes teóricas esquerdistas, pretende-se neste trabalho deixar claro que a natureza é a fonte dos valores de uso tanto quanto o trabalho. O trabalho alienado é a exteriorização pelo homem do trabalho que se torna uma mercadoria, sendo assim, o valor encontra-se na mercadoria e não mais na força natural do trabalhador. O dinheiro torna-se então o mediano entre a necessidade e o objeto, entre a vida e o meio de existência do homem. Shakespeare (apud MARX, 1963, p. 102-103):

Ouro! Ouro precioso, cintilante, vermelho? Não, ó deuses, não é em vão que vos supliquei. Possuí-lo em abundância faz com que o preto seja branco, o feio, belo, o mal, o bem, o velho, moço, o covarde, valente, o vulgar, nobre. Ele arrasta... o Padre longe do altar; arranca aos semi-coalescentes ao travesseiro onde dormitavam. Essa escravidão vermelha faz e desfaz os laços sagrados; abençoa ao maldito; torna amável a lepra; honra o ladrão e lhe proporciona posição, salamaleques, influência no conselho dos antigos; leva amantes à viúva idosa; restitui uma juventude de maio embalsamada a essa viúva jogada com nojo; às chagas purulentas, cheirando a hospital. Maldito metal, vulgar prostituta dos homens, ó tu que cegas os povos.

Sendo assim, o trabalho traz o dinheiro, que traz os objetos de consumo. Esta relação não é tão linear quanto parece, não do ponto de vista filosófico. Como coloca Marx (1963, p. 107):

... O capital é o homem completamente alienado a si mesmo, tal como acontece objetivamente no capital que o trabalho é o homem alienado a si mesmo. Mas o operário tem a desgraça de ser um capital vivo, que tem necessidades e que, a todo instante em que não trabalhe, perde sua remuneração e, a seguir, sua existência.

O salário, assim, determina a sobrevivência do trabalhador. Todavia, essa sobrevivência é regulada pelos capitalistas, pois, o aumento do salário denota um aumento geral do valor das mercadorias, sendo assim, o “ganho” do operário é quase inexistente.

A alienação do trabalho determina a relação desregulada entre o operário (o trabalho) e a produção. Como coloca Marx (1963, p. 322-323):

A alienação do operário em seu objeto apresenta, segundo as leis econômicas da seguinte forma: quanto mais o operário produz, menos tem ele para consumo; quanto mais ele cria valores, mais ele se desvaloriza e perde sua dignidade; quanto mais forma tem se produto, mais disforme é sua pessoa; quanto mais alto grau de civilização apresenta o objeto, mais rude se torna o operário; quanto mais poderoso é o trabalho, mais impotente é seu criador;

quanto mais o trabalho se enche de espírito, mais o operário se priva dele e se torna escravo da natureza.

O operário induzido pela lógica econômica capitalista, não enxerga o trabalho como uma manifestação de sua personalidade. A relação alienada do homem com o trabalho o torna um produtor de valores, ou seja, sua atividade com vistas a um lucro.

Com a alienação o trabalho torna-se exterior ao homem, ou seja, não faz parte de sua essência, sendo assim, o trabalho torna-se um sacrifício em consequência esse homem não percebe o trabalho como seu próprio bem, mas o de outro.

Resulta disso um homem que não se sente mais livremente ativo, a não ser em suas funções animais tais como: beber, comer...

O trabalho quando tornado estranho ao homem, ou seja, se situa fora do seu eu, torna esta atividade não pertencente a este homem, sendo assim, o mesmo atribui a um estranho esta atividade. Doravante este outro é o capitalista o dono do trabalho alheio. A propriedade privada media a alienação do trabalhador com a natureza. O salário media a alienação do trabalhador com a mercadoria.

A força de trabalho tornou-se mercadoria como destaca Marx (1963, p. 256):

A força de trabalho de um homem consiste, pura e simplesmente, na sua individualidade viva. Para poder crescer e manter-se, um homem precisa consumir uma determinada quantidade de meios de subsistência, o homem como a máquina, se gasta e tem que ser substituído por outro homem. Além da soma de artigos de primeira necessidade exigidos para seu próprio sustento, ele precisa de outra quantidade dos mesmos artigos para criar determinado número de filhos, que hão de substituí-lo no mercado de trabalho e perpetuar a raça dos trabalhadores. Ademais, tem que gastar outra soma de valores no desenvolvimento de sua força de trabalho e na aquisição de uma certa habilidade.

Ao comprar a força de trabalho do homem, o capitalista tem o direito de consumi-la. O capitalista absorve não tão somente o necessário de horas trabalhadas para recompor o salário, mas também absorve o sobretabalho, ou seja, a mais-valia, um subproduto.

A apropriação das forças substanciais do homem tornadas objetos tem como égide a alienação, ou seja, a exteriorização do pensamento, sendo assim, o homem encara o trabalho como o produto que culmina deste, e não da força que o mesmo emprega para produzi-lo. Com isso o produto do seu trabalho é algo separado do seu ser e possui um dono: o capitalista.

Marx afirma (1963, p. 48):

O homem torna-se cada vez mais pobre como homem, tem cada vez mais necessidade de dinheiro para apoderar-se do do estranho, e o poder de seu dinheiro cai, precisamente, em razão inversa ao crescimento da massa da produção, ou seja, de sua necessidade, e do aumento da potência do dinheiro.

Ao afirmar que o homem torna-se cada vez mais pobre como homem Marx deixa clara a alienação proposta pelo capitalismo. O homem natural é suprimido por um homem/máquina. Desta forma, a propriedade privada, a divisão do trabalho, a mais-valia são ratificadas pela exteriorização imposta pela lógica capitalista. O valor do trabalho é entendido pelo operário não como sua força natural empregada para produzir um objeto, mas como, tão somente o objeto, essa alienação dificulta o entendimento conjuntural dos axiomas capitalistas para expropriação da sua força de trabalho. Uma vez, sendo o valor colocado no objeto a força/ tempo colocados para fabricar o objeto pelo operário ficam marginalizados.

A lógica supracitada se faz presente no próprio entendimento do homem em relação consigo próprio. A propriedade privada pela lógica capitalista é entendida como propriedade do outro (o proprietário latifundiário) sendo assim, o homem se submete às ordens impostas pelo proprietário, com isso, o homem vende sua força de trabalho pela sua subsistência.

O trabalho alienado e o resultado da propriedade privada criam o homem alienado como afirma Marx, (1963, p. 335) “A propriedade privada resulta, então, por análise, do conceito de trabalho alienado, isto é, de homem alienado, de trabalho tornado estranho, de vida tornada estranha, de homem tornado estranho.

A função do salário aí é consequência do trabalho alienado é a causa direta da propriedade privada. Ao comprar a força de trabalho do operário e pagá-la com o salário, o capitalista utiliza a mesma como uma mercadoria comprada. Culmina disto a expropriação da mão-de-obra através da mais-valia, ou seja, o sobretrabalho.

A estrutura social capitalista está sempre pautada na manutenção das relações injustas capitalistas, ou seja, entre os com posse e os sem posse. Haja vista a própria estruturação do estado e da família.

Quando a produção aumenta sua demanda, a necessidade de satisfazê-la impulsiona a construção de máquinas para agilizar o processo de produção. Na Inglaterra e na França, no século XVI, a necessidade de abastecer os mercados interno e externo culmina no desenvolvimento produtivo em larga escala. Logo as manufaturas em muitas cidades aceleraram a acumulação do capital móvel. Com o comércio e a manufatura desenvolvidos o mercantilismo ganhou força, com isso, o comércio adquire uma enorme importância política. Nesse panorama político e com a “descoberta” das Américas, como afirma Marx (1963, p. 197-198):

O aparecimento do ouro e da prata da América nos mercados europeus, o desenvolvimento progressivo da indústria, o rápido impulso do comércio e sua consequência, e desabrochar da burguesia não corporativa e a valorização do dinheiro, tudo isto deu outra significação a essas medidas¹.

O estado torna-se o mediador entre o burguês e o resto da população, algo marcante, foi quando Henrique VIII da Inglaterra mandou enforcar 72.000 “vagabundos” que levavam risco à ordem de produção capitalista, uma vez os mesmos não se sujeitavam ao trabalho nas manufaturas.

Neste panorama as cidades são erguidas para também fornecer o capital produtivo, a vida em família satisfaz o consumo e assim faz girar a “máquina” capitalista. Como afirma Marx (1963, p. 205):

A organização de uma vida econômica comum pressupõe o desenvolvimento do maquinismo, a utilização das forças naturais e de muitas outras forças produtivas – por exemplo, de distribuição de água, de iluminação a gás, de aquecimento a vapor, etc., a supressão da distinção entre a cidade e o campo.

Sendo assim, a organização da sociedade baseada na família, fomenta as relações capitalistas no tocante em que a família produz necessidade de forças produtivas. Além disso, a família produz na forma de impostos uma forma de sustentar o Estado que sob a égide da falácia dos direitos comuns (leia-se direito dos burgueses) vende segurança, saúde, educação...

Deixa-se claro que a estrutura sócio-econômica capitalista está pautada em formas de manter intacta, seja de maneira objetiva quanto subjetiva. Historicamente desde a normatização da propriedade privada as relações do homem (de posse) para com o homem (sem posse) se dão de forma desigual, porém, esta desigualdade é normalizada, banalizada, pois, ela necessita desta normatização para que os homens sem posse não se revoltam e se acostumem com tal condição. Esta alienação torna os homens passivos, ou seja, como se a natureza e a força do Estado que sob a égide da falácia dos direitos comuns (leia-se direito dos burgueses) vende segurança, saúde, educação...

A exteriorização do trabalho é depositada no dono da natureza e no produto do trabalho, respectivamente. E somente pelo trabalho que a força pertence ao homem, dessa forma, o trabalho não é tomado em sua universalidade, o trabalho parece como sendo elemento da terra, e não o contrário.

¹ Marx se refere aos direitos de alfândega mais peagem e concessão.

Em 1970 com o Programa de Interiorização da Saúde e do Saneamento – PIASS Nordeste surgiu os auxiliares uma categoria de trabalhadores em saúde que eram os mediadores do processo saúde-doença neste Programa. Estes profissionais surgem em uma conjuntura política de desenvolvimento econômico, sendo assim, a função dada aos mesmos era a de minimizar os índices de doenças nas regiões de alta extração de matéria-prima para abastecer o mercado. Neste contexto onde a atribuição destes profissionais está em configuração somente a consciência de classe poderia libertar os agentes de saúde desta profilaxia imposta a suas atribuições na comunidade em que atuavam. Entender que seu papel nas comunidades deveria ser o de gerar circunstâncias para formar homens e mulheres saudáveis e criadores de situações benéficas de vida social, econômica e política. Com o passar dos anos e com as melhoras nas condições de trabalho e com a conseqüente melhora na legislação que regulamentava a profissão dos ACS estes profissionais assumiam seu papel mediador e educativo nas comunidades, desta forma, a visão médica curativa vigorante, no que concerne saúde pública, aos poucos era substituída pelos pressupostos da saúde coletiva.

Ao que tudo indica desde 1970 com o surgimento das visitadoras sanitárias profissão que originou os agentes de saúde e, futuramente, os agentes comunitários de saúde este profissional atuou como mediador entre os serviços de saúde e a população como afirmam Stotz, David e Bornstein (2007, p. 50):

A própria história dos ACS mostra o quanto eles foram importantes e têm sido, principalmente a partir do início da década de 1980. Naquela época, não existia o Pacs nem o PSF, e eram propostas ligadas à pastoral da Igreja Católica e algumas ações comunitárias que desenvolviam trabalhos com agentes de saúde; o SUS ainda estava só na idéia, e a conquista da saúde era um sonho, um desafio para ser enfrentado. Os agentes não eram profissionalizados, e trabalhavam, muitas vezes, de modo voluntário. Mas a essência do trabalho do agente estava presente, pois em muitos lugares no Brasil estes seguiram em adiante, e hoje fazem parte do Pacs e do PSF, já profissionalizados, com perspectivas diferentes de trabalho.

A essência do trabalho do agente é esta função mediadora, que nem sempre se apresenta de modo claro e objetivo, porque também tem a ver com a visão de mundo, com as percepções das pessoas. Mediar a relação entre os serviços e a população na perspectiva da melhoria das condições de vida não é uma tarefa fácil. Supõe um forte vínculo comunitário, uma abertura para o diálogo e uma reflexão sobre as possibilidades de ação em cada situação concreta.

O texto acima demonstra a trajetória dos ACS, ou seja, a luta travada por estes profissionais voluntários com relação à legalização da profissão exercida desde 1980. Mesmo na sociedade capitalista os ACS vêm na contramão das imposições da classe privilegiada, adotando medidas de resistência e lutando firmemente pela emancipação de sua classe de trabalhadores.

A instituição, predominante, por este trabalhador quando associa o trabalho a uma lógica de caráter formal de vínculo com o empregador, torna sua situação de trabalho frágil,

pois a maioria dos ACS, assim como outros trabalhadores percebem o emprego como uma forma de estar na sociedade, ou seja, como uma necessidade social. Sendo assim, aquilo que oficializa um trabalhador são seus vínculos com o empregador tais como: carteira assinada, salário (digno) no final do mês para suprir suas necessidades e de sua família, todavia, a profissão de ACS, ainda sofre com a frágil forma de vínculo com o empregador o que facilita o mesmo de pagar aquilo que ele percebe como justo pelo trabalho do ACS (que obviamente não condiz com a importância social dos serviços e atribuições deste trabalhador). Esta desvalorização do trabalho destes profissionais e a desmotivação e a precariedade das condições do trabalhador, conferem ao programa – PACS – uma dificuldade de cumprir com aquilo que se propõe oficialmente.

Ainda a divisão do trabalho no contexto da Estratégia de Saúde da Família esfacela a mercadoria tornando assim o ACS como o produtor de parte dela o produto final que combina os trabalhos parcelares dos demais trabalhadores em saúde é o trabalho abstrato. O trabalho abstrato para Marise Nogueira Ramos (2007, p.36) “é o trabalho voltado para produção de mercadorias (valores de troca) e pressupõe um certo tipo de divisão social do trabalho”.

A divisão entre o trabalho intelectual e manual que separa a teoria da prática tem um papel fundamental na simplificação do trabalho exercido pelos ACS. O ACS está na base do serviço dentro da Estratégia de Saúde da Família, infere-se isto através das atribuições destes profissionais e dos salários recebidos por estes trabalhadores, além dos conhecimentos necessários para exercer a profissão. Segundo Ramos (2007, p.42):

Se lembrarmos que o ACS compõe uma equipe multiprofissional formada por um médico, um enfermeiro (profissional de nível superior) e um auxiliar de enfermagem (profissional que deve ter concluído, pelo menos, o ensino fundamental), vemos que a divisão do trabalho na sociedade capitalista reservou aos primeiros o domínio dos conhecimentos científicos, proporcionado pelo acesso aos níveis superiores de ensino e ao mundo da ciência. A estes, na maioria das vezes, compete o trabalho intelectual, como, por exemplo, a análise das situações, a realização de diagnóstico, a proposição e/ou a prescrição de soluções, o planejamento e a gestão do trabalho, dentre outras.

Aos auxiliares, por terem uma formação em nível intermediário, competem as tarefas as tarefas também intermediárias, que compreendem saberes procedimentais e alguns saberes teóricos instrumentais aos procedimentos. Por fim, sob esta lógica, aos ACS competiriam as tarefas mais elementares determinadas por seus superiores.

Portanto percebe-se que o ACS deve lutar pela formação em nível técnico para garantir uma futura melhoria nas condições de trabalho, no que concerne, a valorização. Para tanto este trabalhador deverá entender o que é trabalho, enquanto, algo não alienável, as relações de produção, a dimensão social e ético-política de suas ações e o seu trabalho na totalidade. Todavia, este caminho torna-se cada vez mais longo quando a estes trabalhadores é

negada a possibilidade de uma formação educativa capaz de enfrentar as contradições do seu cotidiano materializado em verdades absolutas.

A saída apontada acima se torna difícil porque o capitalismo mesmo quando permite a formação de seus trabalhadores reproduz o modelo de formação capaz de “aprisionar” o trabalhador no plano da consciência. Isto faz parte intrínseca da engrenagem capitalista de se manter no poder, pois, torna os filhos dos trabalhadores em futuros substitutos. Segundo Marise Nogueira Ramos (2007, p.43) “[...] a educação do trabalhador, no capitalismo, é subsumida à necessidade da reprodução da força de trabalho como mercadoria. A educação de caráter geral, clássico e científico, destinava-se à formação das elites dirigentes e dos que exercerão o trabalho intelectual.)”.

A formação aqui posta não se trata, tão somente de uma instrumentalização do trabalhador, mas sim, de uma formação educativa que leve em consideração o homem como um todo inserido em um sistema econômico, cultural e social para que se revele um homem humano completo e singular um homem comunitário e que perceba a importância e a relação mútua e recíproca com os demais homens. Assim de posse dele próprio o homem poderá se entender e entender seu papel na sociedade e conseqüentemente transformá-la.

1.1 Educação e trabalho: cerzindo os conceitos para o entendimento da profissão dos Agentes Comunitários de Saúde

A relação entre educação e trabalho tem sido freqüentemente, discutida, todavia, pouco se avança do ponto de vista prático isso se dá, obviamente, por uma necessidade do capitalismo de alienar o trabalho, sendo assim, petrificando o modo capitalista de produção. Conforme visto no primeiro capítulo, observa-se que o trabalho alienado traz benefícios para os capitalistas mantendo o acúmulo de capital nessa classe. A própria divisão capitalista do trabalho comprova este caráter do modo de estruturação do trabalho no capitalismo.

Visto isso, observa-se que o papel do Estado no que tange a educação é vital para o sistema capitalista, pois, como coloca Kuenzer (1991, p. 6):

Desde o momento que surge, a educação diretamente articulada ao trabalho se estrutura como um sistema diferenciado e paralelo ao sistema de ensino regular marcado por finalidade bem específica: a preparação dos pobres, marginalizados e desvalidos da sorte para atuarem no sistema produtivo nas funções técnicas localizadas nos níveis mais baixo e médio da hierarquia ocupacional. Sem condições de acesso ao sistema regular de ensino, esses futuros trabalhadores seriam a clientela, por excelência, de cursos de qualificação profissional de

duração e intensidade variáveis, que vão desde os cursos de aprendizagem aos cursos técnicos.

Neste tocante é que se define o papel do Estado, ou seja, legitimar a educação para o trabalho de maneira fragmentada e incompleta, tão somente, para satisfazer necessidades do sistema produtivo capitalista. Nesta perspectiva, afirmam Silva e Gentili (1999, p. 27):

O Estado neoliberal é *mínimo* quando deve financiar a escola pública e *máximo* quando define de forma centralizada o conhecimento oficial que deve circular pelos estabelecimentos educacionais, quando estabelece mecanismos verticalizados e antidemocráticos de avaliação do sistema e quando retira autonomia pedagógica das instituições e aos professores.

