



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Roberta Rodrigues de Alencar Mota

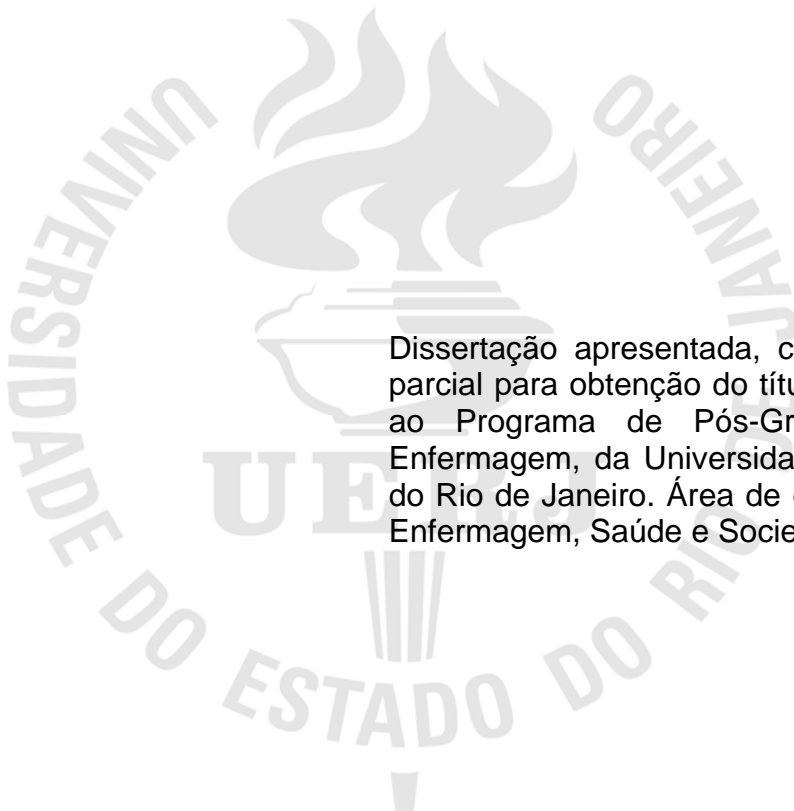
**Agentes Comunitários de Saúde: trabalho e formação profissional
numa perspectiva emancipatória**

Rio de Janeiro

2010

Roberta Rodrigues de Alencar Mota

Agentes Comunitários de Saúde: trabalho e formação profissional numa perspectiva emancipatória



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Helena Maria Scherlowski Leal David

Rio de Janeiro

2010

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

M917 Mota, Roberta Rodrigues de Alencar.
Agentes Comunitários de Saúde: trabalho e formação profissional numa perspectiva emancipatória / Roberta Rodrigues de Alencar Mota. - 2010.
110 f.

Orientadora: Helena Maria Scherlowski Leal David.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Saúde comunitária - Auxiliares. 2. Escolarização. 3. Formação profissional. 4. Prática profissional. I. David, Helena Maria Scherlowski Leal. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

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

Assinatura

Data

Roberta Rodrigues de Alencar Mota

Agentes Comunitários de Saúde: trabalho e formação profissional numa perspectiva emancipatória

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 8 de março de 2010.

Banca examinadora:

Prof.^a Dr.^a Helena Maria Scherlowski Leal David (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof.^a Dr.^a Isabel Brasil Pereira
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio Filho da FIOCRUZ

Prof.^a Dr.^a Sonia Acioli de Oliveira
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Rio de Janeiro

2010

DEDICATÓRIA

A Geni Fagundes de Oliveira (in memorian) e Véber Luis da Silva Cardoso (in memorian), Agentes Comunitários de Saúde que compartilharam comigo todas as alegrias, surpresas, lutas e aprendizado na implantação da Estratégia Saúde da Família na AP 5.2.

AGRADECIMENTOS

À minha família, por me fortalecer e apoiar nessa caminhada.

Ao Rammon, meu amor, meu anjo, pela paciência (e quanta!) nos momentos de ansiedade, por me acalmar, por estar sempre ao meu lado, simplesmente por você ser como é.

A todos os Agentes Comunitários de Saúde da AP 5.2, em especial aos do PSF Ilha de Guaratiba, cujo convívio, lutas e exemplo me motivaram a ingressar nesse desafio.

A todos os Agentes Comunitários de Saúde que, gentilmente, me concederam entrevista e possibilitaram a concretização desse estudo.

À professora Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza, a quem devo o estímulo inicial para o ingresso no Mestrado.

Ao professor Almir da Costa Moreira, pelo incentivo e revisão do meu projeto inicial de dissertação.

À Rita Moura, pelo exemplo profissional, convívio fraterno, incentivo e apoio.

A todos os amigos do Núcleo de Saúde da Família e demais colegas da CAP 5.2 em especial Denise Tavares, Alexandro Ribeiro, Tatiane Caldeira e Marcelo Regly, pela torcida, orações e estímulo.

Ao Arilson do Val, ex-ACS e amigo, pela disponibilidade e por toda colaboração nesse estudo.

À Cristina Salgado e José Carlos Bicaco, por permitirem meu afastamento inicial para a realização deste estudo.

À Paula Travassos, coordenadora da AP 5.2, e a Luciane Oscar pela concessão de licença para a finalização desse estudo.

À amiga Clarice Salazar, que compartilhou todas as etapas da realização desse sonho. Mesmo no meu afastamento, necessário para a realização desse estudo, se fez presente em todos os momentos e não deixou de me enviar vibrações de estímulo, amor e fé.

À amiga Edméia, por partilhar os momentos de aflição e me fazer acreditar que tudo daria certo.

Ao Grupo Esperança, meu porto seguro espiritual, por ajudar na manutenção do meu equilíbrio e por todo aprendizado.

Aos amigos Almir e Lícia, por vibrarem a cada conquista minha.

A todos os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família da AP 5.2, por facilitarem o meu contato com os ACS.

À amiga do mestrado Alcione Linhares, pelo convívio fraterno e pelas muitas risadas que ajudaram a tornar essa caminhada bem menos árdua.

À amiga do mestrado Jaldeci Leite, pelo convívio carinhoso, fraterno e solidariedade.

A todos os companheiros do curso de Mestrado, em especial Márcia Mattos, Ana Paula Munhen, Patrícia Rodrigues, Ana Raquel Bonder, Renata Rocha e Carla Soares, pelo grato convívio.

Aos companheiros do Projeto de Pesquisa “Abordagem interdisciplinar das novas relações e processos de trabalho em saúde: o caso dos Agentes Comunitários de Saúde”, pela oportunidade de aprender-fazendo pesquisa.

À Vera Joana Bornstein, pelo exemplo de seus estudos e valiosas contribuições na banca de qualificação.

Às Professoras Isabel Brasil e Sonia Acioli, membros da banca de qualificação, pelo carinho e preciosas contribuições para a finalização desse estudo.

À Cristiane do Valle e Priscilla Vigo, acadêmicas de enfermagem que colaboraram com a revisão de todas as entrevistas.

À Daniela Fortunato, sempre pronta a ajudar, pela generosa revisão desse estudo.

Aos funcionários da Coordenação de Pós-Graduação em Enfermagem Fabíola, Marcelo e Renan, pelo carinho e dedicação de sempre.

À Kalina Silva, revisora final deste trabalho, pela paciência e ajuda fundamentais.

A todos os professores do Programa de Pós-graduação da FENF/UERJ.

Especialmente à Helena David, pelo exemplo profissional, disponibilidade, pela acolhida generosa e por realmente me orientar na condução das minhas escolhas em relação a esse estudo. E ao Fernando, seu companheiro, por também se fazer solidário.

O fato de me perceber no mundo, com o mundo e com os outros me põe numa posição em face do mundo que não é de quem nada tem a ver com ele. Afinal, minha presença no mundo não é a de quem a ele se adapta, mas a de quem nele se insere. É a posição de quem luta para não ser apenas objeto, mas sujeito também da História.

Paulo Freire

RESUMO

MOTA, Roberta Rodrigues de Alencar. **Agentes Comunitários de Saúde: trabalho e formação profissional numa perspectiva emancipatória**. 2010. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

Este estudo tem por objeto a trajetória profissional e de escolarização do Agente Comunitário de Saúde (ACS), entendendo a escolarização como um processo de avançar no aprendizado dentro da escola formal e não apenas na formação profissional. Entende-se o trabalho como um princípio emancipatório, mas ao mesmo tempo repleto de contradições e, ainda, campo de exploração, na lógica do modelo de acumulação em curso. O objetivo geral do estudo é descrever e discutir a trajetória de trabalho, formação e escolarização dos Agentes Comunitários de Saúde inseridos na Área Programática 5.2 (AP 5.2). O estudo apresenta uma abordagem qualitativa, com base nas narrativas sobre o trabalho e vida dos ACS e o método de análise dos dados foi de base interpretativa com apoio do referencial da Hermenêutica-Dialética. Além disso, foi obtido um perfil quantitativo de escolaridade de todos os ACS. O campo da pesquisa foi a AP 5.2, no município do Rio de Janeiro. Os resultados evidenciam ampliação significativa em todas as faixas de escolaridade desses ACS após o início do trabalho. As razões apontadas para o ingresso no trabalho de ACS estão relacionadas à oportunidade de ingresso ou reingresso no mercado formal de trabalho e a proximidade da residência. A desvalorização e a falta de reconhecimento são apontadas como os principais motivos para os ACS deixarem a profissão. Alguns sujeitos apontaram como provisório o trabalho de ACS e sua permanência está vinculada a falta de outras perspectivas e também a sua identificação com o trabalho comunitário, remetendo a um caráter de dívida. O princípio emancipatório do trabalho também foi apontado por alguns sujeitos, já que o trabalho propiciou a retomada de antigos objetivos, no caso, voltar a estudar. Também foram encontrados achados da influência do enfermeiro no trabalho do ACS e na sua opção profissional. Parece haver um desejo deste trabalhador em mudar de função, porém continuando na área da saúde, mas a garantia dessa mudança só será possível com uma ordem social mais justa. Com base nos resultados e no referencial teórico, conclui-se que o ACS deve ser olhado não apenas como um trabalhador que reproduz um modelo de relação de trabalho, mas que, como membro das classes populares, permite pensar mudanças a partir do conceito de inédito viável. Sua permanência como ACS e a garantia de que se cumpra a proposta de mudança indicada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) depende do reconhecimento técnico e político desse trabalhador.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde. Escolarização. Formação profissional.

ABSTRACT

This study focuses on the professional development and education of the Community Health Agent, understanding education as a process of progress in learning within the formal school and not just in the professional formation. Work is understood as an emancipation principle, at the same time full of contradictions, and also an exploitation field, in the ongoing logic of capital accumulation. Main objective was to describe and discuss work, training and education of the Community Health Agents in the Program Area 5.2 of Rio de Janeiro city. The study was carried out in a qualitative approach based on narratives about subject's life and work, and of data analysis' method had theoretical support of hermeneutics-dialectics interpretation. In addition, a quantitative education profile was obtained. Results showed significant increase in all levels of Agents' formal education after they start working. The reasons given for entry into the work as Health Agent are related to the entry into or return to formal labor market and the proximity of the residence. Depreciation and lack of recognition are identified as main reasons for them to leave the profession. Some subjects considered the Agents' work as temporary, and their remaining is linked to lack of other perspectives, as also their identification with communitarian work, evidencing characteristics of the gift. The emancipation principle of labor was also mentioned by some subjects, since the work enabled the resumption of old objectives, in the case, to return to school. Also were found the influence of nurses in the Agent's work and their choice of subsequent profession. A desire to change their function seems to be present, but they still make professionals choices in the health area. However, these choices will only be possible within a more fair social order. Based on Paulo Freire's concept of "viable unprecedented", conclusion is that the Community Health Agent should be regarded not only as a worker who plays a type of employment relationship, but, as a member of the popular classes, able to suggest and develop transformation actions. Their remaining as Health Agents, ensuring the accomplishment of the proposed changes recommended by Family Health Strategy depends on both technical and political recognition of this worker.

Keywords: Community Health Agent. Education. Professional formation.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Perfil geral de idade e sexo	61
Tabela 2-	Tempo de atuação como ACS por sexo	62
Tabela 3-	Comparação do perfil de escolaridade do ACS ao início do trabalho e atual	63
Tabela 4-	Especificações dos cursos realizados atualmente	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AMACS-RJ	Associação dos ACS do município do Rio de Janeiro
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CSC	Coordenação de Saúde da Comunidade
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

ESF	Estratégia Saúde da Família
ETIS	Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos
FENF/UERJ	Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
FIOCRUZ	Fundação Instituto Osvaldo Cruz
GAT	Grupo de Apoio Técnico
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
IESC	Instituto de Estudos em Saúde Coletiva
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPP	Instituto Pereira Passos
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PS	Posto de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RA	Região Administrativa
RET-SUS	Rede de Escolas Técnicas do SUS
RJ	Rio de Janeiro
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESDEC	Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil
SF	Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMSDC	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEIAS	Territórios Integrados de Atenção à Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UPA	Unidade de Pronto Atendimento e Apoio Diagnóstico
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	17
1	REFERENCIAL TEÓRICO	25
1.1	Histórico da Atenção Primária em Saúde no Brasil: os primeiros movimentos para a Saúde Comunitária	25
1.2	O Agente Comunitário de Saúde: um perfil contraditório	32
1.3	Formação profissional do Agente Comunitário de Saúde	37
1.4	As capacitações para o ACS no município do Rio de Janeiro: treinamento Introdotório, Ambientação e Curso Técnico de ACS.	40
1.5	O enfermeiro e sua vinculação com o ACS	43
1.6	O princípio educativo e emancipatório do trabalho	46
2	METODOLOGIA	51
2.1	Abordagem metodológica	51
2.2	Campo da pesquisa	52
2.2.1	<u>O município do Rio de Janeiro nesse contexto: a expansão da ESF ..</u>	52
2.2.2	<u>Breve histórico da Estratégia de Saúde da Família na AP 5.2</u>	54
2.3	Sujeitos da pesquisa	57
2.4	Procedimentos de coleta de dados	58
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	60
3.1	O perfil de escolaridade dos ACS da CAP 5.2: análise quantitativa	60
3.2	Análise qualitativa	65
3.2.1	<u>Quem é esse agente?</u>	65
3.2.2	<u>A fala dos Agentes Comunitários de Saúde</u>	66
3.2.3	<u>Ingressar no trabalho de ACS</u>	67
3.2.4	<u>Permanecer como ACS</u>	72
3.2.5	<u>Deixar de ser ACS</u>	76
3.2.6	<u>Buscar novas alternativas</u>	82
3.2.7	<u>Onde está o enfermeiro?</u>	88
3.2.8	<u>Outras questões apontadas pelos ACS</u>	90
	CONCLUSÃO	94
	REFERÊNCIAS	99

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	107
APÊNDICE B – Questionário de escolaridade dos ACS	108
APÊNDICE C – Roteiro de entrevista	109
ANEXO – Localização das unidades de saúde da AP 5.2	110

INTRODUÇÃO

Gosto de ser homem, de ser gente, porque sei que a minha passagem pelo mundo não é predeterminada, preestabelecida. Que o meu “destino” não é um dado, mas algo que precisa ser feito e de cuja responsabilidade não posso me eximir.

Paulo Freire

A intenção de realizar este trabalho deveu-se primordialmente ao meu interesse desde a graduação pela área da Saúde Pública, especialmente pela Estratégia Saúde da Família (ESF). O delineamento do estudo guarda relação direta com a minha trajetória profissional. Realizá-lo seria uma oportunidade de refletir sobre alguns aspectos e desvelar acontecimentos da prática a qual estou inserida há mais de seis anos, fundamentada nos conhecimentos adquiridos durante o curso de mestrado. Nesse sentido, busco apoio no entendimento de Kosik, que aborda questões sobre o homem como *sujeito social*, que age, pensa e sente, e os obstáculos ao conhecimento da realidade em que este se insere:

Como o homem se identifica com o ambiente que o circunda e com aquilo que lhe cai sob as mãos, com aquilo que manipula e que lhe é ônticamente mais próximo, a sua própria existência e a sua compreensão se tornam para ele algo de remoto e muito pouco conhecido. A familiaridade é um obstáculo ao conhecimento; o homem sabe orientar-se no mundo que lhe está mais próximo, no mundo da preocupação e da manipulação, mas “não se orienta” em si mesmo, porque se perde no mundo manipulável, com ele se identificando. (KOSIK, 1976, p. 74)

Este aspecto também nos remete a sabedoria da frase de uma mulher simples do povo, dita por ocasião de um círculo de cultura em idos tempos e resgatada por Paulo Freire: “Gosto de discutir sobre isso porque vivo assim. Enquanto vivo, porém, não vejo. Agora sim, observo como vivo” (2005, p.13). Este estudo assume esse mesmo sentido de compreensão, na observação da trajetória profissional e de escolarização do Agente Comunitário de Saúde (ACS), objeto da pesquisa, entendendo a escolarização como um processo de avançar no aprendizado dentro da escola formal e não apenas na formação profissional, e também entendendo o trabalho como um princípio emancipatório. Entende-se o

trabalho como um princípio emancipatório, mas ao mesmo tempo repleto de contradições e, ainda, campo de exploração na lógica do modelo de acumulação em curso. A palavra emancipação pode ser empregada para definir diversas situações. Concernente a este estudo, a emancipação tem um caráter libertador, de independência, de obtenção de igualdade. Nesse sentido, nos apoiamos em Tonet (2007), que em sua explicitação sobre a emancipação humana afirma que o homem, ser social, será plenamente livre quando puder, de fato, ser senhor do seu destino, efetivamente sujeito da sua história. Paulo Freire (2005) também discorre sobre a emancipação em sua pedagogia problematizadora, que também possui um caráter libertador, afirmando que esta só será possível quando os homens submetidos à dominação lutem por sua emancipação.

Em novembro de 2002, recém egressa da faculdade, fui admitida no serviço público municipal como enfermeira da Área Programática (AP) 5.2, no município do Rio de Janeiro (RJ). Neste mesmo ano, de acordo com Moura (2009), começava pela Coordenação de Saúde da Comunidade (CSC) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) o planejamento da expansão da ESF no município, que teve início em 2003, onde até então só existiam algumas experiências isoladas da estratégia. Iniciei o trabalho como enfermeira instrutora-supervisora do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) também nesse momento, em uma comunidade com características predominantemente rurais na região de Guaratiba, que contabilizava na época aproximadamente 10.000 habitantes. Participei de todo processo de implantação do PACS na área, desde o treinamento introdutório (como era denominado na época) dos ACS até as etapas de reconhecimento e mapeamento do território, delimitação da área adscrita, divisão de microáreas e equipes, cadastramento das famílias e realização do diagnóstico situacional da comunidade. O módulo do PACS era situado em uma casa alugada pela prefeitura onde existiam duas equipes, totalizando duas enfermeiras e 22 ACS.

Durante 4 anos e meio permaneci nesta função, em que tive a oportunidade de conviver diariamente com vinte e dois ACS, supervisionando e orientando o trabalho de 11 desses, numa troca incessante de conhecimentos, vivências e sentimentos. Nesse período pude acompanhar e compartilhar com os ACS todas as descobertas relacionadas ao trabalho comunitário: a esperança de poder contribuir para a mudança da realidade de tantas pessoas, a decepção pela constatação, logo no início do trabalho, que seríamos muitas vezes “solitários” nessa trajetória, a falta

de reconhecimento e valorização tanto do profissional ACS quanto do próprio PACS, considerado pouco resolutivo e, a meu ver, menos importante que o Programa Saúde da Família (PSF) pela gestão local da época.

No período em que atuei em equipe do PACS, um período muito rico de experiências e crescimento profissional, deparava-me no dia-a-dia com diversas situações que me traziam questionamentos sobre a conformação da hegemonia instaurada do sistema de saúde vigente e sua conseqüente desorganização e pouca resolutividade. Eram constantes as barreiras e os enfrentamentos com outros profissionais de saúde, também da Atenção Básica (AB), e a falta de preparo e estrutura da própria rede de saúde para reconhecer a lógica da ESF. Diante de tais dificuldades senti necessidade de responder a essas questões, entender os determinantes dessa realidade e também de me fortalecer, embasar o meu trabalho e minhas ações realizando em 2004 um curso de pós-graduação *lato sensu* em Enfermagem em Saúde Pública. Posteriormente em 2006, quando já contava 3 anos atuando no PACS ingressei em outro curso de pós-graduação em Enfermagem do Trabalho. Já nessa época intencionava realizar um estudo sobre o profissional ACS. Como trabalho de conclusão deste curso desenvolvi então um projeto para investigar as principais causas de absenteísmo entre os ACS, relacionando trabalho e estresse. Esses estudos iniciais despertaram a necessidade de um desafio maior e de aprofundar meus conhecimentos na ESF através do curso do Mestrado. Nesse mesmo momento, após quase 5 anos no PACS, fui convidada a compor a equipe do Grupo de Apoio Técnico (GAT) da AP 5.2, uma equipe multidisciplinar também vinculada a SMS que prestava apoio técnico e operacional, além de supervisionar as equipes da ESF.

Dentre os principais objetivos da ESF, hoje entendida como política pelo Ministério da Saúde, destacamos a reorientação e reorganização do modelo assistencial, a consolidação e efetivação dos princípios do SUS e da recente Reforma Sanitária brasileira. Trabalhar na ESF é experienciar, é viver a realidade daquela comunidade, principalmente devido ao vínculo criado com as famílias. A questão do vínculo entre os profissionais de saúde e a comunidade assistida é uma das peculiaridades que a ESF traz no seu bojo. O ACS faz parte, é membro dessa comunidade. Kluthcovsky e Takayanagui (2006) consideram o ACS um trabalhador singular em saúde, já que, historicamente, ele seria um elo entre o sistema de saúde e a comunidade onde vive e trabalha. O enfermeiro é a referência profissional do

ACS na equipe de Saúde da Família (SF), dessa forma o acompanha enquanto profissional e morador da localidade.

Como supervisora de equipe de PACS observei que após algum tempo atuando como ACS, este trabalhador de alguma forma se sentia estimulado a estudar e ampliar seus conhecimentos, desenvolver habilidades e crescer pessoalmente e profissionalmente. De setembro de 2003 a dezembro de 2007 tivemos a passagem de 29 ACS nas equipes. Durante o período de atuação como ACS, 7 ingressaram no ensino superior, 5 no ensino médio/técnico, 2 receberam melhores propostas de trabalho e 1 ingressou no serviço público. Fatos semelhantes pude observar na fala de outros colegas enfermeiros, durante reuniões periódicas para discussão do processo de trabalho de diferentes equipes.