Embora Gentili cite o estado neoliberal em específico o caráter citado por ele se emprega ao Estado desde sua existência. O Estado legitima a sociedade de classes. Sendo assim, mantendo o trabalho no seu caráter alienado o Estado capitalista, e os burgueses empregam uma formação para os trabalhadores que visa, tão somente, instruir tecnicamente estes trabalhadores, mas sem perder de vista a alienação imposta. O trabalhador não compreende que o valor encontra-se na sua força de trabalho e que os “bens” naturais não pertencem a um conjunto restrito de homens, mas sim, a todos.

Com isto se estabelece no âmbito educacional divisão de classes, ou seja, os homens que vão ser inseridos no trabalho intelectual e os homens que integrarão o trabalho manual vale ressaltar que a classe de homens que compõem o trabalho intelectual na sua maioria é os que detêm o poder material: a classe dos com posses.

Ao tratar a relação entre educação e trabalho, fica claro que o saber que a costura não é exclusivamente produzida na escola, mas também no bojo das relações das produções coletivas, nas relações do homem com a natureza, e na relação com os outros homens e consigo mesmos, destarte, homogeneizar o discurso da alienação da relação educação/trabalho nas escolas seria no mínimo leviano. Segundo Kuenzer (1999, p. 22):

Se o saber é produzido socialmente, pelo conjunto dos homens nas relações que estabelecem no trabalho para garantir sua sobrevivência, ele é elaborado, sistematizado, privadamente. Historicamente, a classe social que detém a posse dos instrumentos materiais também, e não por coincidência, detém a posse dos instrumentos intelectuais que lhe permitem sistematizar o saber socialmente produzido, transformando-o em ‘teoria’. Assim, mesmo existindo nas relações sociais, o saber é elaborado pela classe dominante, passando a assumir o ponto de vista de uma classe social, que o utiliza a seu favor.

A educação para o trabalho tem que se dá de forma diferenciada, a partir da origem de classe; a pequena parcela da população que ingressa e permanece na escola se apropria no seu interior, do saber sobre o trabalho sob a forma de princípios teóricos e metodológicos que lhe

permitirá ocupar, mediante alguma negociação frente à oferta de ocupações, as funções intelectuais na hierarquia do trabalhador coletivo. A grande maioria da população, composta pela classe trabalhadora excluída do sistema de ensino, resta aprender o trabalho na “prática”.

A educação segue o mesmo paradigma da economia política, pois, a mesma está estruturada parte para atender a camada da população mais pobre com ensino técnico e parte para atender a camada mais rica com o ensino universitário e pós-universitário.

Frente a isto se vislumbra uma educação para a camada desprivilegiada que tem como finalidade formar para a demanda exigida pelo sistema capitalista, com isso, a educação oferecida para esta classe é fragmentada e técnica que não contempla uma formação para o mundo do trabalho. Estes ocuparão as vagas para o trabalho manual. A classe privilegiada é reservada uma educação que vai ao encontro de uma formação para o trabalho intelectual.

Segundo Kuenzer (1999, p. 32):

Enquanto existir contradição entre capital e trabalho determinando uma certa forma de divisão social e técnica do trabalho que, por sua vez, determina o tipo e a quantidade de saber a que cada um tem direito em função de sua origem de classe e de seu lugar social, a seleção dos conteúdos é política.

Desta forma os conteúdos serão selecionados para privilegiar aqueles que optarem pela educação acadêmica, ou seja, a classe privilegiada gozará de conteúdos que a estruturarão para o trabalho intelectual como definem os capitalistas. Cabe aqui esclarecer o que os capitalistas definem como trabalho produtivo e trabalho improdutivo. Para tanto, citaremos Frigotto e Ciavatta (2003, p. 49):

O debate sobre trabalho e trabalho produtivo é tão velho quanto a própria história humana. Em última instância, trata-se de compreender como os seres humanos, na sua pré-história de sociedades classistas, como as definiu Marx, significaram e atribuíram valor às atividades de produção e reprodução de sua vida material e simbólica, intelectual ou espiritual. A idéia, ainda hoje, de que o trabalho do espírito ou o trabalho intelectual é superior ao trabalho material não é algo natural e eterno, mas é produto de determinadas relações sociais historicamente determinadas pelos seres humanos.

Com a emergência e afirmação do modo de produção capitalista, rompe-se, por necessidade intrínseca, com a escravidão e busca-se ressignificar o trabalho de sua conotação negativa de “tripalium” (castigo) para uma conotação positiva de “labor”. Esta afirmação positiva engendra uma dupla força: de embate contra as relações sociais e de produção dos modos de produção ré-capitalista, sobretudo o feudal; e de afirmação daquilo que é o nec plus ultra da forma especificadamente capitalista de produção: extrair o máximo de trabalho não pago ou a mais-valia absoluta, relativa ou ambas combinadas.

Todo trabalho produz algo, que tem um valor, para o capitalista tanto as mercadorias como os serviços são vendidos, sendo assim, todo trabalho produz algo, todavia, a falácia dos capitalistas em torno da produtividade, esconde a intencionalidade de dar a este termo um significado conotativo para que os capitalistas assim possam extrair a mais-valia de forma

subjetiva, também do trabalhador, pois a produtividade posta pelos mesmos significa produzir muito em pouco tempo.

Durante estes dois últimos séculos após a contribuição de Marx, muitos intelectuais de esquerda, assim como para boa parte da classe trabalhadora, rechaçam este axioma capitalista em relação à produtividade. Uma grande vitória foi a redução da carga horária de trabalho, se analisarmos a carga horária de trabalho no início do capitalismo observaremos que a mesma chegava a 18 horas diárias, hoje esta carga, em muitos casos, não ultrapassa 8 horas diárias. Porém, os seguidores da política econômica capitalista através da desregulamentação, tentem retroagir os direitos adquiridos sob lutas, greves e protestos contra a barbárie do capitalismo.

Os ACS estão na base do trabalho da Estratégia da Saúde da Família sofrem cotidianamente com as imposições das esferas federativas, com relação a suas condições de trabalho, segundo informações retiradas do Portal da Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009):

Como o agente comunitário de saúde deve ser inserido no serviço?

Por meio de um monitoramento realizado no período de julho/2001 a agosto/2002, o Departamento de Atenção Básica (DAB) comprovou a existência de, no mínimo, 10 (dez) modos diferentes de inserção do agente comunitário de saúde no serviço, quais sejam: cargo efetivo, cargo comissionado, emprego, contrato por prazo determinado, contrato verbal, vínculo informal, cooperado, prestador de serviço, bolsista e outros. Contudo, para o Ministério Público do Trabalho, a exceção do cargo efetivo de agente comunitário de saúde e do emprego público de agente comunitário de saúde, todos os demais modos de inserção desse profissional no serviço são considerados irregulares. O que gera a nulidade do vínculo de trabalho e, por consequência, a necessidade de afastamento do trabalhador do serviço.

Esta precarização da forma de contratação deste profissional mesmo com a Lei 11.350/2006, ainda permanece. A forma de contrato, a falta de qualificação técnica; a inexistência de plano de carreiras; a falta de organização das atribuições deste profissional; levam ao conseqüente aumento e ao conseqüente desvio de atribuições do ACS com isso há uma perda de identidade profissional deste trabalhador.

A função educadora deste profissional estará em destaque neste trabalho á luz das reflexões de Morosini, Fonseca e Pereira (2007, p. 13) segundo as autoras:

... o trabalhador da saúde desempenha um papel educativo. Essa afirmação baseia-se na compreensão de que o trabalho em saúde, ao mesmo tempo que exige reflexão, exige ação, ambas com o objetivo de alcançar a transformação da realidade, componentes básicos do trabalho educativo. Este trabalho educativo pode estar presente nas diversas práticas que o trabalhador desenvolve, mas se torna mais visível quando este realiza atividades de prevenção e promoção da saúde. Entretanto, há diferentes concepções de educação que podem expressar-se no trabalho educativo em saúde.

É necessário compreender educação como um processo em que há trocas e não somente informações por uma das partes. A educação em que apenas o professor “deposita” informações nos educandos, ou seja, além de cometer o equívoco de achar que é ele o dono do saber não permite a troca, sendo assim, não consegue aprender no processo ensino/aprendizagem. Todavia, seria outro equívoco perceber na educação bancária o educando apenas como um receptor e o educador como um depositário, pois as questões que permeiam a dialética subjetividade/objetividade não permitem esta conclusão como afirma Paulo Freire (1996, p.28):

O necessário é que, subordinado, embora, à prática “bancária”, o educando mantenha vivo em si o gosto da rebeldia que, aguçando sua curiosidade e estimulando sua capacidade de arriscar-se, de aventurar-se, de certa forma o “imuniza” contra o poder apassivador do “bancarismo”. Neste caso, é a força criadora do aprender de que fazem parte a comparação, a repetição, a constatação, a dúvida rebelde, a curiosidade não facilmente satisfeita, que supera os efeitos negativos do falso ensinar. Este é uma das significativas vantagens do ser humano – a de se terem tornado capazes de ir mais além de seus condicionantes. Isto significa, porém, que nos seja indiferente ser um educador “bancário” ou um educador “problematizador”.

O que se quer enfatizar aqui é a consciência de classe que leva os educandos oprimidos a se tornarem livres desta opressão. Os ACS vêm demonstrando o “gosto da rebeldia” pela forma com a qual não se submetem a uma forma estável e favorável dos governantes de manipularem suas vidas através da manutenção de baixo salário, péssimas condições de trabalho e a desconfiguração das atribuições deste trabalhador.

Um ponto que deve ser destacado com relação aos trabalhadores em saúde, em específico, os Agentes Comunitários de Saúde, é o papel educativo destes trabalhadores. O trabalho dos ACS exige um considerável conhecimento teórico/científico, pois estes trabalhadores mediam estes conhecimentos com os conhecimentos construídos socialmente, ou seja, empiricamente. Uma das atribuições, e talvez a mais fundamental para o processo saúde/doença para a efetivação da Atenção Básica à Saúde são as Visitas Domiciliares, ou tecnicamente chamadas de V.D. pelos ACS.

A Visita Domiciliar, segundo Lopes, Saue e Massaroli (2008, p.242):

A visita domiciliar, entendida como método, técnica e instrumento, constitui-se como um momento rico, no qual se estabelece o movimento das relações, ou seja, a escuta qualificada, o vínculo e o acolhimento, favorecendo que os grupos familiares ou comunidades tenham melhores condições de se tornarem mais independentes na sua própria produção de saúde. Importante ressaltar também que a visita se estabelece *in loco*, permeando o lugar do seu cotidiano, do seu mundo vivido e enfrentado, de acordo com sua visão de mundo.

A Visita Domiciliar consolida-se como um espaço de troca de conhecimentos entre o ACS e a população. Através da visita domiciliar o ACS pode reconhecer o ambiente em que

as famílias vivem e questões relacionadas à saúde da família visitadas, estes dados são valiosos para que o ACS possa traçar ações de prevenção e promoção da saúde naquela residência ou na comunidade como um todo.

É importante notar que o processo educativo é compreendido como processo ensino/aprendizagem, pois só há aprendizagem totalmente passiva e apreensão de conhecimento de forma passiva, através de uma maneira autoritária de concebê-los. Ou seja, o ACS ao ensinar algo, necessita dialogar com o meio, tanto quanto, aquele que aprende no caso a população, também ensina, seja rechaçando o conhecimento ensinado, seja aprendendo-o.

O instrumento dos ACS é a mediação, através da comunicação o ACS vai mediar o conhecimento científico com o a experiência de vida da comunidade. Segundo, Morosini, Fonseca e Pereira (2007, p. 14):

Precisamos destacar que educar é comunicar, portanto precisamos dizer que o trabalhador que educa, de fato, está comunicando; está realizando um trabalho de mediação entre o conhecimento que adquiriu na área de saúde e a população a qual visa informar a respeito daquele conhecimento. Da mesma forma, a população também comunica um conhecimento adquirido na experiência vivida e realizada um trabalho de mediação entre este conhecimento da realidade e o trabalhador da saúde com quem dialoga.

O agente comunitário de saúde (ACS) tem a mediação como um dos elementos principais de seu trabalho. É comum, em documentos e discursos de técnicos, gestores e instituições de saúde, o ACS ser identificado como “elo”, a “ponte” entre o serviço e a comunidade, o que denota a sobrevalorização do papel mediador e, portanto, educativo desse trabalhador.

Na prática o trabalho educativo destes trabalhadores fica visível e perceptível quando eles executam atividades de prevenção e promoção da saúde. Isto porque para que o ACS possa transmitir um conhecimento para a prevenção de algum agravo ou para promover algum hábito ou comportamento saudável ele terá que levar o usuário a entender que tais procedimentos serão necessários para a saúde. Todavia, estas informações deverão ser precedidas pelo paradigma de saúde. De uma maneira geral as pessoas têm dificuldades de assimilar que ser saudável é somente não estar doente. Os ACS devem desfazer certos “mitos” sociais para que possam dialogar com a população sobre o processo saúde/doença. Como afirmam, Morosini, Fonseca e Pereira: (2007, p.15). “Neste caso, se aceitamos que saúde é apenas a ausência de doenças, estaremos aceitando também que, para ter saúde, basta não ter doença”. Frente a esta necessidade se faz necessário uma formação técnica em saúde para estes trabalhadores. Para que os mesmo não estejam somente instrumentalizados com conhecimentos fragmentados e descontextualizados como vem acontecendo com a formação na maioria dos municípios brasileiros. Através de capacitações e palestras estes trabalhadores

não conseguiram alcançar um conhecimento para trabalharem com a população, no sentido de mediar o conhecimento entre o sistema de saúde e a população.

A formação técnica para ACS torna-se mais importante quando notamos que esta profissão está inserida em um contexto complexo, no que se refere a mudanças na área da saúde, pois esta área está inserida em um contexto político, cultural, econômico e emocional. O ACS é o profissional mediador destas questões, todavia, percebe-se que seu trabalho fica comprometido pela questão supracitada. Exemplos disso são: a falta de médicos e de atendimento nos serviços de saúde; o pouco investimento na aparelhagem dos hospitais, a falta de saneamento básico, a ausência de renda para que as famílias possam adquirir medicamento, ou até materiais de higiene e mesmo alimentícios.

Pode-se perceber que a atuação dos ACS nas Visitas Domiciliares não assegura uma mudança substantiva na saúde das mesmas por causa de motivos que vão além das possibilidades de atuação destes profissionais.

1.2 **Saúde e doença um mal-estar crônico na sociedade capitalista**

A questão do processo saúde e doença no Brasil, atualmente, nos têm demonstrado, fidedignamente, a perversidade da política neoliberal para com a classe desprivilegiada. Porém a questão desse processo não é, tão somente, o reflexo de uma política alucinada na busca de lucros é também reflexo de algumas correntes teóricas que enxergaram a medicina como uma ciência exata e desconexa dos fatores ambientais e sociais. Tais interpretações trouxeram uma concepção sobre a medicina que vinha ao encontro dos interesses da elite econômica. A onipotência da medicina ratificou os interesses da classe aos econômicos e políticos.

As bases da medicina científica foram implementadas e sistematizadas por Hipócrates, por volta do século 5 a.C., na Grécia. Hipócrates distinguiu o sobrenatural do natural, com isso, a medicina passou a ser vista como uma disciplina científica.

Depois Francis Bacon com seu método indutivo, que afirmava que somente após a observação exaustiva dos fenômenos particulares seria possível induzir as leis e princípios que regem os fatos da natureza, ele sedimentou a ciência médica.

Galileu Galilei ao constatar que sem o controle racional e experimental dos fatos, a percepção sensorial era extremamente falha, e todo fenômeno tinha sua fórmula matemática, Galileu racionalizou a ciência médica.

René Descartes ao criar uma disparidade conceitual entre a mente e o corpo – para Descartes, a mente era uma expressão divina, sendo assim, fora do alcance da ciência – Por questões religiosas fez com que a ciência médica se preocupasse, tão somente, com o corpo, endossando assim a concepção de homem-máquina. Os iatrofísicos, médicos que defendiam a concepção mecanicista dos fenômenos vitais, se afastaram dos doentes, essa característica da medicina prevalece até os nossos dias, pois como afirma o professor Olney Leite Fontes, (1995, p.17): “Aos poucos, o médico ia deixando a cabeceira do doente, passando a concentrar os seus esforços nos laboratórios de pesquisa das universidades e hospitais.”

Já no final do século XVII e início do século XVIII, Isaac Newton sintetizou as teorias vigentes criando assim o paradigma newtoniano-cartesiano. O homem-máquina foi ratificado por Newton e o reducionismo científico em relação ao conceito de saúde tem prevalecido até nossos dias, obviamente, que com vários exemplos de contestação e luta contra essa concepção inclusive por parte de alguns fenomenologistas.

Não dando conta de explicar os fenômenos fisiológicos a ciência médica foi buscar a nível celular estas respostas. Com a modernização tecnológica a ciência passou a produzir melhores equipamentos científicos, com isso os estudos celulares ganharam importância. Rudolf Virchow (1841-1902), Louis Pasteur (1822-1895) e Robert Koch (1843-1910) foram cientistas que pesquisaram sobre os microorganismos fazendo descobertas valiosas para a ciência médica. Em consequência a era dos antibióticos fomentou a indústria e com isso o consumo e o uso irracional desses medicamentos fomentou a indústria. As causas primárias das doenças ficaram em segundo plano.

Acompanhando o processo de modernização, industrialização e de globalização a área da saúde passou a se tornar uma área lucrativa, sendo assim, indo ao encontro dos interesses monopolistas das elites. Com isso a população alienada, passa a ser um alvo do mercado de “drogas”.

A medicina moderna no Brasil foi influenciada pelo relatório Flexner – relatório encomendado pela Fundação Carnegie de Educação a Abraham Flexner educador da Universidade John Hopkins, para reformar o ensino médico e assim atender as necessidades dos “novos tempos” – através do acordo MEC/USAID (Ministério da Educação e Cultura e United States Agency for International Development), em 1965, resultou na Reforma universitária reformando assim o currículo das faculdades de medicina e farmácia do país.

Com isso houveram mudanças que afetaram diretamente o conceito de saúde no Brasil tais como: a descaracterização do profissional farmacêutico como profissional do medicamento; a distorção do currículo do farmacêutico para ênfase industrial e a supressão da disciplina de terapêutica do currículo médico.

Estas mudanças adaptaram o conceito saúde e doença, de modo, que a importância estivesse voltada para os remédios e não para a doença em si. Com isso a proliferação de farmácias no Brasil aumentou significativamente, são 50 mil farmácias, ou seja, 3.000 habitantes por farmácia mais que o dobro estipulado pela OMS – Organização Mundial da Saúde.

A questão bio-psiquo-social do processo de saúde e doença ficou reduzida a questão científica, do corpo/máquina que quando apresenta doenças é pré-diagnosticado, tendo como “cura” a ingestão de alguns remédios, que por mais paradoxal que seja podem agravar a doença e até mesmo levar a pessoa ao óbito.