Trazendo situações da minha vivência, resumirei a história de três ACS que integraram a minha equipe: F., 24 anos, masculino, solteiro; M., 37 anos, feminino, solteira e A., 26 anos, feminino, casada. F. iniciou o trabalho como ACS aos 19 anos, tinha o ensino médio completo e uma experiência anterior de trabalho em emprego formal. Concomitante à trajetória como ACS fez alguns cursos profissionalizantes na área da gastronomia e atualmente cursa o 3º período da faculdade de nutrição. A ACS M., a época do início do trabalho, havia concluído somente o ensino fundamental e já havia trabalhado em emprego formal. Após um período de atuação como ACS ela retomou o ensino médio e posteriormente concluiu um curso Técnico em Enfermagem. Ambos continuam atuando como ACS, porém vislumbrando uma nova oportunidade no mercado de trabalho. A ACS A. possuía ensino médio completo ao ingressar na equipe do PACS e não possuía experiência em emprego formal. Ela também concluiu um curso Técnico em Enfermagem em 2007 e deixou a ESF em maio de 2008 para atuar na nova profissão em hospital da rede particular. Cabe ressaltar que todos os ACS citados atuaram desde a implantação do PACS na comunidade.

O ACS é um profissional proveniente das camadas populares, e como tal almeja melhores condições de vida e de trabalho. A escolarização não é garantia, entretanto, dessas melhorias, mas ainda assim tem um valor importante e é socialmente reconhecida para a ascensão social, profissional e também para a emancipação.

São fatos que promovem à reflexão, acerca dos motivos que levaram esse profissional a procurar novas alternativas de crescimento profissional, e trazem a

tona os seguintes questionamentos: i) a profissão de ACS seria apenas uma alternativa temporária e oportuna ao desemprego, problema vigente em todo país? ii) Ao mesmo tempo, o quê, no processo de trabalho como ACS, o motiva a buscar o seu crescimento profissional e pessoal? iii) por outro lado, se questionamos o que leva o ACS à busca da escolarização e a um processo de mudança, o que levam outros a permanecerem como ACS? iv) A perspectiva da escolarização seria um projeto pessoal, individual ou será que abrange uma dimensão coletiva? v) Nessa perspectiva, o trabalho do ACS pode ser pensado como um princípio educativo e emancipatório?

Os questionamentos acima abrem espaço a novas reflexões. A profissão de ACS, se for considerada como uma profissão de passagem, pode não garantir efetivamente a realização do vínculo desse profissional com as famílias e a comunidade. A formação do vínculo é a garantia que o ACS realmente terá acesso a população e poderá desenvolver as suas atribuições.

O enfermeiro é a referência do ACS na equipe e deve ter especial atenção a toda trajetória desse profissional. É o enfermeiro quem supervisiona, capacita e também cuida do trabalhador ACS. Trabalhador mas, ao mesmo tempo, morador e usuário daquele serviço de saúde.

A questão do trabalho como princípio educativo e a emancipação serão abordadas em capítulo específico, no Referencial Teórico. Ao longo do desenvolvimento deste estudo tentaremos responder a tais questões, que estão inseridas nos objetivos expostos a seguir. Vale ressaltar que este processo de escolarização e emancipação não está livre de contradições e de tensões. Como o próprio processo de trabalho do ACS não está. Um processo de trabalho contraditório e ainda desvalorizado.

Este estudo segue o delineamento de um projeto multidisciplinar, iniciado em 2007, intitulado “Abordagem interdisciplinar das novas relações e processos de trabalho em saúde: o caso dos Agentes Comunitários de Saúde”. Este projeto amplo de pesquisa propõe a construção de uma análise interdisciplinar das relações entre trabalho e saúde, tendo como foco o trabalho do ACS em suas variadas, complexas e múltiplas dimensões, materiais e simbólicas, objetivas e subjetivas, macro e micro-estruturais. A escolha deste profissional justifica-se pela posição singular e contraditória que ocupa no processo de trabalho em saúde: por um lado, é membro da comunidade-alvo e, como tal, também usuário dos serviços públicos de saúde;

portanto, conhece e enfrenta, como membro da classe trabalhadora, as mesmas dificuldades de acesso e de resolutividade que perpassam o sistema público de saúde. Por outro, torna-se integrante, nem sempre legitimado, de uma equipe de saúde altamente hierarquizada, elitizada e corporativa que, de formas também contraditórias, reproduz as relações sociais de classe presentes em nossa sociedade. O objetivo geral deste macro projeto é analisar criticamente, por meio de uma abordagem interdisciplinar, as relações entre trabalho e saúde, tendo como objeto o trabalho do ACS.

Este projeto está sendo desenvolvido em parceria por três instituições. É coordenado pelo Grupo de Pesquisa “Configurações do Trabalho, Saúde dos Trabalhadores e Enfermagem”, sob coordenação da Professora Helena Maria Scherlowski Leal David, docente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Participam também pesquisadores do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) e do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT), os dois últimos da Fundação Instituto Osvaldo Cruz (FIOCRUZ).

Dentro dos objetivos do projeto, foram desenvolvidas seis oficinas com ACS das AP's 2.2 e 5.2 do município do Rio de Janeiro, utilizando-se como técnica de coleta de dados a entrevista em grupo focal, nas quais os ACS tiveram a oportunidade de trocar experiências, discutir e refletir sobre o seu processo de trabalho. O projeto ainda está em andamento, estando na iminência de iniciar atuação em mais uma AP.

Os eixos de análise que constituem esse projeto interdisciplinar são a seguir explicitados: o ambiente internacional e a proposta de políticas de Atenção Básica (AB) de saúde no Brasil; modelos de gestão do trabalho de saúde e o ACS; redes de conhecimento e informação; a dimensão de gênero no trabalho do ACS; condições e processo de trabalho do ACS; o trabalho do ACS, sua relação com a Enfermagem e a mudança de modelo. O presente estudo vai de encontro às questões propostas pelo eixo condições e processo de trabalho do ACS e, no seu desenvolvimento, teve como norteadores os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Descrever e discutir a trajetória de trabalho, formação e escolarização dos Agentes Comunitários de Saúde inseridos na Área Programática 5.2.

Objetivos específicos:

- descrever e analisar a trajetória de vida e de escolha em relação à profissão de ACS, a partir de um levantamento quantitativo e de narrativas pessoais;
- identificar e analisar os motivos que levaram os ACS a procurar, permanecer e a abandonar a profissão;
- discutir as alternativas que os ACS buscam para o seu crescimento e formação profissional;
- identificar e discutir elementos no trabalho dos ACS que se configuram como princípios educativos e emancipatórios.

A proposta desse trabalho é analisar algumas concepções, contradições, princípios e caminhos que fazem parte do histórico de inserção e luta dos ACS como trabalhadores únicos e singulares no Sistema Único de Saúde (SUS).

O primeiro capítulo se constitui dos Referenciais Teóricos que possibilitam o resgate de elementos históricos e sociais marcantes na construção das Políticas de Saúde que configuram, hoje, o SUS e algumas tentativas de rompimento com um modelo de atenção à saúde predominante e que ainda não conseguiu, de fato, implementar alguns de seus princípios básicos. São abordados o histórico dos caminhos percorridos para o início da Saúde Comunitária, desde as primeiras experiências na China da década de 60, com os *médicos de pés descalços*, até o movimento para a Reforma Sanitária brasileira e as primeiras incursões do ACS nesse cenário e as experiências iniciais na ESF.

Também são abordadas questões relevantes e pertinentes aos ACS como suas atribuições e todas as contradições trazidas no seu bojo, a regulamentação da profissão, perfil e formação profissional, e as capacitações para o serviço proporcionadas no município do RJ. O papel do enfermeiro, profissional de referência para o ACS na ESF, também perpassa a discussão. Ao final do capítulo

são trazidos alguns conceitos referentes ao princípio educativo e emancipatório do trabalho.

O segundo capítulo apresenta a opção metodológica escolhida e percorrida, explicitando o desenho da pesquisa, assim como a busca por caminhos que trouxessem subsídios para a análise pretendida e a forma como esta foi realizada. Inicialmente foi idealizada uma abordagem estritamente qualitativa para o estudo, entretanto, para possibilitar um melhor dimensionamento dos rumos trilhados pelos ACS com relação aos objetivos da pesquisa, optamos também por uma breve, porém relevante, abordagem quantitativa. Trazemos um pouco do contexto e como ocorre a expansão da ESF no município do Rio de Janeiro e, mais especificamente, como essa se deu no campo de estudo, a AP 5.2.

O terceiro capítulo traz os resultados e discussão da pesquisa. Seguindo a organização da abordagem da pesquisa, este capítulo foi dividido em duas partes, contemplando, em separado, os resultados quantitativos e qualitativos do estudo.

A parte final do trabalho traz nossas conclusões de todo esse processo, onde procuramos sistematizar as principais evidências encontradas relacionando-as com os objetivos iniciais.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Histórico da Atenção Primária em Saúde no Brasil: os primeiros movimentos para a Saúde Comunitária

O objetivo de trazer este tema é entender, a partir de alguns marcos históricos, como tem se dado a relação entre a comunidade e trabalhadores comunitários e os sistemas de saúde no país. A partir da década de 60, foram observados em várias partes do mundo debates ampliados com relação à determinação econômica e social da saúde e iniciados novos esforços nesse campo, numa tentativa de superar o enfoque das ações predominantemente centradas no controle da enfermidade (BRASIL, 2002a). Após esses primeiros movimentos, foi lançado um olhar diferenciado sobre o exemplo da China nas décadas de 60 e 70, que passou a desenvolver em comunidades rurais ações simplificadas, porém eficazes na atenção a saúde utilizando para tal o envolvimento da própria comunidade. Nesse movimento participaram os mais diversos segmentos da população como os soldados, o homem comum, os movimentos de mulheres, que eram sempre orientados pelos responsáveis pela saúde local, os chamados *médicos de pés descalços* (BRASIL, 2002a; DAVID, 2008). Posteriormente ao exemplo chinês, foi observada uma difusão em todo o mundo da proposta da conformação de Atenção Primária à Saúde (APS).

A Declaração de Alma-Ata foi resultado do trabalho realizado na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde em 1978, na antiga URSS, e reafirmou o significado da saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais. Essa declaração propõe a APS como o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde. Previa também que os cuidados de saúde deveriam ser levados o mais próximo possível dos indivíduos e comunidades, tanto ao seu local de moradia como de trabalho, sendo indispensável a participação dos mesmos nesse processo, constituindo o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS À SAÚDE, 1978).

A APS é igualmente reconhecida na expressão Cuidados Primários em Saúde:

VI) Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS À SAÚDE, 1978, p.1).

Nesse documento já é mencionada a possibilidade de participação do Agente Comunitário nesse processo:

7 - Baseiam-se, nos níveis locais e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e **agentes comunitários**, conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS À SAÚDE, 1978, p.2).

A proposição lançada em Alma-Ata foi um marco fundamental, representando o ponto de partida para outras iniciativas em diversas partes do mundo e definindo a meta social dos governos de alcançar “*Saúde para todos no Ano 2000*”. Posteriormente foram realizadas outras conferências internacionais, que originaram documentos de referência resultantes desse processo de discussão e construção coletiva, sobre os conceitos fundamentais abordados no contexto da Promoção da Saúde (BRASIL, 2002a). Dentre esses documentos destacamos a Carta de Ottawa, resultante da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986, no Canadá. Esta Conferência foi, antes de tudo, uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento crescente em todo o mundo na época. As discussões ressaltaram principalmente as condições e recursos fundamentais para essa nova forma de desenho da saúde pública, identificando campos de ação na promoção da saúde e ressaltando a importância da equidade (MENDES, 2004). A participação comunitária e a co-responsabilidade dos indivíduos

nas ações de promoção da saúde para o incremento da APS também foram reafirmadas com destaque.

Nesses dois importantes documentos citados e em todos os outros movimentos decorrentes da iniciativa de Alma-Ata a reorientação dos serviços de saúde é considerada um desafio. Nesse sentido, corroboro com Mendes (2004) que a concretização desta meta só será possível com a crescente conscientização e participação dos diversos segmentos da sociedade. Ainda de acordo com esta autora, é realizada uma menção ao papel do enfermeiro neste importante processo, em que afirma:

Neste contexto, nós, enfermeiros, desempenhamos um papel fundamental, como cuidadores, educadores e promotores da saúde. Enfim, somos peça chave na geração de uma nova cultura da saúde, caracterizada pela humanização e integralização do cuidado ao ser humano, único caminho para o tão sonhado "desenvolvimento" preconizado pela Declaração de Alma-Ata há um quarto de século (MENDES, 2004, p. 447).

Voltando às décadas de 60 e 70 no Brasil, períodos marcados pela ditadura militar, referindo-nos ao sistema previdenciário, foram centralizados os institutos de previdência pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, como consequência, uma grande parcela da população ficou excluída desse sistema que era a garantia de acesso aos serviços de saúde. A centralização do sistema previdenciário teve prosseguimento durante a década de 70, com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e do Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS) (BRASIL, 2006a).

Nesse cenário das políticas de saúde, a proposição da medicina comunitária se concretizava em programas de extensão da cobertura de ações básicas. De 1976 a 1979, a exemplo, foi difundido o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), no Nordeste do Brasil, cuja finalidade era implantar estruturas básicas de saúde em comunidades de até 20.000 habitantes e conseqüentemente contribuir para a melhoria do nível de saúde da população local (SILVA; DALMASO, 2002a). Já nesse momento era proposta a ampla participação comunitária nas ações. Contudo, esse programa limitava-se a uma atenção primária seletiva e sem grande amplitude a populações marginalizadas, devido à carência de maiores recursos, pessoal minimamente qualificado e utilização de novas tecnologias, não

exercendo ainda mudança no modelo assistencial nem eficácia sanitária (BRASIL, 2006a).

A partir de 1979, foi aprovada a expansão nacional do PIASS, para o período de 1980-1985, através de Decreto Presidencial (SILVA; DALMASO, 2002a). As diretrizes básicas dessa estratégia previam, dentre outras, a ampliação da rede já instalada, o fortalecimento e reestruturação das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e a extensão do Programa para o âmbito nacional.

Neste contexto, devemos lembrar a trajetória do movimento social que resultou no processo da Reforma Sanitária Brasileira. A década de 80 em nosso país, época que também culminou com o fim da ditadura militar, é o referencial histórico da institucionalização do controle social participativo, quando se concretizou o princípio de participação da comunidade na deliberação, gestão e fiscalização das políticas públicas (BRASIL, 2006a). O movimento sanitário “inicia os anos 1980 propondo como linha tática a ocupação dos espaços institucionais e a formulação/implementação ativa de políticas de saúde frente à crise previdenciária do Estado” (BRASIL, 2006a).

A chamada Nova República, iniciada em 1985, período sucessor ao fim da ditadura militar, deparou-se, no âmbito da saúde, com uma maior articulação e mobilização do movimento sanitário, que já possuía propostas concretas para um projeto alternativo ao modelo assistencial vigente. Todos esses movimentos culminaram na possibilidade de realização, em março de 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), grande marco na história das conferências de saúde no Brasil, devido a participação, pela primeira vez, de segmentos da sociedade civil na conferência. As propostas dessa conferência, que previa a formulação de um Sistema Único de Saúde, separando de vez a “Saúde” da “Previdência” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986), foram contempladas no texto da Constituição Federal de 1988 e, suas propostas de reformulação do sistema nacional de saúde, posteriormente originaram as Leis Orgânicas da Saúde nº 8080/90 e nº 8142/90 (LOS).

Nos anos de 1988 e 1989 o Programa de Agentes de Saúde do Ceará foi oficialmente implantado em 45 municípios do interior. Os objetivos do programa eram melhorar a capacidade da comunidade de cuidar da própria saúde, através de ações específicas para a população materno-infantil, com o estímulo à amamentação exclusiva ao seio até os quatro meses de idade, ampliação da

cobertura vacinal e a redução de óbitos por desidratação decorrentes da diarreia. Os resultados positivos alcançados por este programa foram determinantes para a iniciativa do Ministério da Saúde (MS) de ampliação do programa e, no início da década de 90, é criado o Programa Nacional de Agentes Comunitários (PNACS), concebido como a primeira proposta federal de utilização do ACS como principal envolvido na intervenção em saúde e contribuidor da implantação do SUS em áreas rurais e periferias urbanas, priorizando a população Materno-infantil. Ainda em 1992, o PNACS perde o termo nacional e passa a se chamar PACS (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1994).

O PACS foi criado como uma das primeiras estratégias para iniciar a mudança do modelo de assistência à saúde, ou seja, a reorganização dos serviços de saúde e o acesso da população aos mesmos (BRASIL, 2000). O PACS apresentou resultados satisfatórios para sua proposta, entretanto trouxe a tona demandas que requeriam uma proposta mais inclusiva. O PACS é considerado pelo Ministério da Saúde (MS) como uma estratégia transitória para o Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2001).

Em 1994, é criado o PSF, com o objetivo de reorganizar a prática assistencial, dar atenção à saúde em novas bases, substituindo o modelo tradicional hospitalocêntrico e curativo, levando saúde para perto dos indivíduos e das famílias através de ações de promoção, prevenção e recuperação (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1994; BRASIL, 1997b, 2000, 2001). O MS considera que o PSF deve ser a porta de entrada da população para o sistema de saúde local. A proposta do PSF diferencia-se da concepção original de outros “programas” por não propor intervenções paralelas às atividades dos serviços de saúde e, sim, promover a integração e a reorientação dessas ações em um território delimitado.

A aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, através da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (termo sinônimo de Atenção Primária) para o PSF e o PACS, revogando a Portaria nº 1886 de 1997. Essa publicação reforça o entendimento do PSF como estratégia prioritária para reorganização da Atenção Básica no Brasil (BRASIL, 2006b) trazendo, inclusive, um conceito ampliado da mesma:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006b, p. 2).

Essa medida também estabeleceu as especificidades da ESF, as responsabilidades de cada esfera de governo na organização, financiamento e execução das ações e especificou as necessidades de infra-estrutura e recursos. As diretrizes do processo de trabalho das equipes e a definição da responsabilidade do governo sobre a educação permanente dos profissionais das equipes também são igualmente contempladas. Em um novo aspecto, são apresentadas as atribuições comuns e específicas a todos os profissionais das equipes (na portaria de 1997 eram definidas somente as atribuições de ACS e enfermeiros), incluindo-se o médico, técnico de enfermagem, cirurgião dentista, e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), posteriormente chamado de Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), e Técnico em Higiene Dental (THD).

Em 2008 o MS lança em nova publicação o Programa Mais Saúde: Direito de Todos 2008-2011, sendo um conjunto de iniciativas que permite consolidar a percepção estratégica de que a Saúde constitui uma frente de expansão que vincula o desenvolvimento econômico ao social (BRASIL, 2008).

O programa busca, numa perspectiva mais abrangente, aprofundar e atualizar os grandes objetivos da criação do SUS, num contexto contemporâneo, agregando novos desafios e dimensões para que os objetivos de universalidade, equidade e integralidade possam se concretizar. [...] a estratégia adotada neste programa articula o aprofundamento da Reforma Sanitária brasileira com um novo padrão de desenvolvimento comprometido com o crescimento, o bem-estar e a equidade. A melhoria das condições de saúde do cidadão brasileiro constitui o grande objetivo estratégico. O conjunto de medidas e ações concretas volta-se para a melhoria da qualidade de vida da população, contribuindo para que o SUS seja definitivamente percebido como um patrimônio da sociedade brasileira (BRASIL, 2008, p. 7 e 8).

Esse programa de governo apresenta todo o planejamento estratégico para o período de 2008 a 2011, detalhando as metas e possibilidades de financiamento para sua efetivação. Dentre as medidas que compõem os eixos de intervenção do Programa Mais Saúde destacamos, no tocante a ESF, uma medida do eixo Atenção à Saúde:

2.16. Implantar em Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS) unidades de apoio e referência para a Atenção Básica, ampliando a abrangência e a resolutividade das ações das Equipes de Saúde da Família e conformando a Rede de Atenção com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Especialidades Odontológicas – (CEOs), Unidades de Pronto Atendimento e Apoio ao Diagnóstico – (UPAs) (BRASIL, 2008, p. 26).

Ainda de acordo com essa publicação, destacando a abrangência e o impacto do SUS, citamos os seguintes marcos atingidos no período recente, sabendo-se que mais de 70% da população brasileira depende exclusivamente do SUS:

- Atualmente 87 milhões de brasileiros são acompanhados por 27 mil Equipes de Saúde da Família (ESF), presentes em 92% dos municípios, constituindo a base para um novo modelo assistencial;
- Cerca de 110 milhões de pessoas são atendidas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que atuam em 95% dos municípios brasileiros (BRASIL, 2008).

São poucas as publicações que identificam questões críticas relativas à implantação do PACS e PSF (BORNSTEIN; STOTZ, 2008). Os autores que mais provocam uma reflexão sobre as concepções do PSF são Merhy e Franco (2002), que estabelecem críticas ao “arsenal teórico ao qual esse Programa recorre para estruturar suas propostas”. Paralelo a isso, os autores ainda discorrem que a implantação do PSF, por si só, não se configura em uma mudança de modelo assistencial, pois podem existir PSF “médico centrados” ou até mesmo “usuário centrados”, dependendo de como se dará o processo de trabalho das equipes. Os autores ainda afirmam que, a estrutura formulada pelo Ministério da Saúde para o PSF, não possibilita que este, de fato, se torne um dispositivo para a mudança (FRANCO; MEHRY, 1999).

1.2 O Agente Comunitário de Saúde: um perfil contraditório

O ACS é um dos personagens que compõe as equipes de PSF e PACS, sendo sua atuação fundamental para a implantação e consolidação dessa estratégia. É um morador da comunidade treinado para desenvolver ações de saúde, apoiar e incentivar a comunidade na melhoria de suas condições de vida. É um trabalhador que provém das classes populares e que possui características próprias, visto que trabalha e atua na comunidade em que reside.

É um profissional que ainda está se adequando e delineando seu papel nas equipes da ESF. Essa indefinição é debatida por diversos autores, dentre eles Tomaz (2002, p. 85), que afirma que “a discussão do perfil, atribuições e competências dos ACS é um pouco polêmica”, não existindo uma clara definição do papel do ACS assim como uma delimitação das suas atribuições. Silva e Dalmaso (2002b) também afirmam que o trabalho do ACS se constitui em um campo recente de atuação, cujos saberes e práticas não se encontram sedimentados.