A iatrogenia endossada pelos remédios anódinos passam a constituir uma das principais causas de mortes por medicamentos.

As rápidas e profundas transformações econômicas ocorridas no Brasil, levaram o país à mudanças profundas tais como: o êxodo rural, as relações de trabalho, a adaptação a rotina incessante dos trabalhos, a explosão da densidade demográfica, a conurbação intensa...essas mudanças colaboraram com o paradigma vigente sobre a questão saúde e doença e o ataque aos sintomas tornou-se um fetiche, pois, é uma solução rápida e instantânea de atender os problemas de saúde.

2 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E A CONFIGURAÇÃO DA PROFISSÃO

2.1 Os agentes comunitários de saúde e a configuração da profissão destes trabalhadores no Brasil

A atenção primária à saúde através dos agentes comunitários de saúde tem trazido para medicina uma concepção mais humanizada em relação ao processo de saúde e doença. Porém, muito se esconde por de trás desta profissão. A questão política sobre a manipulação desses cargos parece-nos um ponto importante para análise, pois a forma de contratação desse profissional em muitos município e feita por contratação o que facilita a coação por parte dos empregadores, no caso os políticos e a utilização destes cargos para “barganharem” favores ou votos. Outro ponto fundamental que implica na fragilização do importante trabalho destes profissionais é a formação, objeto de análise da presente pesquisa.

Estando, esses profissionais de saúde em contato direto com a população os mesmos tornam-se valiosos como mediadores entre o sistema de saúde e a população. Com isso muitos dos entraves que assolam a camada pobre das periferias, tal como: a iatrogenia, as más condições de habitação e do meio ambiente, que culminam entre outros fatores nas doenças respiratórias, nas doenças infecciosas e parasitárias (DIP), nas más condições de nutrição, no quase inexistente saneamento básico... podem ser amenizadas através da ação direcionada de uma formação sólida para estes profissionais.

O descontrole a esse processo modernizador fragiliza a saúde da sociedade, como afirma os professores Victor Valla e Eduardo Navarro (1989, p.34):

Epidemias como a leptospirose estão relacionadas ao aumento dos locais de proliferação de vetores (como o aterro sanitário de lixo que existe em Duque de Caxias, onde a proporção é de 4 ratos para cada habitante), à situação sanitária precária nos abrigos e à quebra de programas de rotina. Por outro lado, os problemas de saúde relacionados às calamidades incluem maior significado das doenças crônico-degenerativas na morbi-mortalidade relacionada a estas situações.

A “vigilância epidemiológica” torna-se uma ação valiosa para a diminuição de casos de risco à saúde, doravante, os agentes comunitários de saúde além de bem formados para “vigiar” também devem buscar guarida na população local no sentido de a mesma conseguir além de prevenir atuar como combatentes dessas doenças.

Apesar do importante papel do agente comunitário de saúde para promover, proteger e recuperar a saúde das famílias atendidas por eles nas comunidades o Estado além de não valoriza-los e qualifica-los continuamente, sob a égide de uma profilaxia, de baixo custo, desvaloriza e pormenoriza o importante papel desses profissionais.

Os Centros de Saúde e os Postos de Atendimento à Saúde têm como axioma substancial e prevalente o combate dos “agentes patológicos” e não com os indivíduos. Com isso, os próprios indivíduos objetivamente e subjetivamente não se vêem como principais atores do processo saúde e doença, como afirma Eduardo Navarro Stotz (1994, p.93):

O Centro de Saúde, por ser responsável pela saúde da população de determinadas áreas, deve buscar conhecer as características dessa população, ou seja, como vive, como trabalha, de que adoece, de que morre, a fim de poder formular um diagnóstico mais preciso das suas reais necessidades e, dessa forma, atendê-la.
Atualmente, a maioria dos Centros de Saúde atendem o que se chama de ‘demanda passivas’, isto é, a população que se apresenta diariamente de uma forma espontânea ao serviço.
Setores das classes populares atingidos por males como desnutrição ou hanseníase podem nunca aparecer num Centro de Saúde justamente por causa das próprias condições de vida, tais como distância longas a percorrer ou vergonha.

Nas colocações supracitadas Eduardo Navarro aponta questões fundamentais que merecem ênfase. Mesmo escrito a mais de dez anos as considerações do professor parecem atemporais, pois até hoje, infelizmente, não se modificou como gostaríamos, o processo saúde e doença no Brasil. Em alguns caso até piorou. O investimento em programas de atenção à saúde são irrisórios, frente às necessidades vigentes. As notificações instrumento valioso para o combate e a cura das doenças “corriqueiras” nas comunidades não recebem a atenção devida por muitos agente comunitário de saúde, por isso as notificações de casos de doenças nas comunidades não passam de formalidades, sem retorno á prática médica.

2.2 Duque de Caxias: dados da saúde do município

A escolha do município de Duque de Caxias para servir de campo de pesquisa foi baseada nos dados sobre saúde, economia, população e política deste município. O Produto Interno Bruto – PIB (total de riqueza que a cidade produz) é o segundo maior do estado e o 15º do país, passando da casa de R\$ 20,2 bilhões, impulsionado pela indústria petroquímica e pelo parque industrial. Entretanto, segundo o IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - (orgão ligado ao governo federal), a renda per capita, ou seja, a renda por

habitante é de R\$ 226,14 e a perspectiva de vida chega a 67,49 anos. O Índice de Desenvolvimento Humano – IDH é de 0,753, o 52º do estado do rio de janeiro e 1.796º no Brasil. O orçamento anual passa dos R\$ 820 milhões e o analfabetismo é de 11,29%.

Percebemos, ainda, conforme estas contradições um política em saúde muito aquém da desejada, para a população deste município. Segundo o IBGE a população estimada de Duque de Caxias é de:

Tabela 1 - Tabela da população residente por faixa etária e sexo, 2009

População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2009			
Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	6.505	6.226	12.731
1 a 4	29.760	28.628	58.388
5 a 9	41.271	40.307	81.578
10 a 14	38.589	38.125	76.714
15 a 19	36.985	36.418	73.403
20 a 29	73.159	76.013	149.172
30 a 39	64.684	70.155	134.839
40 a 49	54.958	62.225	117.183
50 a 59	39.724	46.692	86.416
60 a 69	20.956	25.810	46.766
70 a 79	10.452	14.895	25.347
80 e +	3.721	6.504	10.225
Ignorada	-	-	-
Total	420.764	451.998	872.762

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

Este dado é sumariamente importante, pois, se percebe que o município de Duque de Caxias não é grande somente no tamanho geográfico mais também em nível populacional. As políticas de saúde, ainda precárias devem ser priorizadas para que essa população eleve seu nível de qualidade de vida.

Percebe-se que mesmo com um dos maiores PIB do estado do Rio de Janeiro o município de Duque de Caxias está muito aquém de elevar seu Índice de Desenvolvimento Humano.

No que tange à instalação sanitária 44,70% da população fica à margem deste serviço este dado é alarmante para os indicadores de saúde, pelo fato da facilidade de se contrair doenças devida a falta de saneamento básico. No último quadro percebe-se que 11,40% da população não tem coleta de lixo o que aumenta o índice de insalubridade nestas localidades

aumentando assim o nível de vulnerabilidades das pessoas que habitam esta localidade à variados tipos de doenças.

Tabela 2 - Tabela com dados referentes ao número de unidades por tipo de prestador segundo tipo de estabelecimento

Número de unidades por tipo de prestador segundo tipo de estabelecimento					
Dez/2007					
Tipo de estabelecimento	Público	Filantropico	Privado	Sindicato	Total
Centro de parto normal	-	-	-	-	-
Centro de saude/unidade básica de saude	33	1	-	-	34
Central de regulação de serviços de saude	1	-	-	-	1
Clinica especializada/ambulatorio especializado	7	3	77	-	87
Consultório isolado	-	-	165	-	165
Cooperativa	-	-	-	-	-
Farmácia	-	-	-	-	-
Hospital especializado	2	-	8	-	10
Hospital geral	2	1	7	-	10
Hospital dia	1	-	-	-	1
Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN	-	-	-	-	-
Policlínica	2	2	7	-	11
Posto de saude	61	-	-	-	61
Pronto socorro especializado	-	-	-	-	-
Pronto socorro geral	6	-	-	-	6
Secretaria de saude	1	-	-	-	1
Unidade autorizadora	-	-	-	-	-
Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia	-	1	37	-	38
Unidade de saude da família	-	-	-	-	-
Unidade de vigilancia em saude	1	-	-	-	1
Unidade de vigilancia epidemiologia (antigo)	-	-	-	-	-
Unidade de vigilancia sanitaria (antigo)	-	-	-	-	-
Unidade mista	-	-	-	-	-

Unidade móvel de nível pré-hosp-urgência/emergênci	-	-	-	-	-
Unidade móvel fluvial	-	-	-	-	-
Unidade móvel terrestre	2	-	-	-	2
Pronto socorro de hospital geral (antigo)	-	-	-	-	-
Pronto socorro traumato-ortopédico (antigo)	-	-	-	-	-
Tipo de estabelecimento não informado	-	-	-	-	-
Total	119	8	301	-	428

Fonte: CNES

Nota: Número total de estabelecimentos, prestando ou não serviços ao SUS

Na tabela acima observamos que o número de unidades de saúde do setor privado é quase o triplo do setor público, porém podemos observar que as unidades de atendimento especializado são do setor privado. Estes indicadores denotam a privatização exarcebada da saúde no município.

Tabela 3 - Tabela de recursos humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas Dez/2007

Município: Duque de Caxias - RJ

Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas Dez/2007					
Categoria	Total	Atende ao SUS	Não atende ao SUS	Prof/1.000 hab	Prof SUS/1.000 hab
Médicos	2.433	1.631	802	2,8	1,9
.. Anestesiata	55	43	12	0,1	0,0
.. Cirurgião Geral	76	52	24	0,1	0,1
.. Clínico Geral	431	319	112	0,5	0,4
.. Gineco Obstetra	302	206	96	0,3	0,2
.. Médico de Família	90	90	-	0,1	0,1
.. Pediatra	473	395	78	0,5	0,5
.. Psiquiatra	49	43	6	0,1	0,0
.. Radiologista				0,1	

	84	45	39		0,1
Cirurgião dentista	214	148	66	0,2	0,2
Enfermeiro	366	346	20	0,4	0,4
Fisioterapeuta	134	106	28	0,2	0,1
Fonoaudiólogo	86	59	27	0,1	0,1
Nutricionista	77	71	6	0,1	0,1
Farmacêutico	70	62	8	0,1	0,1
Assistente social	92	88	4	0,1	0,1
Psicólogo	76	72	4	0,1	0,1
Auxiliar de Enfermagem	506	477	29	0,6	0,6
Técnico de Enfermagem	812	629	183	0,9	0,7

Fonte: CNES

Nota: Se um profissional tiver vínculo com mais de um estabelecimento, ele será contado tantas vezes quantos vínculos houver.

A tabela acima demonstra o quantitativo de profissional da saúde no município. O número de médico relativamente baixo, um dado interessante desta tabela é em relação ao Agente Comunitário de Saúde, que não aparece nesta tabela. Mesmo reconhecido como profissional da saúde estes trabalhadores não estão contidos na tabela acima o que deixa claro o descaso não só com os profissionais, mas como com a função/atribuição dos mesmos. Todavia, constata-se que há 1,9 médicos para cada 1000 habitantes atendidos pelo SUS, destarte o acompanhamento domiciliar destes 1000 habitantes deve ser muito bem executado para que essa população seja bem atendida pelo Sistema, sendo assim é vital para o funcionamento do SUS o acompanhamento da Equipe da Família, em especial dos Agentes Comunitários de Saúde. A luta pela categoria para ser reconhecida é permanente, porém os gestores vencem a maioria das batalhas para o não reconhecimento da categoria.

Tabela 4 - Tabela de indicadores da Atenção Básica

Ano	Modelo de Atenção	Indicadores da Atenção Básica									
		População coberta (1)	% população coberta pelo programa	Média mensal de visitas por família (2)	% de crianças c/ esq. vacinal básico em dia (2)	% de crianças c/aleit. materno exclusivo (2)	% de cobertura de consultas de pré-natal (2)	Taxa mortalidade infantil por diarreia (3)	Prevalência de desnutrição (4)	Taxa hospitalização por pneumonia (5)	Taxa hospitalização por desidratação (5)
2002	PACS										
	PSF	22.755	2,9	0,08	93,2	75,4	90,3	-	3,2	23,0	5,9
	Outros	93.614	11,7	0,08	95,2	64,7	91,1	-	2,6	13,4	2,1
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	116.369	14,6	0,08	94,9	66,3	91,0	-	2,7	15,0	2,8
2003	PACS										
	PSF	21.350	2,6	0,08	93,5	70,0	87,5	-	6,1	13,9	4,4
	Outros	96.194	11,9	0,08	96,2	71,5	93,2	0,7	3,2	17,8	1,4
	Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	117.544	14,5	0,08	95,8	71,2	92,3	0,5	3,7	17,2	1,8
2004	PACS										
	PSF	18.058	2,2	0,09	95,3	71,1	84,9	-	3,5	15,9	0,9
		98.399	12,0	0,08	96,2	73,7	94,5	0,7	3,1	15,3	2,4

2005	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	116.457	14,2	0,08	96,0	73,3	93,3	0,6	3,2	15,4	2,2
	PACS	6.695	0,8	0,08	96,1	78,0	89,0	-	3,1	283,8	81,1
	PSF	103.087	12,2	0,08	97,3	73,8	94,5	-	2,3	79,6	12,9
	Total	109.782	13,0	0,08	97,2	74,4	93,8	-	2,4	86,8	15,3
2006	PACS	7.952	0,9	-	-	-	-	-	-	-	-
	PSF	201.362	23,6	0,09	97,5	74,2	93,7	-	2,1	14,3	2,0
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	209.314	24,5	0,09	97,5	74,2	93,7	-	2,1	13,7	1,9
	2007	PACS	17.459	2,0	0,08	98,9	77,9	93,2	-	1,7	-
PSF	223.406	25,8	0,09	98,8	76,7	95,0	4,0	1,3	13,6	1,8	
Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	240.865	27,8	0,09	98,8	76,7	95,0	4,0	1,3	12,5	1,6	

Fonte: SIAB

Notas:

(1): Situação no final do ano

(2): Como numeradores e denominadores, foi utilizada a média mensal dos mesmos.

(3): por 1.000 nascidos vivos

(4): em menores de 2 anos, por 100

(5): em menores de 5 anos, por 1000; menores de 5 anos na situação do final do ano

O Programa de Agentes Comunitário de Saúde atendeu em 2007 no município de Duque de Caxias a 17.459 pessoas, ou seja, apenas 2% da população do município estes números deixam clara a ineficácia do governo de Duque de Caxias em disseminar o PACS no município.

Tabela 5 - Tabela de dados e indicadores da saúde pública de Duque de Caxias

Dados e Indicadores	2007
Despesa total com saúde por habitante (R\$)	249,45
Despesa com recursos próprios por habitante	151,31
Transferências SUS por habitante	94,14
% despesa com pessoal/despesa total	49,1
% despesa com investimentos/despesa total	10,3
% transferências SUS/despesa total com saúde	37,7
% de recursos próprios aplicados em saúde (EC 29)	22,2
% despesa com serv. terceiros - pessoa jurídica /despesa total	30,5
Despesa total com saúde	210.210.381,67
Despesa com recursos próprios	127.503.589,73
Receita de impostos e transferências constitucionais legais	573.728.212,45
Transferências SUS	79.330.445,98
Despesa com pessoal	103.173.112,30

Fonte: SIOPS

2.3 Agentes Comunitários de Saúde: do conhecimento empírico à formação técnica.

Em meados da década de 60 do século XX, com a finalidade atender a uma necessidade econômica o governo brasileiro passou a combater as endemias e priorizar a política sanitária de populações locais para diminuir a morte e os excessivos índices de doenças às pessoas que serviam de mão-de-obra em regiões de extração de borracha e minério de ferro. A expansão do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS Nordeste, para outras regiões brasileiras se deu de forma ampla com isso o mesmo tornou-se o Projeto DEVALE – Projeto de Expansão de Serviços Básicos de Saúde e Saneamento em Área Rural, Vale do Ribeira. O Programa contava com os Agentes de Saúde profissionais que davam orientações às comunidades para melhorar o nível de saúde da

população local. A questão da participação comunitária era latente, uma vez que estes profissionais eram selecionados na suas próprias comunidades. Além disso, os Agentes de Saúde eram responsáveis por uma gama de serviços comunitários e de atenção individual.

A importância dos Agentes de Saúde para a melhoria da saúde coletiva tornou-os fundamentais para o Sistema Brasileiro de Saúde. Em 1992, o Ministério da Saúde criou em âmbito nacional o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O PACS inicialmente focava o apoio à organização da atenção básica de saúde nos municípios com ênfase nas gestantes e nas crianças. Limitado a região Nordeste, posteriormente, com a entrada da cólera no Brasil, o PACS passou a atender a região Norte, com o trabalho voltado para o controle e prevenção de doenças.

No que concerne à formação os Agentes de Saúde do Programa PIASS Nordeste eram treinados no serviço de saúde para atividades de mobilização social. No projeto DEVALE, na fase da expansão nacional do PIASS o Agente de Saúde recebia uma formação, todavia, ainda voltada para o “treinamento” para a prática. Como afirma Morosini, Corbo e Guimarães (2007, p. 264):

Nessa época, já se encontravam, entre outros, os seguintes critérios de seleção: saber ler e escrever, se maior de idade, ter boa vontade, ter tempo. Pode-mos encontrar, no projeto DEVALE, a descrição de preocupações quanto ao treinamento dos agentes de saúde, entre elas, a necessidade de os instrutores respeitarem as características de cada região, o desejo de que o processo de capacitação dos agentes não se afastasse de seu grupo social de origem e a indicação de que o treinamento inicial de somente dois meses deveria ter etapas posteriores garantidas, ao longo da prática das comunidades.

Em 1994 foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), os agentes comunitários de saúde passaram a integrar a equipe da família que é composta no mínimo por ACS, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e o médico. Este programa vai ao encontro dos princípios da saúde coletiva, no tocante, em que o mesmo coloca a saúde comunitária como foco, minimizando a visão médica curativa que vigora até hoje. A questão da formação dos ACS, uma vez integrados ao PSF avançou. Os ACS recebiam uma capacitação dos enfermeiros nos Postos de Saúde da Família. Porém, ainda faltava muito para que os ACS recebessem uma formação mais consistente e certificada. Em 2004 foi aprovada em parecer do Conselho Nacional de Educação: CNE/CEB nº 19/2004, com a proposta de habilitação técnica dos ACS com carga horária mínima de 1.200 horas. Outro importante passo para a formação dos ACS foi dado quando em 2002 a profissão do Agente Comunitário de Saúde foi criada legalmente através da Lei 10.507. Além de legalizar a profissão do ACS a referida lei avançou na questão

da formação deste trabalhador, pois como afirma Morosini, Corbo e Guimarães (2007, p. 270):

A lei 10.507 instituiu a profissão de ACS. Sobre essa lei, é necessário destacar que, além de reiterar que os agentes deveriam morar na comunidade em que atuam, como já preconizava o PSF, ela determinou que esses trabalhadores deveriam ter o ensino fundamental completo – executando-se os que já exerciam essa ocupação antes daquela data – deveriam também concluir um curso de qualificação básica. Além disso, delegou ao Ministério da Saúde a responsabilidade pela definição do conteúdo programático desse curso.