Desde 1991, com a implantação do PACS, os ACS vêm se transformando em uma força de trabalho numerosa e essencial na reformulação da atenção básica no Brasil, através da ampliação e consolidação da ESF. Entretanto, essa atuação do ACS se configura e tenta se equilibrar em um cenário de disputa de diferentes interesses, envolvendo forças de diversos atores políticos – trabalhadores, gestores do SUS, representantes dos poderes legislativo e judiciário-, que tentam “moldar” as políticas relativas à gestão do trabalho e da educação dos ACS conforme seus interesses (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

O papel do ACS é considerado amplo (JUNGES; MAZARI; SELLI, 2008) e atualmente suas atribuições são definidas em:

- 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 (BRASIL, 2006b).

A criação da profissão de Agente Comunitário de Saúde ocorreu recentemente, por meio da Lei 10.507/02, e posteriormente foi regulamentada pela Lei 11.350/06, cujos dispostos passam a reger as atividades dos ACS e dos Agentes de Combate às Endemias (ACE), trabalhadores cujo exercício das atividades se dá exclusivamente no âmbito do SUS (BRASIL, 2002b, 2006c). Mas, ainda não há garantia efetiva da formalização da contratação desse trabalhador nem clareza quanto ao seu processo de trabalho.

O papel desempenhado pelo ACS nem sempre tem uma definição clara, sendo constantemente utilizados os termos *mediador* e *elo de ligação* entre as famílias e o serviço de saúde (BRASIL, 2000; MENDONÇA, 2004; KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006; BORNSTEIN; STOTZ, 2008).

A mediação realizada pelos ACS foi objeto de estudo de Bornstein (2007), em sua tese de doutorado, especificamente na mediação de saberes populares e técnico-científicos, e esta autora reconheceu em três tipos a mediação desenvolvida pelos ACS:

- **Mediação convencedora**, por meio da qual se pretende transmitir ou repassar informação sobre atitudes e comportamentos considerados corretos, retificando os desvios existentes;
- **Mediação reprodutora**, que pretende viabilizar a reprodução da força de trabalho nas suas dimensões biológicas e culturais. Busca multiplicar a ordem estabelecida e, portanto, manter a sujeição à ideologia dominante.
- **Mediação transformadora**, que entende a mediação de saberes como a construção de novos conhecimentos e novas práticas em saúde, contribuindo para a transformação da sociedade numa perspectiva democrática (BORNSTEIN, 2007, p. 172).

As duas primeiras formas de mediação apresentadas por essa autora, convencedora e reprodutora, evidenciam que embora o ACS se perceba muitas vezes desvalorizado e não reconhecido profissionalmente, em muitas situações ele tende a reproduzir, na sua prática, a realidade de uma ordem social injusta e exploradora. Parafraseando Paulo Freire (2005), na Pedagogia do Oprimido, este autor esclarece que as classes *oprimidas* ao invés de lutar e buscar a sua libertação (da sociedade opressora) tendem a reproduzir essa mesma lógica, sendo também

opressores ou subopressores. Devido a realidade em que sempre estiveram inseridos, o seu ideal, o seu ser-no-mundo também adquire características opressoras. É o que Freire chamou de “aderência ao opressor” (2005, p.35). No contexto dos ACS na maioria das vezes eles se sentem explorados, mas ao mesmo tempo servem a essa exploração.

A mediação transformadora, em que ACS e cidadãos interagem, constroem um saber e transformam a realidade, reconhece a existência de um saber prévio dos educandos, adquirido através de sua história de vida, de sua prática social e cultural (BORNSTEIN,2007).

Nogueira, Silva e Ramos propõem ainda uma definição, bastante ampla, do papel de mediador social exercido pelo ACS:

[O ACS] é um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000, p. 10).

Do mesmo modo, as condições de trabalho dos ACS são as mais diversas, já que hoje a sua atuação não se restringe mais ao meio rural ou subúrbios. Existem, por exemplo, módulos de PACS e PSF em todo município do Rio de Janeiro, em favelas ou em bairros da zona Sul, segundo dados obtidos na *homepage* da Prefeitura do Rio de Janeiro.

O processo de trabalho do ACS é diversificado e amplo, tendo como principais metas realizar ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos, através do acompanhamento dos indivíduos e famílias. O ACS, sem dúvida, é um trabalhador que apresenta características especiais, visto que atua na mesma comunidade onde vive, estreitando a relação entre trabalho e vida social (FERRAZ; AERTZ, 2005).

Ainda trazendo questões dos tipos de mediação exercidos pelo ACS, entendendo-o como proveniente e membro das classes populares, podemos trazer alguns aspectos trabalhados na área da educação popular em saúde por Valla, autor com vasta produção bibliográfica sobre o tema. Para este autor, fica claro que freqüentemente as autoridades fazem uso e até estimulam a participação popular para tentar resolver alguns problemas que, sozinhos, não dão conta. Nessa concepção, está imbuída a idéia de que, o estímulo a essa participação, serviria

para legitimar os governos (VALLA, 1996), contribuindo para a manutenção da desigualdade. Em um de seus estudos esse autor cita um exemplo, relatado por um presidente de associação de moradores de uma favela que, somente através da mobilização comunitária conseguiu garantir, ainda que de forma intermitente, abastecimento de água para os moradores da localidade. Valla chama a atenção desse líder comunitário para as responsabilidades do governo na questão e que as associações de moradores não devem fazer o papel que deveria ser do Estado.

No caso específico do ACS, partindo do exemplo anterior, em muitas situações esse trabalhador sofre cobranças por parte da comunidade na resolução de algumas demandas, uma vez que, de forma não oficial, ele é um representante da prefeitura em sua comunidade. Na prática os ACS acabam por assumir diversas demandas da comunidade justamente por conta, como já citado anteriormente, da falta de uma delimitação clara de suas atribuições (TOMAZ, 2002). Qualquer ação que precise ser desenvolvida na comunidade ou nas famílias é automaticamente atribuída aos ACS como, por exemplo, a limpeza de caixas d'água para combater focos da dengue, a identificação de crianças fora da escola, a solicitação de limpeza de um terreno baldio com lixo acumulado.

Não estamos, com isso, questionando a participação do ACS em um necessário processo de transformação social. Contudo, é preciso que tenhamos em mente que o processo de transformação social é lento, requer esforços conjuntos, contínuos e cabe a participação de todos os cidadãos (TOMAZ, 2002).

Indo por esse viés, cabe chamar a atenção também para o aspecto de reprodução da ordem social que está presente na área da saúde e, conseqüentemente, no trabalho do ACS. Retomando o movimento da Reforma Sanitária, recente mudança na história da atenção a saúde brasileira, esse novo rumo da saúde não significou o rompimento com a ordem social injusta, pois o sistema de saúde continua conduzido pela lógica do capital. De acordo com Stotz (2003), sempre esteve em disputa a tendência à universalização do acesso ao sistema público de saúde, especialmente por conta do grau de concentração de renda vigente no país e das características restritivas do setor médico privado. Esse autor tece algumas críticas ao SUS, citando algumas de suas contradições como, por exemplo, a questão da dificuldade de acesso universal aos serviços de saúde. Neste aspecto, o autor traz a tona a questão da formulação do PSF pelo Ministério da Saúde, que a seu ver, ocorreu num momento de necessária expansão da oferta

de serviços públicos de saúde, numa tentativa de minimizar o déficit no acesso universal da saúde como direito pela população.

Podemos comparar com o fato de que, pelo menos no que se refere a seus princípios normativos, o trabalho na atenção básica deveria ser justamente o contrário do anteriormente exposto, ser um trabalho de fortalecimento de sujeitos coletivos na direção da construção de uma ordem democrática, mas não o é, porque tende a reproduzir as relações sociais de classe em que vivemos. Especialmente a ESF, nesse caso, deveria ser um espaço ideal para essa construção, por todas as suas especificidades, mas também continua reproduzindo o modelo de atenção o qual veio substituir, como confirmamos a seguir:

A estratégia de saúde da família, ao atuar numa população adscrita, tendo responsabilidade sanitária sobre o espaço de atuação, sobre os indivíduos e a coletividade, tendo como atribuição fomentar a participação popular, o controle social e o reconhecimento da saúde como direito de cidadania, tem plenas condições de efetivar a integralidade. Porém, do discurso para a prática, da norma para a real efetivação das ações há um longo caminho, tendo como resultado a reprodução de práticas assistencialistas, compartimentalizadas e medicalizantes pelas equipes de saúde da família. (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004, p. 263)

Em minha trajetória pude observar de forma privilegiada, enquanto profissional de saúde institucionalizada atuante desde o início da expansão da ESF no município e constantemente em contato com ACS¹ de diferentes AP's que estes trabalhadores ainda não conseguiram realizar uma reflexão coletiva adequada sobre o seu papel e delimitação de suas atribuições. A Associação dos ACS do município do Rio de Janeiro (AMACS-RJ) foi criada em 2007 e desde então vem assumindo a condução de algumas lutas dos ACS. A nosso ver, o foco principal dessa entidade, está ficando restrito a melhoria salarial e efetivação do cargo do ACS como funcionário público municipal. Não estamos aqui tecendo somente uma crítica a atuação da AMACS, e sim, provocando uma reflexão, pois se está perdendo o debate de uma questão central em todo esse processo: a importância do ACS como profissional indispensável para a mudança do modelo de atenção a saúde atual e consolidação dos princípios do SUS.

¹ Devido a participação em oficinas e grupos de discussão com ACS em grupo de pesquisa que desenvolve um projeto amplo e multidisciplinar sobre os ACS - Grupo de pesquisa Configurações do mundo do trabalho, saúde dos trabalhadores e enfermagem, da Faculdade de Enfermagem da UERJ – FENF/UERJ

1.3 Formação profissional do Agente Comunitário de Saúde

Residir na comunidade onde irá atuar, ter concluído o ensino fundamental e haver concluído com aproveitamento o curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde são alguns dos requisitos estabelecidos para ser contratado como ACS. A formação profissional do ACS, apesar da complexidade e amplitude do seu trabalho, caracterizado principalmente por uma dimensão educativa, em geral, tem-se caracterizado pela precariedade e diversidade, trazendo resquícios, desde a criação do PACS, da não-exigência de um perfil mínimo de escolaridade (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007). Anteriormente as leis que regulamentam a profissão, era necessário somente que o ACS soubesse ler e escrever (BRASIL, 1997a).

As concepções que permeiam o perfil atualmente estabelecido e a formação profissional do trabalhador ACS sofreram diversas adaptações desde os primeiros registros de sua atuação e estão compostas por concepções históricas e políticas do modelo de saúde atual e sobre a relação entre trabalho e educação. Em se falando de questões envolvendo educação, trabalho e formação profissional, buscamos algumas definições que nos permitissem ampliar uma reflexão.

A “formação profissional” é um termo definido por Pereira e Ramos (2006, p. 14) como uma expressão recentemente criada para “designar processos históricos que digam respeito à capacitação para e no trabalho, portanto, a relação permanente entre o trabalhador e o processo de trabalho na ótica dos trabalhadores”. A questão da qualificação profissional, entendida por essas autoras como educação, é considerada um processo educativo inerente a formação humana, devendo ser vislumbrada também na sua relação com a cultura. O cunho crítico das autoras nesse sentido perpassa a égide capitalista, que não permite que a educação, no sentido da formação profissional, fique imune as deformações geradas pelo capital. Ou seja, na lógica do capitalismo, o trabalho vinculado à qualificação profissional tem por finalidade formar profissionais produtivos para o capital. Nesse aspecto, permanece limitado impor ao capital outra lógica que não a da sua própria reprodução (TONET, 2007). Qual o significado desse limite? A formação do ACS deveria ser pensada numa concepção emancipatória, mas sofre todas as pressões da lógica de formação para o mercado. Na área da saúde

podemos apontar o tecnicismo como um aspecto que reforça a visão de que o trabalhador deve ser “produtivo” e sabemos que a produtividade é uma das principais questões levantadas nas queixas dos ACS. A produtividade dos ACS é medida através de indicadores individuais e por meio das visitas domiciliares realizadas durante o mês (BORNSTEIN, 2007).

Assim sob a ótica de Pereira e Ramos (2006), as autoras realizaram uma análise das qualificações desenvolvidas para os trabalhadores de nível fundamental e médio da saúde em que observaram uma predominância de que sejam realizadas em curto período de duração, em meros treinamentos, e produzindo, conseqüentemente, uma qualificação mecânica e pouco reflexiva desse trabalhador. Essa desvalorização da qualificação é justificada pelas autoras, pois, uma vez inseridos nos serviços de saúde, esses profissionais não são liberados para a realização de cursos mais extensos. O mesmo ocorre também com profissionais de nível superior.

O treinamento dos ACS deve abranger conhecimentos diversos, tendo como referência o processo saúde-doença, na perspectiva biomédica (NUNES et al., 2002), mas valorizando também o saber popular. Entretanto, alguns autores sugerem a necessidade de uma revisão da “formação” do ACS para o desempenho de suas funções, considerando a amplitude de sua atuação e a necessidade de que esse processo seja conduzido levando-se em conta a realidade em que o ACS está inserido (JUNGES; MAZARI; SELLI, 2008). Esses autores também refletem que, desde a implantação da ESF, são percebidas dificuldades em definir o tipo de formação necessária para os ACS, centrada na doença e idealizada a partir da atenção hospitalar, não se contextualizando com o trabalho cotidiano, onde se vivenciam as reais situações das comunidades.

O ACS é um cidadão pertencente à comunidade que passa a integrar as equipes de saúde, sem trazer qualquer bagagem cultural ou técnica pertinentes a esta área (BACHILLI; SCAVASSA; SPIRI, 2008). Ao se tornar parte integrante da equipe de Saúde da Família, o ACS passa a ter acesso a um saber técnico-científico, que se revela nos treinamentos e na própria convivência com outros profissionais da equipe. O objetivo destes treinamentos é levar ao ACS um conjunto básico de saberes clínicos e epidemiológicos que lhes permita inserir-se na dinâmica de trabalho das equipes de Saúde da Família, dele sendo esperado o cumprimento de atribuições fundamentais para a implantação da ESF, quais sejam o

cadastro das famílias, o reconhecimento e colaboração na definição do território.

Nesse aspecto, devemos reconhecer o saber, as vivências e experiências que o ACS traz, enquanto membro das classes populares, acerca do processo saúde-doença e da dinâmica de vida e trabalho de sua comunidade. Para além das atribuições técnicas, é também o “jeito” de movimentar-se, comunicar-se e acessar as famílias que o ACS passa a compartilhar com a equipe. No entanto, este saber não normatizado tende a ser desvalorizado no contexto dos conhecimentos disciplinares requeridos nos treinamentos em saúde.

Na perspectiva da educação crítica, trata-se de uma questão que evidencia uma hierarquização de saberes, por sua vez apoiada em assimetrias de classe social. Embora a Pedagogia Problematicadora de Paulo Freire, para quem “não há saber mais ou saber menos. Há saberes diferentes” (Frase atribuída à Freire. Carece de fontes) circule amplamente nas capacitações pedagógicas da área da saúde, não é isto o que ocorre no cotidiano das práticas, no qual o ACS, trabalhador de uma categoria profissional recente, ainda em processo de afirmação social, se percebe como um trabalhador desvalorizado e não reconhecido (Nascimento e DAVID, 2008). Esta pedagogia é uma opção muito mais trabalhosa, demandando engajamento político crítico para o professor/facilitador, sem dúvida, entretanto muito mais rica do ponto de vista humano (DAVID, 2001).

Na perspectiva Freiriana o saber popular trazido pelo ACS é um elemento a ser valorizado e deveria ser um elemento central no processo de democratização da saúde. Freire também considera que “ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. [...] Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre” (FREIRE, 1988, p. 39 e 31). Como idealizador da Pedagogia da Problematização, Freire incentiva uma educação que permita a construção do saber pela troca entre educador-educando, levando-se em conta a realidade na qual estão inserido, suas vivências. Daí, podendo estabelecer uma atitude crítica e transformadora em relação ao mundo e a própria vida.

1.4 As capacitações para o ACS no município do Rio de Janeiro: treinamento Introdutório, Ambientação e Curso Técnico de ACS

Como já mencionado no capítulo anterior, antes da regulamentação da profissão de ACS era exigido somente que esse trabalhador soubesse ler e escrever. A capacitação desse trabalhador para a função ficava reduzida a rápidos treinamentos (PEREIRA; RAMOS, 2006), e restringiam-se a capacitação em serviço realizada pelo enfermeiro (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

A partir da consolidação e expansão da ESF foi lançado um novo olhar sobre a necessidade e o processo de capacitação do ACS. Em 2000, o Ministério da Saúde lançou a série *Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família*, cujo caderno nº 2 era referente ao Treinamento Introdutório das equipes. Essa iniciativa deveu-se a necessidade de orientar e complementar a capacitação desenvolvida nos Pólos de Capacitação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, por conta da progressiva expansão da ESF e a crescente demanda de capacitação dos profissionais que atuam no PSF.

Nessa diretriz, acredita-se que a ESF vem imbuída de uma nova prática dos profissionais que irão compor as equipes. Para efetividade dessas ações, faz-se necessário que essas equipes sejam introduzidas em seus trabalhos por um processo específico de capacitação - o Treinamento Introdutório - marco inicial do processo de educação permanente dos profissionais (BRASIL, 2000). Esse treinamento inicial visava discutir os princípios e diretrizes do SUS e do PSF, para instrumentalizar as equipes na organização inicial do seu processo de trabalho (BRASIL, 2000).

Nessa concepção o MS sugere alguns parâmetros para o desenho de um Treinamento Introdutório. Este deve ser flexível e adequado aos recursos disponíveis e as necessidades locais das equipes, não sendo uma diretriz “engessada”.

No município do Rio de Janeiro o Pólo de Capacitação em Saúde da Família utilizou o Treinamento Introdutório para capacitar os ACS até o ano de 2007, num curso que totalizava 80h e era realizado a nível local pelos profissionais da própria ESF.

Atualmente a capacitação desse profissional é organizada pelas próprias equipes e coordenações locais e realizada em serviço. Os ACS são habilitados ao trabalho após o curso intitulado “Ambientação para Agentes Comunitários de Saúde”. Este curso foi formulado em 2007 por profissionais atuantes na ESF e trouxe a proposta de substituir o curso anterior denominado “Introdotório”. Essa nova concepção trouxe mais elementos sociológicos e antropológicos para os ACS, a fim de aproximar a prática profissional dos objetivos a que se propõe a ESF (RIO DE JANEIRO, 2007).

O Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação e Cultura (MEC), em 2004, propôs o Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde. Esse curso é oferecido em algumas das 36 escolas que formam a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), e “visa preparar profissionais para atuar como técnicos de nível médio junto às equipes multiprofissionais que desenvolvem ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílios e coletividades” (BRASIL, 2004, p. 16). A RET-SUS é uma estratégia de articulação, troca de experiências, debates coletivos e construção de conhecimento em Educação Profissional em Saúde. Trata-se de uma rede governamental criada para fortalecer a formação do pessoal de nível médio que atua na área da saúde.

Ao analisarmos as características da qualificação predominante dos ACS anteriormente à proposição da formação técnica, encontramos uma qualificação classificada como de nível básico da educação, portanto, não regulamentada e não lhe conferindo habilitação (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

Nessa diretriz estabelecida pelo MS e MEC (2004) a relevância do trabalho do ACS no contexto de mudanças das práticas de saúde e o papel social deste trabalhador, junto à população, constituem a necessidade de sua formação, feita em nível técnico e reafirma a intenção do governo de associar educação profissional à elevação de escolaridade.

A relevância deste trabalhador no contexto de mudanças das práticas de saúde e o papel social do Agente Comunitário de Saúde junto à população constituem a necessidade de sua formação, feita em nível técnico e reafirma a intenção governamental de associar educação profissional à elevação de escolaridade (BRASIL, 2004, p 6).

O acesso ao curso técnico de agente comunitário de saúde dar-se-á da seguinte forma:

- a) etapa formativa I** – formação inicial: acesso a todos os agentes comunitários de saúde inseridos no Sistema Único de Saúde, independentemente da escolarização;
- b) etapa formativa II**: concluintes da etapa formativa I, com certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do ensino fundamental;
- c) etapa formativa III**: concluintes das etapas formativas I e II, com certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do ensino médio (BRASIL, 2004, p. 17).

Essa nova proposta de elevação da escolaridade do ACS traz no seu bojo uma exigência que não está inscrita nos requisitos exigidos para o desempenho dessa função, que é a conclusão do ensino médio. Em contrapartida será promovida uma profissionalização e o acesso a um conhecimento técnico-científico que indiscutivelmente contribuirão positivamente para sua prática. Mas esse investimento não resultará na ampliação de um horizonte profissional, por conta da inexistência de um plano de carreira, já que ele *continuará sendo ACS*.

Nesse aspecto, consideramos que a Lei 11.350 deixou uma lacuna nesse sentido, mesmo sendo criada após o Referencial Curricular de 2004, pois reproduz os mesmos requisitos exigidos na lei 10.507/02 com relação à formação do ACS: a conclusão de um curso introdutório de formação inicial e continuada e a conclusão do ensino fundamental.

Apesar dessa iniciativa, na prática ainda não se observa empenho dos governos locais em incentivar a formação técnica do ACS. A não escolarização do ACS “denota a desvalorização da dimensão conceitual de sua qualificação, o que fortalece a desvalorização social desse trabalhador, sustenta a sua baixa remuneração e contrapõe-se à pauta política por uma melhor qualificação dos trabalhadores da saúde, de uma maneira geral (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007, p.267).

No município do Rio de Janeiro o curso Técnico para ACS é organizado pela Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos (ETIS), vinculada a Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil (SESDEC). O curso é dividido em 3 módulos, totalizando uma carga horária de 1200 horas. Poucos ACS do município participaram do 1º módulo do curso Técnico de ACS, de 400h, no ano de 2005, e o 2º módulo só poderá ter início quando todos os ACS tiverem concluído

a primeira etapa. Até o momento de finalização desse relatório, não houve avanço na continuidade desse curso.

1.5 O enfermeiro e sua vinculação com o ACS

Destacamos como algumas das atividades fundamentais do enfermeiro a prestação de cuidados ao cliente, a consulta de enfermagem, a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, a elaboração de planos de assistência de enfermagem, a organização/administração dos serviços de saúde e/ou de enfermagem, o que, por conseguinte, demanda a supervisão dos demais profissionais de enfermagem que compõem a equipe.

Na ESF, dentre as atribuições básicas do enfermeiro, destacamos que é ele quem planeja, coordena, acompanha, supervisiona e avalia sistematicamente o trabalho dos ACS (BRASIL, 2006b). O enfermeiro é a referência do ACS na equipe e deve ter especial atenção a toda trajetória desse profissional. O ACS faz parte, é membro da comunidade. O enfermeiro o acompanha enquanto profissional e morador da localidade.