Em 2004 foi dado um importante passo, no que concerne, à formação dos ACS's, os Ministérios da Educação e da Saúde construíram o *Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde*. Esta iniciativa foi importante, pois a Lei 10.507/2002, recomenda, tão somente, a qualificação básica:

Art. 3º O Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da profissão:
II - haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde; (BRASIL, 2002)

Ao serem pressionados pelos diferentes setores da saúde e da sociedade civil organizada que a formação inicial estaria aquém da formação necessária que os ACS's deveriam receber os ministérios da saúde e educação prepararam o *Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde*. Houve uma intensa “batalha” entre governo, sociedade civil organizada e setores da saúde para a construção deste referencial.

A execução do curso de formação técnica dos ACS fica a cargo, principalmente, das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) ao todo são 38 unidades em todo o país e dos centros Formadores de Recursos Humanos em Saúde (CEFOR).

3 A FORMAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS-RJ: TRABALHO DE CAMPO E RESULTADOS

O objeto pesquisado foi a formação dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS do município de Duque de Caxias-RJ. Nossa análise será focada na inferência desta formação para o próprio ACS, ou seja, de que maneira o ACS acredita que a formação recebida pela Secretaria Municipal de Saúde colabora (ou não) para a melhoria da execução das atribuições do mesmo. Será analisada qual o tipo de formação recebida pelo ACS, qual a periodicidade, qual os conteúdos, qual a forma de acompanhamento e avaliação e qual a avaliação do ACS desta formação recebida. Além destes dados será analisada a composição da equipe do Posto de Saúde da Família pesquisado, assim como, a formação dos integrantes da equipe e dos ACS. Haverá coleta de dados na Secretaria de Saúde referente à Estratégia de Saúde da Família para que se possa ter uma análise global da ESF no município e como o ACS está integrado na mesma, levando em consideração as condições de trabalho e de remuneração dos ACS, visto que, com este dado pode-se perceber se há (ou não) a sobreposição e ou acumulação de atribuições de funções dos ACS e se os mesmos são valorizados condignamente pela Secretaria Municipal de Saúde.

A pesquisa realizada será majoritariamente qualitativa, porém alguns dados serão apresentados em forma quantitativa, sendo assim, esta pesquisa será quali-quantitativa. Como coloca Minayo (2004, p. 11):

Frente a problemática da quantidade e da qualidade a dialética assume que a qualidade dos fatos e das relações sociais são suas propriedades inerentes, e que quantidade e qualidade são inseparáveis e interdependentes, ensejando-se assim a dissolução das dicotomias quantitativo/qualitativo, macro/micro, interioridade e exterioridade com que se debatem as diversas correntes sociológicas.

A pesquisa será majoritariamente qualitativa, pois o método quantitativo pode não contemplar a relevância da subjetividade “sobre o universo das significações representativas da natureza qualitativa”. (MINAYO, 2004, P. 27).

A dialética como método de abordagem percebe e entende o real através de seu processo histórico que é dinâmico e transformado a todo tempo. Não há realidade estática, cujas interações sociais ocorrem através de regras, leis causais, ou seja, planejada e executada sem erros e sem improvisos. Destarte a análise de pesquisa perceberá a realidade como

provisória, dinâmica e transformada a todo instante através das interações do indivíduo consigo mesmo, com o outro e com o meio.

Como técnica de pesquisa será utilizada o grupo focal, pois se trata de uma técnica convêniente e adequada, já que se atingirá um número maior de pessoas ao mesmo tempo, sendo assim, agilizará o processo de pesquisa. Como destaca Westphal, Bógus e Faria (1996, p. 472):

O grupo focal é uma técnica de pesquisa que permite a obtenção de dados de natureza qualitativa a partir de sessões grupais em que 6 a 15 pessoas que compartilham um traço comum (por exemplo, sexo, idade, ocupação, papel que representam na comunidade) discutem vários aspectos de um tema específico... O interesse inicial por entrevistas em grupo advém da facilidade de obter dados com um certo nível de profundidade em um período curto de tempo. Por isto, inclui-se atualmente entre as técnicas de abordagem rápida utilizadas por epidemiologistas e educadores em saúde.

Devido sua natureza qualitativa a técnica será utilizada para obter, não somente, informações e dados, como também, percepções, conceitos, opiniões, expectativas... Com isso a qualidade da pesquisa ficará resguardada por uma técnica que abrange as mais diversas formas de linguagem percebidas.

Será dada voz a coletividade para que as questões que possivelmente não poderiam ser extraídas através de outras técnicas de pesquisa possam aparecer e enriquecer a análise do momento de sessão grupal.

Para tanto serão formados dois grupos focais no PSF que servirá de campo de pesquisa, como afirma Westphal, Bógus e Farias (1996, p. 473):

Apesar da composição de um grupo específico ser usualmente homogênea, o delineamento do estudo geralmente prevê que os dados sejam obtidos de mais de um grupo com características deferentes a fim de permitir a identificação e a compreensão de diferenças de percepção.

A exploração do campo de pesquisa se constituiu em visitas nos espaços da pesquisa são eles: Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias, Centro Ampliado e Avançado de Saúde da Família – Jardim Gramacho, (MUB) Federação Municipal das Associações de Bairro de Duque de Caxias, SINDSPREV-RJ e no Posto de Saúde da Família do bairro Vila São Luis em Duque de Caxias. Os grupos entrevistados serão respectivamente: o Coordenador dos Postos de Saúde da Família, os Agentes Comunitários de Saúde e o representante do MUB a representante do SINSPREV e a representante do Conselho Municipal de Saúde de Duque de Caxias e do Conselho Estadual do RJ. Para a inserção na Secretaria de Saúde e nos PSF será encaminhado um ofício ao Secretário Municipal de Saúde solicitando a autorização para a execução da pesquisa. Já no MUB e no SINDSPREV-RJ será

uma visita pré-agendada, uma vez, que o MUB não exigiu nenhum documento para a inserção na instituição.

Os grupos e pessoas escolhidas para a realização da pesquisa se farão relevantes, pois os mesmos estarão diretamente ligados aos ACS. Nossa amostragem serão os ACS, pois se percebe que os mesmos terão os instrumentos objetivos e subjetivos para avaliarem a formação que recebem. A pesquisa entrevistará 17 ACS, um técnico da Secretaria de Saúde e um integrante do MUB – representante do MUB, uma representante do SINDSPREV-RJ e uma representante do Conselho Municipal de Saúde e do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

3.1 A pesquisa de campo

Durante os dois anos de pesquisa foram feitas visitas na Secretaria de Saúde de Duque de Caxias com a finalidade de que fosse autorizada a pesquisa nos Postos de Saúde da Família, além de conseguir dados referentes à saúde da família no município e do Programa Agente Comunitário de Saúde. Estes dados referem-se a quantitativo de ACS, a formação recebida pelos ACS e a formação que os capacitadores dos ACS recebem.

Depois de quase um ano do pedido de pesquisa nos PSF o secretário de saúde autorizou. Como primeiro movimento foi feita uma reunião entre mim e o Coordenador dos Postos de Saúde da Família, esta reunião não foi gravada. Nesta conversa o Coordenador dos PSF sugeriu que a pesquisa fosse realizada no Centro Ampliado e Avançado de Saúde da Família localizado no Jardim Gramacho. Ele sugeriu este Centro, pois lá comporta cinco Postos de Saúde da Família e cada um com uma equipe de saúde da família. Aceitei prontamente, pois além do quantitativo este bairro é conhecido pela população como um bairro de forte desigualdades sociais, lá encontra-se o maior aterro sanitário da América Latina, conhecido popularmente como “lixão”. Lá é recebido, por dia, mais de 7 mil toneladas de lixo provenientes de mais dois municípios da Baixada Fluminense e também da cidade do Rio de Janeiro. Jardim Gramacho possui 20 mil habitantes e bolsões de miséria – 50% da população sobrevive de reciclagem. Sem saneamento básico, as pessoas moram em barracos de madeira e papelão e em palafitas. Em 2007 o aterro seria desativado, porém não foi isto provocou um saturamento do aterro sanitário. O Centro Ampliado e Avançado de Saúde da

Família – Jardim Gramacho conta com uma área de prevenção tratamento de hanseníase. Os catadores de lixo são os mais afetados pela doença.

Neste quadro se insere o agente comunitário de saúde um profissional essencial para a prevenção e o combate ao agravos e doenças. O papel deste profissional em locais como o Jardim Gramacho é fundamental, todavia, este profissional deve estar preparado tecnicamente e profissionalmente para executar suas atividades de tanta importância para a saúde coletiva.

O local onde o Centro Ampliado e Avançado de Saúde da Família se encontra é asfaltado, porém a maioria das ruas adjacentes não são isso desencadeia muita poeira, no próprio Centro as condições higiênicas são precárias devido ao excesso de poeira que adentra o espaço. O principal motivo de atendimento no Centro são orindas da poeira e das bactérias que a mesma carrega afetando assim as comunidades de jardim Gramacho. Na rua do Centro Ampliado e Avançado de Saúde da Família passa um carro da Prefeitura jogando água no chão para evitar que a “nuvem” de poeira adentre o Centro. Porém somente esta medida não atende às necessidades de higiene e saúde daquela população. Abaixo seguem fotos para que se possa perceber a gravidade da situação. Segundo a representante entrevistada do SINDSPREV-RJ: “Ali no Posto do PSF já é um local insalubre, já é um local extremamente contaminado, porque é o percurso dos carros de lixo, adentrando ali o posto pra lá e pra cá, ali é um local contaminado mesmo.” [S]

Depois da observação participante feita antes das entrevistas nos locais de pesquisa supracitados foram feitas as entrevistas – no sentido amplo e restrito – foram aplicados questionários semi-estruturados (combina perguntas fechadas – ou estruturadas – e abertas para que o entrevistado tenha a oportunidade de discorrer livremente sobre o tema proposto) para os ACS e para o Coordenador dos PSF da Secretaria de Saúde, já com os representantes do SINDSPREV-RJ, do MUB e do Conselho Municipal de Saúde foi feita uma entrevista aberta, ou seja, a entrevistada discorreu sobre o tema proposto livremente. O tema foi a formação dos ACS.

Figura 1 - Fotos do Centro Ampliado e Avançado de Saúde da Família – Jardim Gramacho em Duque de Caxias-RJ.

Foto I



Foto II



O Centro conta com cinco Postos de Saúde da Família que ficam em salas de aproximadamente 20 m² cada um, além disso há no Centro um auditório, uma sala de administração, uma recepção, salas para exames e uma farmácia.

As visitas iniciais serviram para o início da relação do pesquisador com os pesquisados, por este motivo nas primeiras visitas o foco foi analisar e registrar através de anotações, fotos e diário de campo todo o contexto de trabalho dos ACS no referido Centro. Nestas primeiras visitas ao Centro foram percebidas falas agressivas da população com relação ao atendimento recebido no mesmo. Todavia alguns usuários eram bem recebidos pelos ACS isto denotava a boa relação entre os ACS e a população. A questão colocada por alguns ACS era que quando faziam as visitas domiciliares e marcavam consultas para as famílias as mesmas chegavam nos hospitais e não conseguiam fazer os exames. Segundo os ACS o trabalho dos mesmos fica comprometido pela ausência de atendimento dos demais segmentos de saúde, ou seja, quando os ACS marcam uma consulta para o usuário e o mesmo não consegue ser atendido porque não tem o especialista para atendê-lo eles ficam frustrados e descredita no trabalho dos ACS. Esse fato é interessante, pois alguns ACS depositavam neste problema a descrença da população nos serviços dos mesmos.

Quando o grupo já estava acostumado com a presença de uma pessoa diferente da equipe e mais familiarizados comigo iniciei as entrevistas e o grupo focal para discutir a

formação dos mesmos. No mês do início das entrevistas e do grupo focal os ACS fizeram uma capacitação no Hospital Moacyr do Carmo. Os ACS gostaram da capacitação na avaliação feita através de pergunta, porém a maioria declarou que estas capacitações atrasavam a meta que eles têm de entregar todo final de mês com relação às visitas domiciliares. Percebemos na fala de muitos dos ACS que a capacitação atrapalha o cumprimento das metas estabelecidas pela Secretaria de Saúde tal como as visitas domiciliares. Nos diálogos durante os meses iniciais que classifico como “ambientação” ao local e aos ACS, assim como a equipe do Centro os ACS reclamavam em demasia do salário, e das condições de trabalho. Reclamavam que há três anos não há reajuste salarial e que não recebem uniforme há dois anos. Muitas ACS estão com a camisa furada e manchadas, além de encardidas. As ACS declararam que recebem R\$ 450,00 por mês.

No Centro há cinco PSF e cada um com cinco ACS o grupo é majoritariamente feminino, tem apenas um homem dos 25 ACS do Centro. Os 25 ACS atendem o bairro Jardim Gramacho.

Além da pesquisa feita com profissionais da Secretaria Municipal de Saúde e no Centro Ampliado e Avançado de Saúde da Família – Jardim Gramacho, também foram entrevistados representantes do Sindicato dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho e Previdência Social no Estado do Rio de Janeiro - SINDSPREV, da Federação das Associações de Moradores de Duque de Caxias chamada de MUB e representante do Conselho Municipal e Estadual de Saúde.

O SINDSPREV é o Sindicato dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho e Previdência Social no Estado do Rio de Janeiro, segundo seu Estatuto a finalidade do SINDPREV-RJ (2002, P.3) é:

Art. 2º - Constitui finalidade precípua, a defesa dos direitos e interesses decorrentes das relações de trabalho e emprego ou cargo, bem como qualquer relação de consumo da categoria dos trabalhadores e seus respectivos órgãos mencionados no artigo anterior e, ainda, da população em geral, quando houver ofensa a direito ou interesse à saúde, trabalho e previdência –Seguridade Social, protegidos pelo (Código de Defesa do Consumidor, Lei nº 8.078/90 e pela Lei de Ação Pública, Lei nº 7.347/85).Parágrafo único - O SINDSPREV/RJ presta assistência jurídica gratuita e a sua finalidade constitutiva é a defesa dos direitos e interesses referentes à relação de consumo e de emprego ou cargo de uma coletividade e de uma comunidade, protegidos pelo CDC e pela LACP, que devem ser beneficiados com a contagem em dobro dos seus prazos judiciais, com a gratuidade de justiça e com a isenção do pagamento dos honorários de sucumbência; ressalvados os casos de litigância de má-fé, nas ações coletivas em que esses direitos e interesses estiverem sendo reivindicados, tudo de acordo com o disposto no art. 87 da Lei nº 8.078/90 e Lei nº 1.060/50.

Art. 3º - A representação da categoria profissional abrange todos os trabalhadores das unidades de prestação de serviços de Saúde, Trabalho e Previdência Social, vinculados ao Governo Federal, Estadual e dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro, nas fundações e autarquias; inclusive os trabalhadores com vínculos privados (cooperativados, terceirizados, contratados, estagiários e outros que prestem serviços nas unidades públicas, ou em programas públicos) e em novos encargos ou sistemas que venham a ser criados ou

transformados por força de Reforma Administrativa em qualquer das três esferas de governo ou Mudanças na Legislação.

O SINDSPREV-RJ acompanhou a luta pelos direitos dos ACS, principalmente na constituição da Lei Federal 11.350/2006.

A representante do SINDSPREV-RJ entrevista foi a Diretora da Secretaria de Gênero, Raça e Etnia: Leny Claudino de Souza. O principal motivo para que a Leny fosse entrevistada foi por ela residir em Duque de Caxias e ser representante do SINDSPREV-RJ no município. Leny, ou Leninha como gosta de se chamada foi convidada a ser entrevistada para esta pesquisa e aceitou, o contato foi feito por telefone. A entrevista foi agendada a remarcada algumas vezes pelo fato da mesma estar concorrendo ao cargo de Deputada Estadual. A entrevista foi realizada na Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos de Duque de Caxias. Nesta entrevista Leninha falou sobre a luta do sindicato para criar e assegurar leis que beneficiam os profissionais da saúde.

Na luta pela saúde pública em Duque de Caxias dois movimentos se destacam pelas vitórias que vem alcançando no decorrer dos anos, um deles é o MUB – Movimento de União dos Bairro de Duque de Caxias, hoje chamado de Federação Municipal das Associações de Bairro de Duque de Caxias. O MUB vem durante anos representando o segmento da sociedade civil no Conselho Municipal de Saúde, além disto, é um Movimento histórico para as conquistas na área das políticas públicas no município, sendo assim, surgiu a necessidade de explorarmos este movimento no sentido de conhecê-lo para entender o papel do mesmo na luta pelas condições de melhora de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. O MUB surgiu em meados de 1980, como um movimento para congregar associações de moradores em Duque de Caxias. Inicialmente chamado de Movimento de União de Bairros - MUB, com a institucionalização do movimento, no ano de 1983, passou a se chamar Federação Municipal das Associações de Bairro de Duque de Caxias, mantendo, contudo o uso da sigla MUB, mais conhecida no movimento social. O MUB se localiza na Rua Coríntias, lote 3, quadra 8, em Pilar, em Duque de Caxias.

O MUB se destacava..., na luta pela saúde pública, reivindicação antiga do movimento, observando-se, assim, a participação de lideranças da entidade em reuniões com representantes do poder público local, para implementar o Conselho Comunitário de Saúde. (MONTEIRO, 2007, p. 24)

O MUB é uma instituição que tem resistido ao tempo e acompanhando a luta pela causa da saúde em Duque de Caxias desde 1982. Um dos representantes entrevistados do

MUB foi Sebastião Bernardino de Andrade conhecido como Tião. Tião militou de 1985 a 1991 no Conselho Comunitário de Saúde. De 1991 até 2008 foi membro do Conselho Municipal de Saúde de Duque de Caxias representando o Conselho Comunitário de Saúde. Acompanhou por várias Conferências Estaduais e Nacionais a discussão, o aprofundamento e o crescimento da política de saúde. Foi conselheiro estadual de saúde por dois mandatos e conselheiro estadual da criança e do adolescente por dois mandatos e está como conselheiro pela terceira vez do Conselho da Criança e do Adolescente do Estado do Rio de Janeiro.

Tião foi entrevistado na Igreja Santo Antônio, no Centro de Duque de Caxias, pois o mesmo é diácono nesta igreja.