A vinculação do trabalho do ACS ao enfermeiro ainda deixa margens com relação ao enquadramento desse profissional em um grupo específico, já que, o ACS, em sua atuação, estabelece uma interface com as áreas da saúde, social e da educação. Em seu estudo sobre a vinculação institucional dos ACS, Nogueira, Silva e Ramos (2000) trazem em voga essa discussão, afirmando que o ACS pertence ao grupo de trabalhadores de enfermagem, em virtude de realizar cuidados de saúde para com as pessoas. Tal pertencimento é defendido pelo Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), no documento a seguir:

Torna-se pertinente, como Entidade representativa da Enfermagem, apenas resgatar que, os/as Enfermeiros (as), como partícipes de uma equipe de trabalho constituída pela divisão técnica do trabalho, numerosamente presente no processo de trabalho em saúde, possuem acumulação histórica em supervisionar tanto exclusivamente em sua “disciplina”- a Enfermagem, quanto em contextos multidisciplinares – grupos, projetos, nos quais a supervisão pressupõe o domínio do processo e das mediações gerenciais, teórico-metodológicas, por exemplo, sendo o objeto, resultante das intervenções necessárias e multidisciplinares, para a compreensão/atuação em um dado fenômeno.

[...] Além do fato de atuarem como formadores dos ACS e estarem dentre os seus mais presentes coordenadores, compartilhando as orientações, ações individuais e coletivas, contribuindo para a interação interna e externa à equipe composta em cada local, participam da implantação desta estratégia, coordenando-a nos níveis estadual e municipal, assim como, exercendo diversos papéis nos Pólos de Capacitação em Saúde da Família. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, [2003?])

O Ministério da Saúde, em sua Portaria nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997, que aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família, utilizava em repetição o termo “enfermeiro instrutor-supervisor”. Esta Portaria deixava clara a responsabilidade do enfermeiro em relação à capacitação dos ACS, não eximindo, contudo, a participação de outros profissionais da equipe nesse processo:

8.7 A capacitação do Agente Comunitário de Saúde deve ocorrer em serviço, de forma continuada, gradual e permanente, sob a responsabilidade do Instrutor-Supervisor, com a participação e colaboração de outros profissionais do serviço local de saúde (BRASIL, 1997a).

Posteriormente, o Ministério da Saúde publica a Portaria 648 de 28 de março de 2006, trazendo como novo componente uma divisão/especificação das atribuições pertinentes ao enfermeiro do PACS e das atribuições do enfermeiro propriamente dito:

Do Enfermeiro do Programa Agentes Comunitários de Saúde:

- I - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- II - supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos ACS, com vistas ao desempenho de suas funções;
- III - facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e ACS, contribuindo para a organização da demanda referenciada;
- IV - realizar consultas e procedimentos de enfermagem na Unidade Básica de Saúde e, quando necessário, no domicílio e na comunidade;
- V - solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- VI - organizar e coordenar grupos específicos de indivíduos e famílias em situação de risco da área de atuação dos ACS; e
- VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Do Enfermeiro:

- I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- II - conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;
- III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

- IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;
- V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e
- VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006b).

O enfermeiro é o profissional de referência para o ACS, portanto, o mais próximo a ele na equipe. Trazemos a experiência de David (2001), que durante a realização de visitas domiciliares junto as ACS do município de Petrópolis, no Rio de Janeiro, como parte da supervisão de um Curso de Agentes de Saúde, percebeu que o caráter “fiscalizador” dessa supervisão, em que o conhecimento do ACS, sua abordagem perante os problemas da comunidade, seriam o principal foco, deixou de ser o objetivo principal. Traduzindo a questão, a própria autora relata que, para as ACS, pela ocasião das visitas, não era importante que seus conhecimentos estivessem sendo testados ou reconhecidos. As ACS se sentiam legitimadas pela presença da enfermeira, pois facilitaria o encaminhamento ou até a resolução de alguns problemas.

Trazendo um pouco do dia-a-dia do enfermeiro na ESF, esse profissional também assume a revisão e a consolidação das fichas do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), utilizadas pelos ACS. O SIAB possui um grande número de indicadores, permitindo a caracterização da situação sócio-sanitária e do perfil epidemiológico e o acompanhamento das ações de saúde desenvolvidas. Através dos relatos de ACS verificados no estudo de Mendonça (2008) foram constantes as referências que os mesmos faziam em relação a sobrecarga de trabalho burocrático, especificamente no preenchimento de tais fichas. Nesse estudo também foi ressaltado que o enfermeiro ficaria sobrecarregado nesse sentido, já que ele revisa, corrige e consolida as fichas e relatórios de todos os ACS de sua equipe. Os próprios ACS entrevistados pela autora reconhecem a importância do trabalho do enfermeiro e que essa sobrecarga burocrática, por vezes, repercute em sua disponibilidade e no trabalho em equipe.

Em seu estudo de doutoramento Bornstein (2007) expõe, através de falas dos ACS, que em muitas situações os ACS são confundidos como enfermeiros em suas incursões pela comunidade. As relações entre o enfermeiro e o ACS realmente são estreitas e o enfermeiro tem um papel importante na atuação desse trabalhador, não só na questão da supervisão do trabalho, mas também ofertando apoio e solidariedade.

1.6 O princípio educativo e emancipatório do trabalho

O ato de agir sobre a natureza, adaptando-a às necessidades humanas, é o que conhecemos pelo nome de trabalho. O trabalho define a essência humana.

Dermeval Saviani

Abordaremos brevemente a história da educação e do trabalho na humanidade, a partir do relato de Dermeval Saviani. As histórias da educação e do trabalho se confundem com a própria história da existência humana. Na antiguidade, junto com o surgimento da propriedade privada, passam a existir as divisões de classes: a classe não-proprietária (os que trabalham) e a classe proprietária da terra (os que vivem do trabalho alheio). Voltando um pouco mais na história, no comunismo primitivo, a educação coincidia inteiramente com os processos de trabalho, e, já a partir do advento das sociedades de classes, em que uma parte da sociedade não precisa trabalhar para viver, tem-se a origem da escola.

O significado da palavra escola, em grego, é *lugar do ócio*. Ou seja, só as classes ociosas tinham acesso às escolas. A classe dominante tinha acesso a uma educação escolar, diferenciada das classes trabalhadoras. A educação do povo, em geral, se dava no próprio processo de trabalho, aprendia-se na ação, transformando a natureza e a realidade. Reconhece-se, portanto, desde a antiguidade, o princípio educativo do trabalho. (SAVIANI, 2010).

Em relação ao trabalho na modernidade, a perspectiva do trabalho como princípio educativo é bastante desenvolvida por Gaudêncio Frigotto, que em suas obras desenvolve a articulação entre trabalho e educação. Para Frigotto o princípio educativo do trabalho advém da:

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

Frigotto realiza uma crítica ao projeto de Educação Profissional do governo federal, considerando-a subordinada ao ideário do mercado e do capital e de um modelo de desenvolvimento concentrador de renda, resultando em exclusão e desemprego, se vinculando a uma perspectiva de acomodação do trabalhador, deste modo, conformando um cidadão mínimo, que pensa e (re)age minimamente. Essa formação é focada numa ótica individualista, que sequer habilita o cidadão e lhe dá o direito a uma profissão ou a um emprego, tornando-o mão de obra disponível no mercado de trabalho sob os domínios do capital (FRIGOTTO, 2001).

Este autor afirma que vivemos tempos difíceis, com a nova sociabilidade do capital promovendo o aumento das desigualdades reais de trabalho e de condição de vida. Frigotto promove um debate a respeito do trabalhador “cidadão produtivo”, um trabalhador mais capaz de gerar mais-valia subordinado às exigências do capital e distanciado de um projeto emancipador. Aponta também alguns obstáculos para a realização de um projeto de cidadania numa perspectiva emancipadora: um aumento da complexidade das relações de trabalho, exigindo novas competências técnicas e políticas; a desregulamentação da legislação laboral, a precarização e a perda de direitos trabalhistas conquistados com muita luta no século XX (FRIGOTTO; CIAVATTA, 2003).

Ciavatta traz reflexões importantes para pensarmos em como o trabalho pode se constituir num princípio educativo. O trabalho enquanto ação possibilita mudanças, mas o trabalho pode ser, ou não, um princípio educativo, dependendo das condições em que se desenvolve (CIAVATTA, 2005). O trabalho pode se constituir em um princípio educativo negativo à medida em que pode provocar alienação, desqualificação e desigualdades, se totalmente condicionado pela educação que conduz à subordinação ao capital, disciplina e produtividade (CIAVATTA, 2005).

Esta autora observa que, em contraponto, a produção da existência humana e a aquisição de consciência se dão através do trabalho, sendo este uma atividade fundamental, em que o ser humano se cria, se renova e humaniza. Discorre também sobre a necessidade de se pensar o trabalho em outro contexto social, em que o trabalhador produza para si, em que o produto do trabalho coletivo seja distribuído de forma igualitária, constituindo uma nova relação social.

Abordando a questão das relações entre trabalho, história e saberes, Yves Schwartz (1996) reconhece que toda vida humana é atravessada de história. Neste

contexto, o autor ainda discursa que o trabalho também é atravessado pela história e o trabalhador faz história em toda atividade laboral. Schwartz cita uma expressão relevante de Paulo Freire, acerca de a história estar sempre “inacabada”, significando que a história se re-escreve continuamente, assim como o saber se recria. Schwartz também cita Frigotto, que afirma o homem como ser social que se cria e recria pelo trabalho.

O inacabamento da história e do homem, como mencionados anteriormente, são muito abordados por Paulo Freire (2005), que reconhece os homens como seres que *estão sendo*, como seres da busca, inacabados, inconclusos, possuindo uma vocação ontológica de *ser mais*. O homem tem plena consciência de sua inconclusão, se sabe inacabado e, cada um, dentro de suas habilidades e potencialidades encontra-se nesse processo de busca, de crescimento, de emancipação.

Escrever sobre emancipação numa sociedade ainda tão *opressora*, remetendo novamente a Freire, é, no mínimo, desafiador. O que se defrontará também com inúmeras contradições e contrastes. As contradições que o capitalismo impõe, faz com que o trabalho seja, também, um campo contraditório e ambíguo. A subjetividade e individualidade humana originam o que se chama de metabolismo social do capital (MACIEL, 2006). Está claro que não estamos caminhando para a mudança, o capital se reconfigura, e não se percebe mudanças efetivas em sua lógica.

Em uma análise da imposição do econômico sobre o humano Gorz traz sua crítica sobre a racionalização econômica do trabalho. Este autor chama atenção que “a racionalização econômica do trabalho venceu, portanto, a resistência das antigas idéias de liberdade e de autonomias existenciais. Fez nascer o indivíduo que, alienado em seu trabalho, também o será, obrigatoriamente, em seu consumo e, finalmente, em suas necessidades” (GORZ, 2007, p. 31). O trabalhador alienado, nesse aspecto, não possui potencial para o rompimento com a lógica do capitalismo.