Por último foi entrevistada a Sr^a Paulina Henriques Moutinho, mas conhecida como D. Paula conselheira do Conselho Municipal de Saúde de Duque de Caxias representando o MUB, conselheira do Conselho Estadual de Saúde representando a FAMERJ que é a Federação Estadual de Associação de Moradores do Estado do Rio de Janeiro e Presidenta da Associação de Moradores da Vila São Luis, bairro de Duque de Caxias.

D. Paula uma senhora que respira luta e militância social abriu as portas de sua casa, na Vila São Luis, para ser entrevistada.

O objetivo de entrevistar estes segmentos é de unir olhares distintos sobre a questão da formação dos Agentes Comunitários de Saúde e observar como eles se convergem ou divergem sobre o tema, para a partir daí avaliar como a formação dos ACS tem avançado ou retroagido na pauta de discussão dos Conselhos e dos mais diversos segmentos da sociedade civil e do governo, assim como dos próprios ACS.

3.2 As entrevistas e o grupo focal com os ACS e com técnicos da Secretaria Municipal de Saúde.

Foram feitas 17 entrevistas e formado um grupo focal com 5 ACS.

Figura 2 - Foto das Agentes Comunitárias de Saúde – Jardim Gramacho no momento da pesquisa.



O tema central foi a formação dos ACS.. Para identificar as falas usaremos as siglas [T] para técnicos da Secretaria Municipal de Saúde; [A] para os Agentes Comunitários de Saúde; [S] para a representante do SINDSPREV-RJ e [M] para os representantes do MUB. Para diferenciar os agentes e os técnico utilizaremos números exemplo: [T1], [T2]...[A1], [A2]... As falas serão transcritas conforme, foram faladas, para respeitar a fidedgnidade das mesmas.

Esta etapa inicia com algumas informações gerais e dados sobre a Estratégia da Saúde da Família e o Programa Agente Comunitário de Saúde em Duque de Caxais.

A SMS fica situada à Rua Dona Teresa nº 3 no Bairro Jardim Primavera, segundo distrito de Duque de Caxias.

Para que fosse iniciada a pesquisa na SMS foi necessário protocolar uma carta solicitando ao Secretário de Saúde autorização para executar a pesquisa nos órgãos da SMS, a autorização demorou alguns meses e os contatos foram feitos por e-mail entre mim e uma funcionária da SMS.

A etapa inicial da pesquisa era colher dados relativos à Estratégia Saúde da Família e do Programa Agente Comunitário de Saúde. Para tanto entrevistamos, através de um questionário estruturado o Chefe do Núcleo de Projetos de Desenvolvimento de Pessoal, responsável pelos Postos de Saúde da Família. Este funcionário já ocupa o cargo há mais de dois anos.

A entrevista abordou questões relativas à: formação dos ACS, PACS, ESF, dentre outras questões.

Segundo informações do funcionário o município conta com 484 ACS que atendem 48.425 famílias. A equipe dos Postos de Saúde da Família é composta por: Médicos, Enfermeiros, Cirurgiões Dentistas, Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Consultório Dentário, Agentes Comunitários de Saúde, além de apoio administrativo (auxiliares administrativos, vigias e auxiliares de serviços gerais).

Quando foi indagado com relação à escolaridade das ACS o funcionário respondeu que não tem este dado em seus arquivos.

Quando perguntado sobre quais os critérios de contratação dos ACS o funcionário respondeu que:

“Seguimos os critérios do Ministério da Saúde para seleção dos ACS (Port. 648/06): Seleção Pública Simplificada com aplicação de Teste escrito individual (entrevista) e entrevista coletiva. É seguida, criteriosamente, a classificação para convocação dos ACS. Além disso, são verificados os dados de residência, visto que é exigido que sejam moradores a pelo menos 2 anos na comunidade; a idade, no mínimo 18 anos e grau de escolaridade. Após selecionados, são convocados, dentro do número de vagas que necessitamos, no território. A forma de contratação ainda é através de contrato direto com a Prefeitura. A seleção não configura vínculo definitivo, ou seja, não é concurso público, nem pode ser, vistas as condições para atuação do profissional em área (região) específica, ser morador, etc.” [T]

A seguir serão apresentadas as entrevistas a partir de três eixos: as atribuições dos (as) ACS, os (as) ACS e o atendimento à população e a formação dos ACS. Os eixos servirão para que se perceba a influência da formação profissional dos (as) ACS na dinâmica de trabalho e nos resultados da mesma para a população atendida. Sendo assim, ficará claro o entendimento dos mais diversos segmentos os quais estão inseridos: governo, conselho municipal de saúde, conselho comunitário de saúde, movimento social, sindicato e trabalhadores da referida área. Esta pesquisa pretende analisar a questão da formação dos (as) ACS sob o prisma da multiplicidade de olhares, reconhecendo assim a participação de diversos segmentos sociais na luta pela melhora da qualidade da saúde coletiva no município de Duque de Caxias.

3.2.1 Eixo: as atribuições dos (as) ACS

Na primeira questão as ACS foram solicitadas a descrever as suas atribuições enquanto ACS. Para que fique clara as atribuições dos ACS será descritas, abaixo, segundo a Lei Federal nº 11.350 de 2006 são atribuições dos ACS:

Art. 3º O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

Parágrafo único. São consideradas atividades do Agente Comunitário de Saúde, na sua área de atuação:

I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

II - a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;

III - o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;

IV - o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

V - a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e

VI - a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.

Segundo as entrevistas e o questionário semi-estruturado as ACS descreveram as seguintes atribuições: fazer as Visitas Domiciliares, pesagem de crianças de 0 a 2 anos de idade; plantão uma vez por semana dentro do Centro Ampliado e Avançado de Saúde da Família – Jardim Gramacho; palestrar na comunidade; verificar o cartão de vacina; fazer as Visitas Domiciliares de colegas que estejam afastados ou de férias; marcar/agendar consultas; fazer prevenção e promoção da saúde; orientar quanto a vacinas; identificar agravos; cadastrar famílias e fazer Visita Domiciliar acompanhado de médico e enfermeiro à acamados e fazer busca ativa de abandono de tratamento sem acompanhamento de outro profissional.

Conforme a Lei 11.350 de 2006 podemos perceber que muitas das atribuições determinadas para os ACS não são cumpridas. Outras sim. Conforme uma das ACS entrevistada, são atribuições delas: “Fazer promoção, prevenção da saúde; orientar quanto as vacinas; o peso; ficar de plantão 1 vez por semana dentro da unidade; marcar dentista para os pacientes e consultas. Fazer busca ativa de abandono de tratamento sem acompanhamento de outro profissional”. [A1]

“Promover a saúde/atenção básica à comunidade, fazer Visita Domiciliar e pesagem da criança. Cumprir plantão dentro da unidade auxiliando o médico, a enfermeira e a odonto, fazer palestras, acompanhar o usuário às referências quando encaminhado”. [A2]

“Fazer visitas domiciliares, pesar crianças até 07 anos, fazer visitas domiciliares com enfermeiros e médicos à acamados, fazer espelho de vacina, visita de curativo à acamados, cadastrar famílias, atualizar fichas para marcar consultas de médicos, enfermeiros e dentistas, fazer cabeçarios de prontuários e envelopes de famílias e colocar as fichas em ordem nos arquivos”.[A3]

“Promover a saúde básica, prevenção de doenças, palestrar, marcar consulta, ficar de plantão para orientar e facilitar o médico, o enfermeiro e o odonto”.[A4]

“Cadastrar, mapear, orientar e visitar a população, identificar situações de vulnerabilidade, facilitar o acesso do paciente à saúde, entre outras coisas. Escutar ter “bom ouvido”, e ter muita paciência”.[A5]

“Ajudar a promover a saúde e a cidadania, pesar as crianças, fazer V.D. com médico, enfermeiro e dentista, fazer espelho de cartão de vacina, fazer V.D. do colega que está de férias ou de licença pelo INPS”.[A6]

Para a representante do SINDSPREV-RJ a Lei 11.350 representou um avanço no que concerne a definição das atribuições dos(as) ACS, além disso, a mesma expõe a luta do Sindicato para a conquista de direitos trabalhistas tal como, férias.

“...buscamos lá atrás a na Lei 11.350. O que é a Lei 11.350? É a lei que diz que os municípios devem fazer concurso público simples com prova de títulos para estes trabalhadores porque esse programa eu particularmente gosto muito deste programa que é um programa de prevenção, mas os governos não têm esse olhar por esse programa os governos marginalizam esse programa explora os trabalhadores quando eles não têm os direitos mínimos deles, as férias precisou uma briga pra gente conquistar os direitos de férias, então isso tudo faz com que agente vá avançando mais, perde ali ganha aqui, mas agente tá conseguindo fazer com que esse programa tenha vida...” [S]

O representante da Secretaria Municipal de Saúde encaminhou sua entrevista via correio eletrônico respondendo aos questionamentos elaborados pelo pesquisador. Uma das questões foi sobre as atribuições dos ACS o representante do governo encaminhou parte da Portaria Nº 648/Gm de 28 de Março de 2006, como resposta, sendo assim para ele são atribuições dos ACS:

SÃO ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

- II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
- III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
- V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
- VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;
- XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;
- XII - participar das atividades de educação permanente; e
- XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

SÃO ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS

Além das atribuições definidas, são atribuições mínimas específicas de cada categoria profissional, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais.

Do Agente Comunitário de Saúde:

I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;

IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;

VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e

VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

Nota: É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

Durante a pesquisa ao Centro Ampliado e Avançado de Saúde da Família – Jardim Gramacho ficou constatado que uma das ACS ficavam de plantão realizando atividades alheias as suas atribuições.

Há uma mistura de atribuições especificadas como genéricas e outras mais específicas, além de atribuições que fogem da competência dos ACS tal como: pesagem de crianças, plantão no Centro e cobrir as ausências de colegas nas Visitas Domiciliares.

As ACS foram indagadas sobre quais as funções que as mesmas exercem no trabalho e que elas consideram como estando fora das suas atribuições como ACS.

As respostas demonstram que as ACS reconhecem muitas das suas atribuições e sabem quando estão executando tarefas que não são de sua competência.

“Ficar de plantão, porque atrapalha minhas visitas domiciliares”.[A5]

“Ficar de plantão na unidade, entregar papéis relacionados a reuniões e palestras do Programa Bolsa-Família e fazer pesagem. Sendo que na unidade existe um CRAS”.[A3]

“Cumprir plantão dentro da unidade auxiliando outros profissionais (secretaria), fazer palestras obrigatoriamente na comunidade sem recurso”.[A2]

“Plantão na unidade, fazer palestras na comunidade sem o enfermeiro, o médico ou o técnico, só com a cara e a coragem, sem recurso algum de material, se nós como ACS não providenciar”. [A7]

Podemos perceber que há uma dissonância entre as atribuições colocadas pelas ACS e pelo governo municipal, dentre outros motivos percebe-se que este é um problema oriundo de outros tais como: precarização do vínculo de trabalho dos ACS falta conhecimento por parte dos ACS acerca daquilo que corresponde a sua função e aquilo que não corresponde à prática profissional dos mesmos. Aponta-se neste eixo uma relação intrínseca no que concerne formação técnica profissional com as atribuições dos ACS na comunidade. Percebe-se que muitos gestores utilizam artigos e Leis quando para beneficiá-los ou isentá-los de alguns equívocos ou culpa, logo a Portaria Nº 1.886, de 18 de Dezembro de 1997 do Ministério da Saúde diz que: “8.6. É vedado ao ACS desenvolver atividades típicas do serviço interno das unidades básicas de saúde de sua referência.” Conforme as entrevistadas [A1] e [A2] as mesmas fazem plantão 1 vez na semana para auxiliar a equipe técnica de atendimento no Posto de Saúde.

Os ACS foram quase que unânimes em colocar o plantão na unidade como atribuição que não lhe pertence. O plantão atrapalha as visitas domiciliares, ou seja, o cumprimento da meta estipulada pela Secretaria de Saúde.

3.2.2 Eixo: os (as) ACS e o atendimento à população

A próxima pergunta foi referente à satisfação da população, do ponto de vista dos ACS, com os serviços prestados pelos mesmos. Este questionamento serve para que possamos detectar críticas da população com relação às atribuições das ACS. Segundo os ACS:

“Sim. Através deste trabalho o paciente fez operação de câncer, outra desistiu de abortar e outra saiu da depressão”. [A8]

“Sim, faço por eles o que posso, apesar da comunidade não entender que PSF não é Posto de Emergência”. [A9]

“Sim, ainda tem famílias que precisam aprender que PSF é prevenção e não um Posto de Emergência”. [A3]

As respostas acima demonstram de certa forma que a população não conhece bem o que seja Atenção Básica à Saúde, isto pode denotar certa incapacidade dos próprios ACS de entenderem o significado da ABS e de transmitirem isto a população adscrita.

Com a finalidade de entender para onde se dirigem as críticas e os elogios da população aos serviços prestados pelos ACS os mesmos foram indagados a falarem sobre as principais críticas e os principais pontos positivos que a comunidade expõe sobre o trabalho dos ACS.

As principais críticas foram:

“Quando a agenda do médico fica difícil para poder agendar, quando o médico falta e a pessoa marcada tem que entrar na fila novamente para ser agendada, quando o dentista diz que atende sendo que os pacientes estão na fila a mais de 1 ano esperando pelo atendimento”. [A3]

“Acham que passo pouco na rua, acham que nós deveríamos mais de uma vez por mês”. [A5]

“Eles gostariam que os medicamentos fossem dados em casa. O aumento do nosso salário e a nossa efetivação e que pudéssemos verificar a pressão”. [A10]

“Eu faço um trabalho na rua de orientação, quando chega à unidade nada do que eu falo é posto em prática pelo profissional”. [A4]

“Não ter um suporte um local específico para os nossos usuários serem atendidos quando não temos a especialidade na nossa unidade”. [A7]

“Não ter um local de referência para os clientes do PSF as grandes unidades de referência às vezes o profissional que está na ponta não consegue identificar o trabalho do PSF”. [A2]

Muitas ACS relataram que a falta de uma referência para atender os encaminhamentos feitos pelas mesmas é uma das principais críticas da população com relação ao seu trabalho. As poucas visitas também foram apontadas como uma crítica da população com relação ao trabalho das ACS. Esta crítica está relacionada ao cumprimento das metas que a Secretaria de Saúde tem ao cobrar as visitas das ACS. A entrevistada [A10] apontou a questão do aumento salarial como uma crítica da população com relação ao trabalho dela, todavia, percebe-se que esta declaração é uma forma de desabafo, pois, a grande maioria das ACS criticou os salários e a falta de uniformes para trabalharem.

“... o Programa ele foi criado de uma forma bem ruim a nível trabalhista e acaba que na sua maioria são mulheres e chefes de famílias. Eu acabo vendo que elas não conseguem perceber que a formação está acima da questão econômica por mais que agente discuta as

“pessoas que estão mais envolvidas conosco. Mas no seu eu ainda tá muito vigente a questão financeira.” [S]

A representante do SINDSPREV-RJ enfatiza a relevância por muitas das ACS da questão salarial pela questão de formação. Com isso as ACS acabam trabalhando desmotivadas e não oferecendo à população o atendimento que poderiam oferecer. A precarização da condição trabalhista é um dos fatores de maior preocupação para as ACS.

A seguir as ACS foram indagadas dos pontos positivos que a comunidade reconhece no trabalho das mesmas.

“O bom acolhimento, pois estamos sempre prontos para ouvir e atender, seja qual for a hora e até mesmo fora do nosso horário de trabalho, pois somos moradores da comunidade”. [A9]

“É que algumas famílias descobriram várias doenças, estamos conseguindo conscientizar as pessoas que para ter uma consulta não precisa sentir dor e sim começar por exames de rotina, nas palestras que realizamos quanto à higiene, sedentarismo, hipertensão, diabetes, tabagismo, hanseníase, os pacientes aderem o que nós ACS, ou melhor, o PSF ensina, transmitimos também para os pacientes os seus direitos e deveres, principalmente, quanto à documentação”. [A3]

“Bom acolhimento, pois estamos prontos para servir e ouvir a todo o momento, até no supermercado, igrejas... Fora do horário de trabalho”. [A12]

“Eles gostam da V. D. gostam das orientações, principalmente, quando se transmite algo de novo em relação à saúde, ou outra coisa de conhecimento do bairro”. [A5]

“A divulgação das doenças, nossa ida imediata a casa do paciente quando solicita, o carinho, a compreensão e a dedicação”. [A10]

“Os pontos positivos e que eu levo as consultas agendadas para as pessoas, oriento sobre a importância da pessoa voltar a estudar, de fazer um planejamento familiar, sirvo também como psicólogo, pois as pessoas muitas das vezes me perguntam sobre as coisas e eu tento ajudá-las naquilo que está ao meu alcance.” [A7]

Os ACS apontaram o atendimento como um ponto positivo na avaliação dos mesmos pela população. O papel educativo do ACS está presente em quase todas as falas, pois podemos perceber na falas deles que as orientações têm um papel fundamental no processo de trabalho.

Na fala da ACS [A3] percebemos como está claro para ela que o trabalho dos ACS não se limita a combater doenças, mas, principalmente, em promover a saúde, através de exames que têm em vista a prevenção de futuras doenças. As palestras foram colocadas como

importantes para o trabalho dos ACS, segundo a fala da [A3]. Ela ressaltou a importância das palestras para a população, uma vez que a mesma destaca esta atribuição dos ACS como importante e positiva. Segundo Pereira, Morosini e Fonseca (2007, p. 26):

Defendemos que a ação educativa se dá no cotidiano e, na maior parte das vezes espontaneamente. O trabalho educativo também acontece no cotidiano, mas não como uma experiência que ocorre mecanicamente. Pensamos que devemos enfatizar o inverso. Ou seja, que o ponto principal do trabalho educativo é colocar em questão as experiências do cotidiano. Muitas vezes, isso se dá por meio do conhecimento científico que o educador aprendeu e considera importante partilhar.

Sendo assim, o conhecimento empregado pelos ACS nas comunidades deve ser considerado como trabalho educativo. Pois, estes trabalhadores da saúde passam a maior parte de seus dias nas comunidades, dialogando e ensinando aquilo que eles acreditam que seja necessário para a população saber como forma de utilizarem no seu dia-a-dia e com isso, promoverem a saúde. Ou seja, quando um ACS alerta sobre os cuidados que a população que seleciona lixo no aterro deve se vestir e os cuidados que as mesmas devem ter ao manusear o lixo os agentes estão promovendo saúde e prevenindo doenças. Isto ocorre de várias formas no cotidiano dos ACS do Bairro Jardim Gramacho.

As questões colocadas até o presente momento servem para uma análise do trabalho dos ACS e em especial as atribuições e os aspectos positivos e negativos para os ACS sobre a análise da população atendida. As questões buscam perceber como a prática do trabalho dos ACS se dá no cotidiano e como eles e a população encaram tais práticas. As questões subsequentes convergem para a formação deste trabalhador e a avaliação da mesma pelos ACS.

3.2.3 Eixo: a formação dos ACS

Aliada aos dois primeiros eixos está este terceiro que vai ao encontro do objeto de pesquisa: a formação oferecida pela Secretaria Municipal de Saúde aos ACS no município de Duque de Caxias e a participação de diferentes setores sociais nesta questão.

Segundo o representante do governo municipal

Qual o tipo de qualificação profissional oferecida para os ACS pelo Município?

“É estimulado que os treinamentos sejam oferecidos pela própria equipe, no entanto, também oferecemos alguns treinamentos, como o que acontece no momento, na área de

vigilância em saúde, abordando zoonoses, raiva, pragas urbanas, doenças de veiculação hídrica, hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose, DST/AIDS, dengue e algo mais.” [T]

Quem são os docentes dos ACS?

“Responsável pelas áreas técnicas da Secretaria Municipal de Saúde e profissionais de nível superior das equipes de saúde da família.” [T]

Os docentes que formam os ACS recebem uma formação para exercer esta função e qual a formação que recebem?

Não especificamente para ministrar cursos, mas são as pessoas mais qualificadas para falarem sobre os assuntos abordados. “[T]

Qual a duração da formação recebida pelos (docentes)?

“Não se aplica.” [T]

Qual a forma de avaliação utilizada para aferir se os conteúdos ensinados foram assimilados pelos (docentes)?

“Não se aplica.” [T]

Quem executa a formação dos ACS?

“Responsável pelas áreas técnicas da Secretaria Municipal de Saúde e profissionais de nível superior das equipes de saúde da família.” [T]

Quais temas curriculares são abordados na formação dos ACS?

“Vigilância em saúde, abordando zoonoses, raiva, pragas urbanas, doenças de veiculação hídrica, hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose, DST/AIDS, dengue e algo mais, como assuntos voltados à sua atuação como ACS (cadastramento, mapeamento, saúde da mulher...).” [T]

Qual a duração da formação recebida pelos ACS?

“No curso atual (vigilância em saúde, a duração é de 40 horas).” [T]

Qual o objetivo da formação recebida pelos ACS?

“Qualificá-los para atuar, seguindo suas atribuições na área.” [T]

Qual a forma de avaliação utilizada para aferir se os conteúdos ensinados foram assimilados pelos ACS?

“Não tenho conhecimento de instrumentos formais, exceto para o curso atual de vigilância em saúde. Geralmente a avaliação é processual durante o treinamento. Não tenho conhecimento de avaliação após os treinamentos.” [T]

Como esta formação contribui para a execução das atividades dos ACS?

“Oferecendo maior segurança na argumentação junto aos usuários.” [T]

Abaixo segue as entrevistas das ACS. A primeira pergunta sobre a formação dos ACS refere-se à facilidade que esta formação tem para a execução do trabalho dos agentes. O questionamento foi: A formação que você recebe facilita a execução de seu trabalho? Como? Segundo os ACS:

“Às vezes sim, pois a formação foi dada há muitos anos, após eu já estar atuando na comunidade. Eu tive que aprender na prática do dia-a-dia e aprender a lidar com as situações encontradas”. [A7]

“Sim, porque me dá mais segurança. O aprender sempre causa uma mudança e mudança para o crescimento, se eu começo a entender provavelmente quem eu for me dirigir na comunidade, também vai aprender, pois estarei multiplicando a visão do aprendido”. [A5]

“Eu tive formação em Agente Comunitário de Saúde 400 horas, palestras, oficinas e outros cursos (BK, HA, HAS, DIA...). Quando promovo educação e saúde na comunidade e transmito o que aprendi na teoria, tento passar para a prática”. [A12]

As iniciais usadas na fala supracitada referem-se a doenças tais como: BK – A tuberculose é uma doença infecciosa causada por um tipo de microbactéria – o *Mycobacterium tuberculosis*, vulgarmente designado de “bacilo de Koch”; HA – Hipertensão Arterial; HAS – Hanseníase; DIA – Diabetes.

“Eu participei do curso Técnico Agente Comunitário de Saúde em 2007, curso de 400hs e participo de palestra e outros cursos promovidos pela Secretaria de Saúde, e isso ajuda nas nossas palestras a falar de suspeitas de doenças e como se prevenir delas”. [A3]

“Sim. A formação de 400 horas de Agente de Saúde palestras sobre determinados temas, oficinas oferecidas pela equipe da UNIGRANRIO, curso de 40 horas que foi muito bom, pois falou sobre todos os temas atuais. E nos ajuda a promover a educação e saúde na comunidade”. [A9]

“Às vezes, pois o curso Técnico que foi oferecido pela Secretaria de Saúde, eu já exercia a profissão mais ou menos 6 anos e foi muito corrido e alguns colegas não tiveram oportunidade de fazer”. [A2]

“Não fiz o curso de 400 horas. Fiz outros que gostei”. [A4]

“Às vezes, o curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde foi corrido, mas os cursos de capacitação são muito bons”. [A1]

Nas falas acima se pode notar que a maioria das ACS concorda que os cursos oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde através de seus próprios profissionais ou através de instituições de ensino colaboram para o trabalho das mesmas, porém devemos ressaltar que conforme a fala da D. Paula representante do Conselho Municipal de saúde, os

técnicos do Centro Ampliado e Avançado de Saúde da Família – Jardim Gramacho, recebem formação diferente, pois a área situa-se em um local de visibilidade política, uma vez que lá se concentra o “Lixão”.

“... o Jardim Gramacho onde você foi lá pela questão do Lixão tudo lá o governo investe mais, entendeu, lá tem o vereador que é do bairro Caxias tem essa coisa de vereador de bairro, vereador do município, mas ele diz que é vereador do bairro e o vereador bate muito cobra muito, e lá pela questão do Lixão porque vai dar problema e ontem nós tivemos uma reunião com o Minc tem um problema muito grande no Lixão tudo no Jardim Gramacho é mais bem organizado do que em outros locais eu creio que lá de repente eles tenham tido uma formação melhorzinha porque nos outros eles dizem que é formação que é capacitação, mas que é muito timidazinha.” [M1]

A formação inicial continuada segunda a Lei 11.350/2006 no seu “Art. 6o O Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da atividade: II - haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada;”

Nota-se que através das falas das entrevistadas [A2] e [A4] algumas ACS não receberam o curso introdutório de formação inicial e continuada o que contraria a legislação e comprova o descompromisso do governo municipal em formar tecnicamente seus ACS. Além disso, percebe-se que na fala da entrevistada [A3] a etapa I do Curso Técnico em ACS foi dada em 2007 e no mínimo estranho depois de quatro anos a Secretaria Municipal de Saúde não ter concluído as demais etapas do Curso.

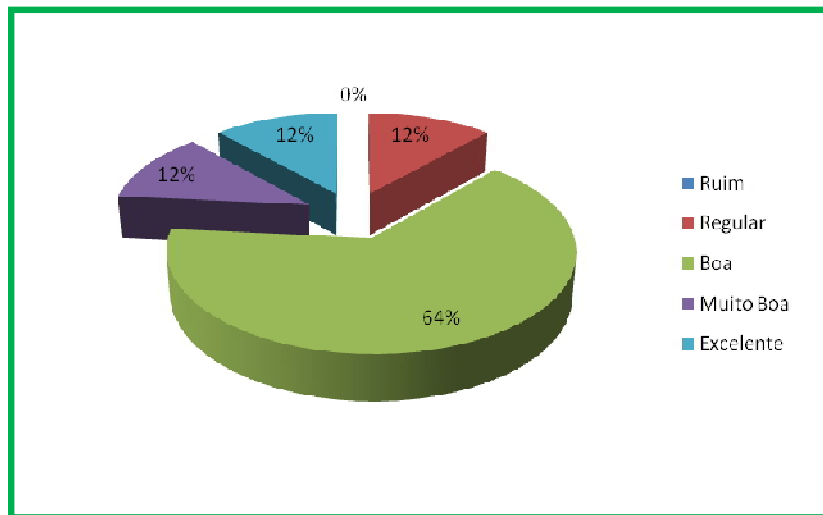
Durante a entrevista fica clara a despreocupação das ACS com a questão de uma formação sólida, pois muitas das agentes já estão acostumadas com as capacitações ofertadas pela SMS, ou seja, elas vêm a lógica de receberem técnicas para o dia-a-dia como algo valioso e deixam de perceberem que a formação técnica não tem um fim em si mesma. Abaixo segue o quadro de percentuais de satisfação com a formação oferecida pela SMS.

No questionário os ACS foram solicitados a avaliarem a formação que os mesmos recebem pela Secretaria de Saúde. Segundo os 17 ACS entrevistados e resultado foi:

Conceito	Ruim	Regular	Boa	Muito Boa	Excelente
Avaliação	0	2	11	2	2

Apresentamos os resultados no gráfico abaixo para ilustrar a avaliação que os ACS com relação à formação recebida:

Gráfico 1 - Gráfico da avaliação dos (as) ACS sobre a formação recebida:



A questão da formação é fundamental para a efetivação da Estratégia da Saúde da Família no município, assim como, para o próprio profissional que é formado. Segundo a representante do SINDSPREV-RJ a Secretaria Municipal de Educação deveria ter um papel fundamental neste processo, com a finalidade de garantir a escolarização daqueles profissionais que não concluíram o ensino fundamental. Além desta questão a representante do SINDSPREV-RJ colocar a efetivação da participação dos demais profissionais da ESF no processo de atendimento à família nas comunidades.

“... acho que a Secretaria de Educação tinha que ter uma relação direta com a Secretaria de Saúde e dar essa formação, pois vai servir para o melhor atendimento do usuário na questão do programa de saúde essa educação vai servir para que estes trabalhadores tenham condições educacionais para estar fazendo não só suas reivindicações, mas de poder tratar seus pacientes, porque não basta o ACS chegar na casa pedir uma assinatura e pronto e acabou porque quando o ACS vai pedir uma assinatura ele chega lá e acha a mulher espancada pelo marido então ele tem que ter uma noção de como encaminhar ou até mesmo trazer para o próprio PSF para estar discutindo com o serviço social eles acham as crianças violentadas pelos pais e pelas mães porque os ACS e os ACE na sua grande maioria eles são os trabalhadores moradores próprio local, então a relação deles é diferenciada de nós que

somos trabalhadores dentro dos PSF, porque lá nós temos uma demanda de todo município e eles são específicos. Então o governo deveria atinar eu acho que deveria ser uma bandeira de luta nossa a questão da formação educacional porque se não tem formação fica muito difícil entendeu a questão da prevenção, pois é então o governo pega essas pessoas nas secretarias que esses companheiros administre palestras sobre questão de doença eles até conseguem no dia a dia até falar alguma coisa mais muitas coisas não batem não é coerente porque não tem a formação esta desatualizado não tem a formação e a questão desta obrigatoriedade porque eles não perguntam se o servidor eles querem fazer, eles determinam você vai junto comigo e vai fazer isso e isso e está errado porque o cara não tem formação então o governo deveria ter uma política de educação de formação educacional para estes trabalhadores já que eles são 400 mil eles são muitos então para que eles possam juntamente com a enfermeira com o médico e com técnico quando ele abrir a boca para falar de um programa de verminose ele saiba o que ele está falando porque se ele não tem formação ele não está embasado para fazer e outra coisa porque quando nós trabalhadores de saúde seja lá quem for quando a nossa comunidade tem conhecimento que nós somos da área da saúde bate na nossa porta de madrugada e como você vai dizer como eu digo quando vai na minha casa ‘Ai, Dona Leninha eu tô com dor de cabeça’ vai de imediato procurar uma unidade, ‘mas a senhora não tem um remédio de dor de cabeça aí’ não eu não posso oferecer, entendeu? Mas eu agente tem a consciência porque tem a formação, mas quem não tem? Muitas das vezes acaba você prejudicando o usuário porque você foi lá com uma enfermeira e faz a palestra automaticamente o seu ego aflora, mas sua responsabilidade aumenta então eu entendo que essa formação essa parte educacional é que nós temos que estar requerendo dos governos entendeu ao invés de você esta fazendo cursinho para dentro dos programas você tem que ter cursos de formação né mesmo até que série você estudou? Eu estudei até a quarta série. Então você vai para escola...” [S]

Para o representante do MUB e ex-conselheiro municipal da saúde levanta questões relevantes uma delas refere-se ao tecnicismo da formação dos profissionais da saúde em especial dos ACS, podemos notar que o representante do governo municipal, comprova o cunho tecnicista da formação dos ACS quando indagado sobre qual o tipo de qualificação profissional que os ACS recebem pela Secretaria. Na resposta (acima) pode se perceber que além de o representante do governo utilizar o tempo todo o termo tradicionalmente associado a processos formativos aligeirados como “treinamento” ele enfatiza temas específicos e que vão ao encontro tão somente da técnica que os ACS utilizam no combate às doenças. Outro fator associado à falha na ESF no município é a falta de articulação entre os profissionais

envolvidos nesta estratégia, ou seja, o médico, o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem e o ACS.

“... a formação não pode ser apenas técnica a técnica pela técnica não vale nada ela fica como condicionada a técnica ela é parte de um todo, a formação inclui a política inclui a estatística inclui a formação que este agente deve ter e com seriedade e responsabilidade documentar passar para seu chefe superior que chega a Secretaria de saúde e cada um com seriedade e a partir do que eu vejo e esse é o quadro daquilo que eu chamaria o quadro endêmico da minha região ou da região daquela unidade a partir daí se faria o plano de saúde para aquela localidade. Quais são as doenças que tem que atacar é diabete, é hanseníase, é tuberculose, é hipertensão é que diabo é? Quando eu não formo bem não e não capacito e não e não do visão política. Digo o que é que eu quero de você enquanto agente? Um engabelador um enganador ou um fulano que só passa na porta recolhendo a assinatura, ou nem vai à porta encontra o fulano no meio do caminho e diz assina que eu estive na sua casa, isso se chama de promiscuidade ou prostituição profissional. Perde porque a qualidade não tem. Perde porque o enfermeiro ou o médico não vai de casa em casa. Perde porque não tem a referência e não cobra a referência para onde encaminhar aquele paciente que ele visitou e sabe que o problema é de hanseníase é diabetes, é de hipertensão e de tuberculose ele não sabe para onde mandar não tem Programa no município no Posto no Centro de Saúde para mandar não tem onde orientar e como fazer e aí por esta falta de informação ou por esta conivência de não perder o emprego, diga-se de passagem, alguns agentes se acomodam em dizer não quer me dar a formação estou me lixando ele me dando o meu salário eu finjo que trabalho eles fingem que me paga e agente fica nessa promiscuidade da área de saúde perde o profissional porque é desonesto perde o poder público porque é incompetente e irresponsável perde o povo porque é enganado e não tem aquilo que deveria ter na essência e na seriedade e na qualidade que deveria ter.” [M1]

Para a representante do MUB no Conselho Municipal de Saúde

“Eu acho que a formação na área da saúde é tudo, porque desde que você tenha uma boa formação você tem condições de fazer um serviço melhor e se você não tem formação você pode ter boa vontade mais se não tem formação eu acho difícil para você fazer um bom trabalho.” [M2]

A próxima indagação dirigida aos ACS foi: você percebe alguma mudança na sua prática profissional após a formação da qual participou? Exemplifique? As respostas dadas pelos ACS foram:

“Quanto ao curso Técnico de ACS ainda não, pois foi corrido e não condiz com a realidade, quanto aos outros cursos tais como os de: Hipertensão Arterial e Diabetes e etc., sim, pois conseguimos avaliar e a detectar e principalmente orientar”. [A7]

“Ainda não, quanto ao Técnico, pois só começou. Quanto os outros aprendi muito como, por exemplo, os de DST, TB, Hanse, aprendi bastante”.

“Ainda não quanto ao Técnico, quanto os outros nós (ACS) obtivemos informações importantes para poder estar passando para frente”. [A2]

“Sim, pois vai colaborar no bom funcionamento do nosso trabalho, apesar de que na teoria é tudo muito bonito e parece ser tão fácil, mas na prática do nosso dia-a-dia é totalmente diferente. Mas contribui muito para minha vida pessoal”. [A9]

“Sim, porque todos os cursos pelos quais participei foram de capacitação e nele aprendemos, a prevenir, identificar e a tratar. Na verdade me sinto pronta a realizar palestras ajudando a população”. [A3]

“Sim, porque colabora para o bom funcionamento do meu trabalho e minhas funções na unidade. Visando a satisfação do paciente e contribuindo com os meus conhecimentos”. [A12]

“Não já tinha na época eu já tinha muitos anos na prática”. [A13]

“Sim consigo me expressar sem o medo de falar algo que não seria do interesse do paciente nem falar abobrinha por não conhecer o assunto”. [A14]

“Sim, foi proveitoso hoje eu tenho segurança naquilo que passo para a comunidade”. [A15]

“Sim, porque me ajudou muito no meu aprendizado a expressar melhor, com mais segurança”. [A16]

Como uma forma de fechar os questionamentos feitos aos ACS sobre a formação profissional foi feito o seguinte questionamento: De que maneira a formação profissional pode contribuir para uma maior segurança na sua prática profissional? As respostas foram as seguintes:

“Eu acho que conhecimento técnico fica fora do cotidiano, fora da realidade”. [A1]

“A nossa formação não se enquadra com a nossa realidade dentro das comunidades”. [A2]

“Se mantendo informado de todas as modificações e atualizações, para poder identificar e a prevenir várias doenças”. [A3]

“Posso, por exemplo, dar informações seguras e nivelar as expectativas e saber também que o meu papel é muito importante, assim como as famílias a qual assisto também são importantes”. [A5]

“Na atualização dos nossos conhecimentos”. [A12]

“Tornando-me um profissional capacitado de exercer a função, ser reconhecido profissionalmente e economicamente”. [A14]

“De maneira inadequada, pois a realidade do curso não se enquadra com a realidade da nossa comunidade”. [A7]

“Podendo levar vários conhecimentos aos meus pacientes e aos meus familiares do que eu aprendo. Valorizando a capacitação dos cursos que tive”. [A10]

“De forma proveitosa, porque posso ajudar mais a mim e aos meus pacientes”. [A17]

Conforme se observa na fala das entrevistadas o processo formativo das mesmas não tem contemplado os objetivos que estão propostos na legislação que trata da formação técnica dos ACS. A resolução do Conselho Nacional de Educação Nº 04/99, prevê a formação técnica de carga horária mínima de 1.200 horas. Porém Lei Federal nº 11.350, de 2006 que regulamenta a atividade dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias fala somente na exigência da conclusão do curso introdutório de formação inicial e continuada. Para esclarecer segue abaixo a definição que o Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde faz com relação às etapas formativas do curso técnico em agente comunitário de saúde:

A estrutura curricular proposta para o curso inclui três etapas⁷, distribuídos da seguinte forma:

Etapa I – formação inicial: contextualização, aproximação e dimensionamento do problema. O perfil social do técnico agente comunitário de saúde e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS – carga horária 400 horas.

Etapa II – desenvolvimento de competências no âmbito da promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e doenças prevalentes – carga horária 600 horas.

Etapa III – desenvolvimento de competências no âmbito da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário – carga horária 200 horas.

A prática profissional deve ser incluída na carga horária de cada etapa. O estágio supervisionado, quando necessário, será acrescido à carga horária do curso e seu plano deverá ser explicitado. (BRASIL, 2004, p.21)

Esta dificuldade legal de ter definida a formação técnica completa como formação obrigatória para os ACS emperra o processo de ensino/aprendizagem que possivelmente daria aos ACS uma base mais sólida e consolidada da questão da saúde e do papel educativo que os mesmos desempenham na sociedade. Como coloca Morosini, Corbo e Guimarães (2007, p. 276-277):

Mas um dos maiores problemas da lei nº 11.350 certamente diz respeito ao âmbito da formação. Ela reproduz exatamente os mesmos requisitos que a lei nº 10.507 elencava para o exercício da função de ACS. E dois desses requisitos são a conclusão do ensino fundamental e de um curso introdutório de formação inicial e continuada – neste último, apenas a nomenclatura foi modificada porque, após o decreto no 5.154/05, deixou de existir qualificação básica, como já assinalamos. A diferença é que, em 2002, ainda não existia o curso técnico, tal como proposto pelo Ministério da Saúde e aprovado pelo CNE, ambos em 2004.

A formação da maioria das ACS foi o curso técnico de agentes comunitário de saúde de 400 horas e algumas capacitações (a maioria de 40 horas) e palestras no Hospital Municipal Moacyr do Carmo. Muitas das ACS que trabalham no Centro Ampliado e Avançado de Saúde da Família – Jardim Gramacho em Duque de Caxias-RJ, não tiveram a formação técnica de agentes comunitário de saúde de 400 horas. Sendo assim, a formação dos ACS fica reduzida a cursos e palestras independentes, que acontecem em períodos diferentes e com cargas horárias diferentes.

A formação dada aos ACS não tem continuidade e não tem uma estrutura curricular integrada isto dificulta muito a assimilação por parte dos ACS, pois os mesmos recebem cursos e palestras aleatórios e sem um fim único, ou seja, sem eixos estruturantes que colaboraram para a prática profissional. Estes cursos rápidos e palestras têm um fim em si mesmo, desta forma, o caráter particularizado do conhecimento deriva uma formação instrumentalizadora que tem finalidade precípua de “abastecer” estes profissionais de informações e conteúdos para serem utilizados de forma sistemática e aleatória no cotidiano destes trabalhadores. Como coloca o Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde:

Assim, as definições da política de educação profissional para o setor saúde, a importância do agente comunitário no contexto de mudanças das práticas de saúde, seu papel social junto às comunidades e seu perfil de escolaridade constituem uma base sólida onde se sustentam a necessidade e a pertinência de uma formação profissional em nível técnico. (BRASIL, 2004, p.16)

O Referencial fala das definições políticas, pois como já citado neste trabalho, oportunamente, os governos municipais relutam em habilitar, através de formação, os ACS como técnicos. O principal motivo é relativo ao enquadramento funcional, através de Planos de Cargos e Carreiras e de piso salarial equivalente aos dos técnicos da saúde.

Um entrave apontado pela pesquisa foi de os cursos e palestras serem no mesmo horário do trabalho. As ACS tinham que participar dos cursos e depois recompensar a ausência no trabalho através de um significativo aumento de visitas domiciliares, pois as

mesmas acumulavam e com isso dificultava que as ACS chegassem à meta mensal de atendimento estipulada pela Secretaria de Saúde.

A dificuldade da implementação do curso técnico de agente comunitários de saúde perpassa pela questão exposta no Referencial Curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde quando o mesmo fala das definições da política, porém percebe-se nesta pesquisa que os ACS não percebem a importância do papel educativo que os mesmos desempenham nas comunidades onde atuam.

O conceito de educação para muitos está aliado à escolarização. A educação social, não é tão bem percebida o quanto deveria pela sociedade e pelos próprios profissionais da saúde. A educação social provém de quaisquer ações educativas e pode ocorrer espontaneamente ou sistematicamente. Para Morisini, Fonseca e Pereira, (2007, p 19) a ação educativa pode ocorrer de maneira espontânea:

Ao comentarmos que todas as relações sociais são potencialmente educativas, estamos considerando que a ação educativa pode ocorrer espontaneamente, sem que haja necessariamente uma consciência sobre essa ação, ou ainda uma reflexão sobre a ação... Compreendemos que a “educação no seu sentido amplo de humanização” se dá ao longo de toda a vida, acontecendo em lugares sociais, como no ambiente familiar, no trabalho, na rua, na igreja, na escola.

Esta é a essência do trabalho educativo. A ação educativa não é percebida como trabalho esse é mais um dos erros que a maioria dos gestores em saúde comete. Não perceber a ação educativa, enquanto trabalho leva os ACS a não valorização do seu papel na sociedade, assim como a desvalorização por parte dos demais profissionais da saúde e da própria população. Esta forma de não reconhecer a ação educativa como trabalho, advém, também, da divisão do trabalho que parcela o mesmo levando os trabalhadores a executarem “subfunções” com isso não realizam integralmente as atribuições e não conseguem perceber o produto criado por elas.

4 CONCLUSÃO

A questão da formação dos trabalhadores da saúde, especificamente, dos Agentes Comunitários de Saúde não conta com muitas produções acadêmicas esta pesquisa adentrou um espaço de contradições e indagações. No que concerne às contradições percebe-se que desde a implantação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) pelo Ministério da Saúde, em 1991, houve um grande avanço na legislação, tão logo, nos direitos e deveres destes trabalhadores. Porém, mesmo com este avanço os ACS, ainda hoje enfrentam problemas tais como: fragilidade no vínculo empregatício, baixos salários; ausência de direitos trabalhistas (férias, 13º salário, INSS...); ausência de Plano de Cargos e Carreiras; falta de recursos materiais para a execução do trabalho; falta de uniformes; indefinição das suas atribuições; sobrecarregamento de atribuições; dificuldade de acesso às casas para efetuar as visitas domiciliares e a falta de formação técnica e continuada.

A Estratégia da Saúde da Família prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil, com a finalidade de fortalecer o Sistema Único de Saúde vem agonizando, pois como destacamos na pesquisa os Postos de Saúde da Família que deveriam ser a porta de entrada dos pacientes, seja para atendê-los, seja para encaminhá-los para o fluxo de atendimento para os serviços de média e alta complexidade, não funcionam.

Um dos motivos, dentre outros, desta precarização é a ausência de uma formação sólida, técnica e continuada para os trabalhadores da saúde. Isto ocorre pela falta de interesse dos gestores em oferecer aos ACS uma formação que vá ao encontro de uma qualificação que habilitará estes profissionais em Técnicos, o receio dos gestores é de que após a formação técnica estes trabalhadores exijam um Plano de Cargos e Carreiras o que acarretaria para o gestor o enquadramento dos ACS ao quadro permanente.

Endossando a questão acima está o caráter político e estratégico de utilizar os ACS como cabos eleitorais, em época de eleição. Devido o fato de estes trabalhadores terem acesso às residências da população isto se torna estratégico na época da campanha eleitoral, pois os ACS acabam “pedindo” votos para seus candidatos. Além disso, pelo envolvimento do ACS com a população, uma vez que reside na comunidade e também trabalha estes profissionais ficam conhecidos por todos o que os tornam populares e com isso excelente cabos eleitorais.

Outro motivo é pela equivocada noção de muitos gestores de perceberem formação como gasto e não investimento, sendo assim, oferecer um curso técnico tem um impacto demasiado financeiramente. Pois, a maioria dos ACS trabalha 40 horas, certamente se

cursarem uma formação técnica poderá ser no horário de trabalho, isto acarretaria em contratar outros ACS para suprir a ausência dos mesmos. Ou seja, além do “gasto” com o curso os gestores teriam que “gastar” com a contratação de outros ACS.

A questão de trabalhar com a prevenção, ainda não “amadureceu” para muitos gestores. A construção de Postos de Saúde, Hospitais, Clínicas e Centros Médicos... Representa para a maioria dos gestores investimento em saúde, quando trabalhar com a prevenção, a promoção e a assistência passa, necessariamente, pelo entendimento da saúde como um processo social resultante das condições de vida da população. Isto deriva do modelo médico-curativo de ação individual defendido por muitos anos no Brasil.

Historicamente, os ACS representam uma classe de profissionais que deveriam ter uma identidade com a sociedade muito forte. Este trabalhador faria o elo entre o Sistema Público de Saúde e a população. Sendo assim, o quanto mais “parecido” com seu grupo social melhor seria para que este elo não se deteriorasse. O que se iniciou de modo informal, logo se tornou política pública. Todavia, as contradições do informal com o formal colocaram estes trabalhadores em luta por direitos sólidos e permanentes. A complexidade deste trabalho aparecia a cada instante com isso a necessidade de uma formação que contemplasse esse profissional se fazia necessária. Depois de alguns projetos de Lei tais como: PL nº 5.287, de 1990, PL nº 3.994, de 1993; PL nº 332, de 1995; PL nº 3.604, de 1997; PL nº 4.868, de 1998; PL nº 86, de 1999 e o PL 357, de 1999 que versavam pelas características profissionais destes trabalhadores o governo aprovou a Lei Federal 10.507 de 2002 que instituía a profissão dos ACS. Cabe ressaltar que este ganho no campo jurídico foi conquistado através de muitas reivindicações e luta em Duque de Caxias o MUB, o Conselho Comunitário de Saúde e o SINDSPREV-RJ foram fundamentais nesta conquista nacional.

Após este marco legal o governo federal iniciou um processo de discussão sobre a formação destes trabalhadores. Através de discussões e debates, finalmente em 2004 foi lançado o Referencial Curricular para o Curso Técnico dos Agentes Comunitários de Saúde.

Todavia a Lei Federal nº 10. 507 de 2002 trazia contradições e atrasos naquilo que deveria trazer soluções um deles era a forma de contratação destes profissionais. Em 2006 o Governo Federal revogou a supracitada Lei e tornou Lei a Medida Provisória nº 297 que se tornou a Lei nº 11. 350, de 2006. Com isso a prática de contratação do ACS por intermediação de Organizações Sociais foi revogada. Porém a nova Lei não permitia a estatização do trabalhador o que ainda deixava frágil o vínculo do mesmo com o governo. Outro entrave na nova Lei nº 11.350 de 2006 é a formação, pois ela reproduziu o que já

estava previsto na Lei 10. 507, de 2002, ou seja, os requisitos de conclusão do ensino fundamental e de um Curso Introdutório de Formação Continuada.

Percebe-se que embora a legislação tenha avançado, mesmo que timidamente o ACS, ainda tem um vínculo empregatício precário e uma formação aquém da necessária para a complexidade da função deste trabalhador da saúde. O caráter educativo deste trabalhador se reduz e a magnitude da Estratégia da Saúde da Família preconizada em Lei se minimiza fazendo com que o atendimento digno e eficaz, assim como o acesso de todos à saúde seja apenas um sonho longe de se realizar.

Esta pesquisa é uma tentativa de apresentar uma história de luta de movimentos sociais e de trabalhadores da saúde com a finalidade de implementar o Sistema Único de Saúde em um município com tantas contradições, injustiças e descaso político com a saúde.

Cada capítulo tem um papel estratégico para a estruturação de um modelo de sociedade onde o homem se reconhece enquanto construtor de sua própria história, sendo assim, não se aliena. O trabalho é percebido como fazendo parte fundamental de si próprio. O capitalismo é apresentado aqui como um sistema a favor da elite dirigente e que o mesmo torna o homem cada vez menos homem. A expropriação da mão-de-obra barata é a ferramenta mais utilizada pelos capitalistas para extrair a mais-valia dos trabalhadores. O ACS encontra-se na base da exploração capitalista, uma vez, que os mesmos na lógica da divisão do trabalho executam as tarefas mais simples. Isto está relacionado diretamente com a ausência de uma obrigatoriedade de formação técnica e continuada, pois o conhecimento que prevalece na relação entre o ACS e a comunidade é majoritariamente o empírico e não o científico. Destarte, o conhecimento científico se torna desnecessário para estes trabalhadores na lógica dos capitalistas. Deve-se perceber a divisão de conhecimento na estrutura da equipe que Estratégia da Saúde da Família, ou seja, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS. O médico cujo salário é bem superior aos demais deve ter uma formação em nível superior, o enfermeiro que tem o segundo salário maior na ESF deve ter uma formação em nível superior ou médio técnico, o Auxiliar de Enfermagem deve ter um curso que o habilite a executar sua tarefa e o ACS deve ter segundo a Lei ensino fundamental completo.

O trabalho em saúde se distingue do trabalho fabril pelo fato de não produzir uma mercadoria, ou seja, uma coisa tácita. Porém a perspicácia e o dinamismo do capitalismo reproduzem para o trabalho em saúde a mesma lógica do trabalho da fábrica. Ou seja, o trabalho não produtivo que o que está em jogo é o “valor de uso” e não o “valor de troca”. Este último se dá quando trocamos mercadoria por dinheiro e aquele pela troca do serviço em

dinheiro. Portanto as armadilhas capitalistas estão também no trabalho que não produz mercadorias. Segundo Marise Ramos (2007, p. 54):

A transformação do trabalho em mercadoria sob o modo de produção capitalista, entretanto, também reconfigura o trabalho em saúde como produtor de um bem-estar definido pelos padrões de produção. À medida que o ser humano ‘coisifica’, sendo obrigado a transformar sua força de trabalho em fator de produção, é reduzido em sua humanidade. Nessas condições, o trabalho em saúde se reduz à produção e à manutenção de vidas objetivadas e reduzidas também em fatores de produção.

A integralidade da atenção à saúde, uma das diretrizes básicas do SUS, que o diferencia, como diz Mattos (2001), de toda a tendência mundial na área da saúde, recoloca o sentido que tem o trabalho em saúde na ‘subjetivação’ da vida. Ou seja, na reconstituição da humanidade das pessoas em face das suas necessidades de saúde. Desse modo, o trabalho em saúde resgata seu sentido ontológico, pois a atenção integral em saúde se volta para as necessidades do ser humano como sujeito e não como objeto do capital.

Embora o capitalismo tenha uma lógica destrutiva nisto que Marise Ramos classifica de resgate ontológico, se percebe que a cada dia a dinâmica capitalista redefine as relações em saúde no sentido de “apodrecê-la” para então dominá-la a seu gosto. A precarização dos serviços, o aumento da rede privada, o péssimo atendimento nas unidades de saúde coletiva, a desumanização acelerada no atendimento nas unidades de saúde... são provas desta dominação capitalista sobre a saúde coletiva. Na contramão deste processo encontram-se os ACS que apesar da precarização lutam pela melhora nas condições de trabalho.

O SUS através da ESF vem na contramão do processo de enfraquecimento do sistema brasileiro de saúde, uma vez, leva até a comunidade a saúde encarando o processo saúde-doença como sócio-político-econômico-cultural e não mais como tratamento de doenças. Neste sentido o papel do ACS é fundamental, talvez, incontestável, pois a ação educativa e somente ela sustenta este tipo atendimento à saúde. A prevenção e a promoção da saúde vêm antes da cura ou da medicação. O ACS deveria não apenas preencher uma ficha ou um questionário, ou mesmo fazer visitas para que se faça cumprir um “protocolo”. A função do ACS é de educar a população no que consiste a saúde/doença através de um olhar especializado e circunspecto para que cada caso possa servir de dado para o controle de deletérios provenientes seja do próprio meio, seja fora dele.

Este trabalho não aponta a formação técnica como saída para todos os problemas que permeiam o Pacs, porém nota-se que um ACS que tenha não só uma formação adequada à complexidade do seu trabalho e um vínculo desprecariado de trabalho poderá contemplar o seu papel na ESF.

A escolha da pesquisa sobre a formação dos ACS no município de Duque de Caxias se deu pelas contradições que o mesmo carrega. Duque de Caxias tem o segundo maior Produto Interno Bruto – PIB - do estado do Rio de Janeiro, perdendo apenas para a capital,

tem uma população de aproximadamente 842.686 habitantes, segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2006) e amarga o 52º lugar no Índice de Desenvolvimento Humano – IDH - do Estado. A cidade conta com 484 ACS atendendo a 17.459 habitantes, ou seja, 2,0% da população. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, Duque de Caxias tem 119 estabelecimentos de saúde e 2.433 médicos.

Os estabelecimentos de saúde do município em sua maioria são precários não só do ponto de vista da infra-estrutura, assim como de pessoal. Haja vista o número de médicos para o número total de habitantes.

A Estratégia da Saúde da Família – ESF no município é frágil por vários motivos apontados nesta pesquisa inclusive no que concerne a formação de seus profissionais, a valorização dos mesmos e os recursos materiais, além de problemas estruturais como falta de hospitais e médicos, assim como, dos demais profissionais que atuam nos Postos de Saúde da Família.

A fragilidade supracitada advém de uma permanente falta de investimento na área da saúde, assim como, do descaso de muitos governantes com a questão da saúde coletiva. Porém ressaltamos que no processo de ampliação do sistema de saúde os movimentos sociais e institucionais foram preponderantes no sentido de reivindicação e luta. Por este motivo foram entrevistados os principais movimentos sociais de Duque de Caxias. Dentre eles se destaca o Movimento de União dos Bairros – MUB, que hoje é a Federação Municipal das Associações de Moradores de Duque de Caxias. O MUB tinha várias comissões tais como: saúde, educação, meio ambiente... Viveu seu momento áureo de 90 a 95. Segundo Sebastião ex-presidente do MUB de 90 a 92 o MUB tinha 120 Associações de Moradores filiadas de vários bairros de Duque de Caxias, ainda segundo Tião o MUB quando reivindicava prioridades sociais contava com mais de 1.000 pessoas para fechar a rua e fazer manifestação popular. Além do MUB outro mecanismo de luta e de avanço no campo legal para a saúde do município é o SINDSPREV-RJ o Sindicato dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho e Previdência Social no Estado do Rio de Janeiro que participou da construção da Lei Federal 10. 507 de 2002, segundo Leninha Diretora do SINDSPREV-RJ “... o município não repassava na íntegra o repasse do Ministério da Saúde nessa ocasião nos [SINDSPREV-RJ] fizemos uma manifestação que o Serra veio nós cobramos dele isso, nós regulamentamos a questão do salário na ocasião e construímos uma caravana que três ônibus para Brasília junto com Ministro [José Serra] e o Ministério do Trabalho nós conseguimos fazer com que o ACS se transformasse em profissão que até aí o ACS não era regulamentado e a partir daí agente veio buscando todos os ganhos isso foi uma luta nacional.”

O outro segmento social pesquisado foi a Associação de Moradores da Vila São Luis – Bairro de Duque de Caxias. A presidente desta Associação é uma das mulheres da comunidade mais influente em Duque de Caxias, Dona Paula, ela é Conselheira do Conselho Municipal de Saúde representando a Federação Municipal de Associações de Moradores de Duque de Caxias – MUB e do Conselho Estadual de Saúde representando a Federação Estadual das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro – FAMERJ.

Na fala destes três representantes da sociedade a pesquisa observou que a precarização dos trabalhadores de saúde, em específico dos ACS é uma triste realidade, além disso, eles também ressaltaram a importância da formação destes profissionais como forma de melhorar a ESF no município. Para Leninha do SINDSPREV-RJ: “a cada momento se renova a vontade de lutar de fazer com que esses trabalhadores sejam efetivados fazer com que esses trabalhadores tenham salário digno...” Com relação à formação deste trabalhador destaca Leninha: “mas agente tá conseguindo fazer com que esse programa tenha vida e o prioritário nesse programa que a gente vê não só uma marginalização, no meu linguajar, é uma marginalização dos governos quando não se tem formação educacional para esses trabalhadores nós conseguimos a duras penas que o governo federal implementasse um curso de formação para os ACS em agentes de saúde mas o governo construiu o curso mas não determinou que os município fizessem então eles deixam uma brecha para que o município faça ou não então nós temos que fazer esse curso de formação para esses 400 mil guardas de endemias e ACS na verdade um município tem uma etapa um não concluiu a outra o outro não concluiu a outra e isso é um prejuízo que eu entendo que agente não tem a questão educacional não somente na questão do ACS ser o técnico que agente falou mas ele ter o nível médio ele ter o nível elementar ele ter o nível superior ele vai conseguir que a demanda de atendimento dele ele seja muito mais qualificada e ele também enquanto trabalhador ele possa requerer aos seus direitos.”

Para Sebastião representante do MUB com relação à precarização das condições de trabalho de da formação dos ACS: “Quando eu não formo bem não e não capacito e não do visão política. Digo o que é que eu quero de você enquanto agente? Um engabelador um enganador ou um fulano que só passa na porta recolhendo a assinatura, ou nem vai à porta encontra o fulano no meio do caminho e diz assina que eu estive na sua casa, isso se chama de promiscuidade ou prostituição profissional. Perde porque a qualidade não tem. Perde porque o enfermeiro ou o médico não vai de casa em casa. Perde porque não tem a referência e não cobra a referência para onde encaminhar aquele paciente que ele visitou e sabe que o problema é de hanseníase é diabetes, é de hipertensão e de tuberculose ele não sabe para onde

mandar não tem Programa no município no Posto no Centro de Saúde para mandar não tem onde orientar e como fazer e aí por esta falta de informação ou por esta conivência de não perder o emprego, diga-se de passagem, alguns agentes se acomodam em dizer não quer me dar a formação estou me lixando ele me dando o meu salário eu finjo que trabalho eles fingem que me paga e agente fica nessa promiscuidade da área de saúde perde o profissional porque é desonesto perde o poder público porque é incompetente e irresponsável perde o povo porque é enganado e não tem aquilo que deveria ter na essência e na seriedade e na qualidade que deveria ter.”

Para D. Paula conselheira municipal e estadual de saúde coaduna da mesma indignação com relação à precarização do trabalho e da formação dos ACS e ressaltada: “O Programa quando começou até hoje agente acha que é um bom Programa se ele fosse bem estruturado, mas a questão não é praticamente só municipal um dos grandes problemas que nós temos na ESF é a questão dos ACS porque a Lei diz que o ACS tem que morar na comunidade mediante eles terem que morar na comunidade eles reclamam do salário e reclamam porque eles têm um contrato de seis e seis meses um contrato muito ruim que de seis em seis meses vão lá e reformam o contrato de novo e por aí vai com as mesmas coisas o dinheiro dos ACS vem do Ministério da Saúde tem uma contrapartida do Estado que vem para que os municípios repassem para os ACS. Os municípios, aí eu estou falando da maioria deles não repassam toda a verba que deveriam eles recebem a verba e repassam assim se eles tem direito...o salário deles seria de uma base de R\$ 980,00 eles estão ganhando quinhentos e pouco o restante fica na mão dos governos os políticos são assim mesmo e pela questão de eles morarem na comunidade tem a questão deste contrato, que a Prefeitura não pode assinar a carteira deles, não pode contratá-los teria que ser concurso público, para fazer um concurso público como eles querem eles lutam pelo concurso público, como que faria esse concurso público se eles tem que morar na comunidade? Essa é a questão deles eu acho que é a questão mais polêmica que tem, mas isso não adianta o município não resolve isso é uma Lei Federal eles tem que morar na comunidade e ai não tem condição fazer o concurso público para que eles sejam concursados da Prefeitura, ou do estado, ou seja, lá o que for a questão é essa. Eles têm que morar na comunidade ai eles fazem assim quando vão abrir um PSF fazem uma provinha faz uma seleção muito tímida a maioria dos ACS que estão nos PSF são indicados por vereadores por políticos...”

Percebe-se na fala dos três representantes da sociedade uma realidade indiscutível que é a precarização do trabalho e da formação dos ACS no município. Embora estes movimentos durante anos lutem para melhorar a condição de trabalho dos ACS do município de Duque de

Caxias os avanços são tímidos. Os ACS têm contratos frágeis, são na sua maioria indicados por políticos e por este motivo não há no município um órgão de luta pela melhora das condições destes trabalhadores, os citados neste estudo lutam pela saúde na sua complexidade, porém os ACS não são articulados e não têm uma representação específica tais como: uma associação, um sindicato...

Nas entrevistas realizadas no Centro Ampliado e Avançado de Saúde da Família – Jardim Gramacho foram entrevistadas 17 ACS. Pôde-se notar nesta dissertação que as críticas com relação a precarização das condições de trabalho destas trabalhadoras é determinante para o insucesso da ESF no município. Muitas delas apontaram o baixo salário, a falta de recursos materiais e a falta de formação como problemas estruturantes para o melhor desempenho das suas funções.

Neste contexto chega-se a conclusão de que o referido município tem avançado muito timidamente na questão da melhora dos entraves que assolam a implementação plena da ESF e do Pasc. Além disso muitas conquistas são conseguidas pelos movimentos e instituições sociais.

Com relação a formação do ACS alguns tiveram em 2007 o primeiro módulo do Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde, porém a partir desta data o segundo módulo não foi dado contrariando, assim, a formação que se propõe como contínua e integrada.

O percurso proposto para a formação do técnico agente comunitário de saúde pressupõe a incorporação, em cada um dos momentos formativos, dos eixos estruturantes citados anteriormente, refletindo, desta forma, a transversalidade entre as competências (atitudes/valores, habilidades e conhecimentos). Além disto, cada etapa está referenciada numa dimensão concreta do trabalho desenvolvido por este profissional, de forma agarrar a integralidade de suas ações, segundo os espaços e contextos onde se desenvolvem as práticas. (BRASIL, 2004, p. 20 - 21)

A Lei 11.350 de 2006 coloca como requisito o curso introdutório de formação inicial e continuada por este motivo os gestores foram obrigados por força de Lei a oferecer aos ACS o primeiro módulo do Curso de agente Comunitário de Saúde de 400 horas. Este descaso fica visível quando a pesquisa chega à conclusão de que depois de 2007 os ACS vêm recebendo “treinamento” e não mais a continuação do curso técnico, pois a Lei trata somente deste primeiro módulo e que inclusive é financiado pelo governo federal.

Conclui-se que no horizonte de precariedade e descaso dos gestores municipais com relação às condições de trabalho dos ACS muitas vitórias relevantes foram conquistadas é na certeza de que muitas outras virão e que com isso estes trabalhadores conquistem condições

dignas de trabalho, assim como uma formação sólida e emancipadora que esta pesquisa tenta contribuir como uma produção bibliográfica que demonstra através da pesquisa a situação destes trabalhadores no município de Duque de Caxias e aponta que é necessário mudar para que a ESF seja realmente implementada e que assim os munícipes possam gozar de um atendimento de saúde humanizado e de qualidade. Construindo, assim, uma cultura de saúde através da prevenção e da promoção à saúde.

REFERENCIAS

BORNSTEIN, Vera Joana. *O agente comunitário de saúde na mediação de saberes*. 2007. 233 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes e institucionaliza a descentralização e as relações entre União, Estados e Municípios com relação à política de saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 set. 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2009.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 set. 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8142.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2009.

_____. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 11 jul. 2002.

_____. Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, D.F. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/11350.htm>. Acesso: em 30 jul. 2009.

_____. *Departamento de Informática do SUS*. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/.../cadernos/RJ/RJ_Duque_de_Caxias_Geral.xls>. Acesso em: 17 ago. 2009.

_____. *Referencial Curricular para o Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde: área profissional saúde*. Brasília, DF, 2004. . Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/referencial_Curricular_ACS.pdf>. Acesso em: 25 set. 2009.

_____. *Curso técnico da área a saúde: habilitação profissional de técnico agente comunitário e saúde*. Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/hab_prof_agente_comunit_saude_mod1_unid4.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. *Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família*. Biblioteca Virtual em Saúde.

Disponível em:

<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf>. Acesso em 20 ago. 2009.

_____. *Questionamentos sobre os Agentes Comunitários de Saúde*. Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=23176>. Acesso em 20 ago. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). Resolução nº 04, de 05 de outubro de 1999. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 7 out .1999. Disponível em: <portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0136.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2009

CORBO. Anamaria D'Andrea; MOROSINI. Márcia Valéria G. C. Saúde da Família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). *Política de Saúde e Formação do Trabalhador: textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 157-182.

DIB, Simone Faury (Coord.). *Roteiro para apresentação das teses e dissertações da Universidade do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007.133 p.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FIORI, José Luis. *Brasil no Espaço*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

FONTES, Olney Leite. *Além dos sintomas: superando o paradigma saúde e doença*. Piracicaba, SP: UNIMEP, 1995.

FRIGOTTO, Gaudêncio (Org.). *Educação e crise do trabalho: perspectivas de final de século*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

FRIGOTTO, Gaudencio; CIAVATTA, Maria. Educar o trabalhador cidadão produtivo ou o ser humano emancipado. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 1, p. 45-60, 2003.

KUENZER, Acacia Zeneida. *Educação e trabalho no Brasil: o estado da questão*. 2. ed. Brasília, DF: INEP; Santiago: REDUC, 1991.

_____. Educação Profissional: categorias para uma Nova Pedagogia do Trabalho. *Revista da Formação Profissional Boletim Técnico do Senac*, Curitiba, v. 1, p. 19-29, 1999.

LOPES, Wanda de Oliveira; SAUPE, Rosita; MASSAROLI, Aline. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, PR, v.7, n.2, p. 241-242, abr/jun. 2008.

MARX, Karl. *Economia Política e Filosofia*. Tradução: Sylvia Patrícia. Rio de Janeiro: Melso Soc. Anônima, 1963.

_____. *Manuscritos Econômicos-Filosóficos*. Tradução: Alex Martins. São Paulo: M. Claret, 2006.

MENDONÇA, M.H.; HEIMANN, L. S. A trajetória da atenção básica em saúde e do programa saúde da família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N.T. et al. (Org.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2006. p. 481-502.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1992. 269 p.

_____. *De ferro e flexíveis*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. 457 p.

MONTEIRO, Wanderléia Torma. *Fios de uma história: entrelaces em experiências de educação de jovens e adultos em Duque de Caxias (anos 1980/1990)*. 2007. 125 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007

MOROSINI, Marcia Valéria G. C.; FONSECA, Angélica Ferreira; PEREIRA Isabel Brasil. Educação e Saúde na Prática do Agente Comunitário. In: MARTINS, Carla Macedo; STAUFFER, Anakeila de Barros (Org.). *Educação e Saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p. 13-34.

OSMAR, F; GIOVANI, S. (Org.). *Democracia e construção do público no pensamento educacional brasileiro*. Petropolis, RJ:Vozes, 2002.

PEREIRA, Isabel Brasil. *A Formação Profissional em Serviço no Cenário do sistema Único de Saúde*. 2002. 256 f. Tese (Doutorado em Educação: História, Política e Sociedade) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2002.

_____. Política de Saúde e Formação do Trabalhador: In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 117-142.

_____. Educação dos Trabalhadores: valores éticos e políticos do cuidado da saúde. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6 n. 1, p. 9-27, mar./jun. 2008.

- PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Org.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. rev. amp. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.
- RAMOS, Marise Nogueira. Conceitos Básicos sobre Trabalho. In: FONSECA, Angélica. (Org.). *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 27-56. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde, v.5)
- SANTOS, Cláudia Gouveia dos. *Gestão democrática na saúde: análise da experiência dos conselhos gestores de unidade no município de Duque de Caxias-RJ*. 2006. 212 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- SHAKESPEARE, William. Timon of Athens. Peça Teatral. Tomo V. Disponível em: <www.william-shakespeare.info/script-text-timon-of-athens.htm>. Acesso em 25 set. 2009.
- SILVA, Tomaz Tadeu, GENTILI, Pablo (Orgs). *Quem ganha e quem perde no mercado educacional do neoliberalismo*. Brasília: CNTE, 1999.
- SCHIMIDT, B; FARRET, R. *A questão urbana*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1986.
- STOTZ, Eduardo. Navarro. Saúde Pública e movimentos sociais: em busca do controle do destino. In: VALLA, Victor Vincent; STOTZ, Eduardo Navarro (Org.). *Educação, Saúde e Cidadania*. Petrópolis: Vozes, 1994. v. 1, p. 1-142
- STOTZ, Eduardo Navarro; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; BORNSTEIN, Vera Joana. Educação Popular em Saúde. In: MARTINS, Carla Macedo; STAUFFER, Anakeila de Barros (Org.). *Educação e Saúde*. Rio de Janeiro: ENJV, 2007. p. 35-70.
- UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Cuidados Primários de Saúde*. Brasil, 1979. 60 p. Relatório sobre Cuidados Primários de Saúde.
- VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. *Participação popular e saúde*. 2. ed. Petrópolis, RJ: CDDH, 1989.
- VALLE, Lilian do. *A escola pública e a crise do pensamento utópico moderno*. Rio de Janeiro: [s.n.], 1996. Mimeografado.
- WESTPHAL, M. F.; BOGUS, C. M.; FARIA M. de M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Bol. Oficina Saint. Panam*. Washington, v.120, n.6, p. 472-482, 26 jun.1996.

ANEXO A – Questionário de pesquisa com técnicos da Secretaria Municipal de Saúde

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA COM TÉCNICOS DA SECRETARIA DE SAÚDE DE DUQUE DE CAXIAS SOBRE DADOS REFERENTES AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Esta pesquisa integrará o Projeto de Dissertação intitulado de: EDUCAÇÃO E SAÚDE: A FORMAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS-RJ, que será apresentado ao Programa de Pós Graduação em Educação, Comunicação e Cultura da Faculdade de Educação da Baixada Fluminense da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Entrevistado:

Nome:

Função:

Matrícula:

Quais os critérios de contratação dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS no município?

Quantos ACS atuam no Programa Saúde da Família no Município?

Quem compõe a equipe dos Postos de Saúde da Família-PSF?

Quantas famílias são atendidas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde - Pacs no município ao todo? E famílias são atendidas por ACS quantas?

Quantos ACS têm a escolaridade abaixo:

() Analfabeto () Alfabetizado () Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental completo () () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio completo () Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo () Pós Graduação Incompleta () Pós Graduação completa

Quais as atribuições dos ACS do município?

Qual o tipo de qualificação profissional oferecida para os ACS pelo Município? Qual o tipo de qualificação profissional oferecida ao ACS pelo Estado?

Quem são os docentes dos ACS?

Os docentes que formam os ACS recebem uma formação para exercer esta função e qual a formação que recebem?

Qual a duração da formação recebida pelos (docentes)?

Qual a forma de avaliação utilizada para aferir se os conteúdos ensinados foram assimilados pelos (docentes)?

Quem executa a formação dos ACS?

Quais temas curriculares são abordados na formação dos ACS?

Qual a duração da formação recebida pelos ACS?

Qual o objetivo da formação recebida pelos ACS?

Qual a forma de avaliação utilizada para aferir se os conteúdos ensinados foram assimilados pelos ACS?

Como esta formação contribui para a execução das atividades dos ACS?

ANEXO B – Questionário de pesquisa com os Agentes Comunitários de Saúde

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA COM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Esta pesquisa integrará o Projeto de Dissertação intitulado de: **EDUCAÇÃO E SAÚDE: A FORMAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS-RJ**, que será apresentado ao Programa de Pós Graduação em Educação, Comunicação e Cultura da Faculdade de Educação da Baixada Fluminense da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Entrevistado

Nome:

Função:

Tempo que exerce:

Escolaridade:

PSF:

Quais as suas atribuições, enquanto, Agente Comunitário de Saúde?

Quais as funções que você exerce no seu trabalho e que você considera que estariam fora das atribuições de ACS?

Você acredita que a comunidade está satisfeita com seus serviços?

Quais as principais críticas que a comunidade faz para você com relação ao seu trabalho?

Quais os principais pontos positivos que a comunidade reconhece no seu trabalho?

A formação que você recebe facilita a execução do seu trabalho? Como?

Qual a avaliação que você faria da formação recebida:

Ruim Regular Boa Muito boa Excelente

Você percebe alguma mudança na sua prática profissional após a formação na qual participou? Exemplifique:

De que maneira a formação profissional pode contribuir para uma maior segurança na sua prática profissional?

ANEXO C – Carta ao Secretário Municipal de Saúde de Duque de Caxias

Duque de Caxias, 10 de fevereiro de 2008.

Venho por meio desta, solicitar a permissão do Secretário de Saúde do Município de Duque de Caxias, DRº DANILO GOMES, para realizar uma pesquisa de campo na Secretaria de Saúde e nos Postos de Saúde da Família do município.

Estes dados colaborarão para o projeto de Pesquisa elaborado para a titulação em Mestre em Educação, Cultura e Comunicação nas Periferias Urbanas, pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ Faculdade de Educação da Baixada Fluminense. Acredito que esta pesquisa terá relevância para detectar, fidedignamente, o trabalho desenvolvido por esta secretaria, no que tange às políticas para a saúde da família.

A pesquisa necessitará de dados referentes ao Programa dos Agentes Comunitários de Saúde do Município.

Necessitarei de dados tais como: número de agentes comunitários do município; áreas de atuação; número de Postos de Saúde da Família; composição das equipes dos PSF's; número de famílias atendidas nos PSF's; ocorrências frequentes de doenças nas regiões; grau de escolaridade dos ACS; forma de contratação dos ACS; formação dos ACS; grau de escolaridade dos responsáveis pela formação continuada dos ACS.

Será importante para a pesquisa entrevistar a equipe do PSF; o responsável técnico pelo PSF's; o Secretário de saúde do município; os agentes comunitários de saúde do município e outros técnicos ligados à ESF.

Tais dados serão importantes para a estruturação de uma dissertação acerca do relevante trabalho dos PSF's como política de saúde do SUS no município.