A emancipação está subordinada à superação do que Freire chama de *situações-limites*, barreiras que impedem o homem de *ser mais*. Para este autor, homens e mulheres, como seres conscientes, sabem de sua liberdade ou de seus condicionamentos. Sendo assim, constantemente encontram em sua vida pessoal e social, obstáculos que precisam ser ultrapassados, superados. Esses obstáculos, Freire chamou de *situações-limites*. As *situações-limites* são realidades objetivas e

que provocam necessidades nos indivíduos. Para a superação é preciso “a ação dos homens sobre a realidade concreta em que se dão as “situações-limites” (FREIRE, 2005, p. 105). Entretanto, nem sempre os homens assumem uma postura de superação frente a essas situações: podem percebê-las como obstáculos que *não podem* transpor ou podem simplesmente encará-los como algo que *não querem* transpor. É a partir da superação das situações limites que o homem passa a vislumbrar o *inédito viável*, que discutiremos mais adiante. Será que, neste contexto, podemos considerar o trabalho do ACS como uma “situação-limite”? E essa situação limite o levaria a vislumbrar um *inédito viável*?

Nessa lógica, a possibilidade de atuar como ACS representa, para muitos, uma possibilidade de ingresso ou de reingresso no mercado de trabalho (SILVA; DALMASO, 2002a). Podemos citar o exemplo de mais uma ACS da minha antiga equipe, G., 50 anos, casada, ensino médio completo, que nunca havia trabalhado anteriormente à atuação como ACS. A mesma relatou-me em diversas ocasiões que, a época do processo seletivo para trabalhar como ACS, não vislumbrava possibilidade de inserção no mercado de trabalho devido à sua idade (45 anos) e inexperiência. Assumir a posição de ACS, para ela, foi gratificante pela vivência do novo, por se sentir útil e por desenvolver um trabalho em que poderia ajudar ao próximo. Essa mulher, através do trabalho de ACS, obteve sua primeira chance no mercado de trabalho. Porém não pensa em deixar de ser ACS, apesar de queixar-se do baixo salário e excesso de trabalho, por ainda assim gostar da profissão, achar cômodo trabalhar próximo a sua residência e por ainda perceber dificuldades em conseguir emprego no mercado de trabalho formal.

Ana Maria Freire, que redigiu a nota nº 1 do livro *Pedagogia da Esperança*, escreve sobre o chamado “inédito-viável”:

Uma das categorias mais importantes porque provocativa de reflexões nos escritos da *Pedagogia do Oprimido* é o ‘inédito-viável’. Pouco comentada e arrisco dizer pouco estudada, essa categoria encerra nela toda uma crença no sonho possível e na utopia que virá, desde que os que fazem a sua história assim queiram, esperanças bem práticas de Freire... Esse ‘inédito-viável’ é pois, em última instância, algo que o sonho utópico sabe que existe mas que só será conseguido pela práxis libertadora que pode passar pela teoria da ação dialógica de Freire que evidentemente, porque não necessariamente só pela dele, por outra que pretenda os mesmos fins (FREIRE, 2003, p.106).

O inédito viável se constitui numa possibilidade inédita, ainda não claramente vivida ou conhecida, mas que quando sonhada ou percebida, se manifesta como um

“*percebido destacado*” (FREIRE, 2005). Assim, quando os homens se percebem conscientes e capazes de ultrapassar as *situações-limites*, o inédito viável já não é mais o mesmo, já deixa de ser sonho para se tornar concreto.

Nessa lógica, através da ampliação da escolaridade, a busca de outros espaços, de alternativas, se constituiria num inédito viável para o ACS? Mesmo nas classes populares, nos seus modos de viver, há uma forte tendência à reprodução da lógica individualista e consumista. No seu imaginário a escolarização pode representar uma saída, uma possibilidade de mudança.

É nesse sentido que acredito e percebo o caminho atualmente trilhado pelos ACS: um movimento transformador, de (re)construção, (re)inclusão e, sobretudo, de esperança.

2 METODOLOGIA

2.1 Abordagem metodológica

O método é o caminho escolhido e percorrido pelo pesquisador no delineamento do estudo. Vale lembrar que toda a trajetória desse estudo guarda relação direta com minha vivência profissional. Nesse sentido, nos identificamos com a afirmação de Minayo que “os pesquisadores são, dialeticamente, autores e frutos do seu tempo histórico” (MINAYO, 2004, p. 41). Dentro da proposta da pesquisa realizou-se um estudo descritivo, qualitativo, através de entrevistas individuais semi-estruturadas. Posteriormente, vislumbramos a possibilidade de delinear o perfil educacional de todos os ACS do universo da pesquisa, e para tanto nos servimos de uma tabela preenchida por todas as equipes. De acordo com Salomon apud Santos e Clos (1998), o método descritivo é um delineamento da realidade, já que este descreve, registra, analisa e interpreta a natureza ou os processos dos fenômenos. Ainda de acordo com este autor, a utilização deste método permite a análise de como uma pessoa, grupo ou coisa se conduz ou funciona no presente.

Quanto ao método de análise dos dados o caminho escolhido é o que Minayo (2002) denomina como a Hermenêutica-Dialética, baseada principalmente nas considerações e debate entre Habermas e Gadamer iniciados nos anos 60.

O conceito de hermenêutica se fundamenta na arte da compreensão de textos. O termo “texto” aqui descrito tem um sentido ampliado: entrevista, narrativa, livro, documento, artigo, dentre outros (MINAYO, 2002). Existem “múltiplas possibilidades de interpretação e compreensão de um autor ou de um texto (...), a compreensão não é um procedimento mecânico e tecnicamente fechado: nada do que se interpreta pode ser entendido de uma só vez e de uma vez por todas” (MINAYO, 2002, p. 86). Pois, para Minayo compreender possibilita a interpretação, estabelecer relações e extrair conclusões.

A abordagem dialética estabelece uma atitude crítica, ao contrário da hermenêutica, que busca essencialmente a compreensão (MINAYO, 2002). Para Chizzotti (2001), a dialética, no processo do conhecimento, insiste na relação dinâmica entre o sujeito e o objeto.

Em outro momento de debate sobre a dialética, esta autora remete a “*especificidade histórica* da vida humana: nada existe totalmente dado, eterno, fixo e absoluto. Portanto, não há idéias, nem instituições e nem categorias estáticas” (MINAYO, 2004, p. 111). É nessa mesma especificidade que acredito estar inserida a categoria ACS: uma massa enorme e crescente de trabalhadores que já se permitem refletir e mudar sua realidade de vida, de educação e trabalho.

A articulação entre a hermenêutica e a dialética conduz a um processo compreensivo e ao mesmo tempo crítico de análise da realidade social (MINAYO, 2002). Esta autora considera a hermenêutica e a dialética como necessárias a produção da racionalidade em relação aos processos sociais.

Todos os aspectos pertinentes ao tema e objetivos da pesquisa, inclusive os aspectos ambíguos e contraditórios, serão analisados com base na narrativa do ACS. A partir desta narrativa pretendo também não só explicitar a percepção do ACS, mas a minha percepção enquanto investigadora, que entendo os ACS como sujeitos capazes de (re)construir uma história pessoal e profissional mais justa.

Neste sentido, Bornstein (2007, p. 201) também reconhece a capacidade transformadora do ACS, através da mediação por ele exercida, na transformação da sua realidade e da dos demais: “na medida que sua mediação seja transformadora, fortalece-se a construção de um sistema de saúde humanizado e a luta por uma sociedade mais justa”. Esta autora considera “importante destacar a necessidade de desenvolver este potencial, no sentido de que sua mediação tenha cada vez mais um cunho transformador.”

2.2 Campo da pesquisa

2.2.1 O município do Rio de Janeiro nesse contexto: a expansão da ESF

O projeto inicial do município do Rio de Janeiro na ESF teve início em 1996, com uma primeira experiência de PACS, no Complexo da Maré. O bairro é considerado o mais populoso complexo de favelas do Rio de Janeiro constituindo o local de maior concentração de população de baixa renda (BORNSTEIN, 2007). A

partir de 1999 as equipes de PACS foram implantadas em outras comunidades de baixa renda, sendo utilizados os seguintes critérios, disponíveis no site da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ):

- Demanda comunitária, algumas delas de longo tempo, solicitando serviços de saúde comunitários;
- Demanda dos Conselhos Distritais, orçamento cidadão, do programa “Favela Bairro”;
- Facilidade inicial de acesso e implantação local;
- Vazios assistenciais – estratégias de ampliação de cobertura;
- Facilidade para identificar prioridades e estabelecer estratégias apropriadas (4)

No ano 2000 houve uma discreta ampliação da ESF para outras áreas da cidade, com a inauguração de mais cinco módulos de PACS nas comunidades Complexo de São Carlos, Complexo do Turano, Morro da Formiga, Alto da Boa Vista e Complexo do Caricó.

Em 2002 começava pela CSC da SMS do Rio de Janeiro o planejamento da expansão da ESF no município. Essa expansão foi iniciada já em 2003, onde até então só existiam algumas experiências isoladas da estratégia (MOURA, 2009).

Apesar de todo o processo de expansão da ESF no município, não houve investimento na realização de nenhum trabalho de preparação e apresentação dessa nova forma de fazer saúde aos profissionais e gestores de todos os níveis de atenção, principalmente o primário. Pude observar essa situação, na época, como profissional atuando também nesse processo de implantação da ESF. Com a inserção e lotação de profissionais nas comunidades, o cadastramento das famílias e a realização dos diagnósticos situacionais foi varrida a “poeira de debaixo do tapete”. Ou seja, fomos de encontro à realidade de saúde da população. Deparamo-nos com uma população doente, carecendo de cuidados e intervenções imediatas e com todos os determinantes de uma realidade repleta de riscos e agravos a saúde. Reconhecemos essa mesma percepção na fala de uma ex-ACS:

[...] tinha as nossas limitações. Chegava na casa de uma pessoa e aquela pessoa precisava de um certo exame, uma internação e a gente tinha a nossa limitação, era muito difícil. E hoje a gente tem o [Hospital de] Acari aí, já tem outros pólos pra gente... Mas naquela época [início da expansão da ESF] não tinha referência nenhuma. Então era difícil, pois a gente tinha o problema e não tinha a solução. E você chegava em um paciente, uma família que está ali achando que você é o salvador da pátria, e você não ter nenhuma solução para eles, era muito difícil. (ex-ACS 23, hoje é Auxiliar de Saúde Bucal)

A ESF ainda encontra-se em processo de consolidação e expansão, não só no município do Rio de Janeiro, mas em todo território nacional. O Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF) coloca como um desafio nacional a expansão com qualidade da ESF para os grandes centros urbanos, devido à heterogeneidade das condições econômico-sociais aí encontradas (BRASIL, 2003). No município do Rio de Janeiro essa realização se torna mais complexa devido a “densidade populacional elevada, a concentração de serviços de saúde em algumas áreas e a escassez ou a ausência em outras, a precariedade e a insuficiência da rede de Atenção Básica, o funcionamento da rede hospitalar de forma desintegrada, etc.” (BRASIL, 2005).

De acordo com as informações obtidas na base de dados online do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), referente a competência de novembro de 2009, em todo o Estado do Rio de Janeiro existiam 10.329 ACS. Já no município do Rio de Janeiro existiam 955 ACS em 165 PSF e 770 ACS em 81 PACS, totalizando 1.725 ACS.

2.2.2 Breve histórico da Estratégia de Saúde da Família na AP 5.2

O universo desta pesquisa de mestrado foi a AP 5.2 do município do Rio de Janeiro, que compreende os bairros de Campo Grande, Guaratiba, Barra de Guaratiba, Pedra de Guaratiba, Santíssimo, Vasconcelos, Cosmos e Inhoaíba, situados na zona oeste da cidade. Esta área abrange também duas Regiões Administrativas (RA) da cidade, as XVIII e XXVI RA. De acordo com dados do site do Instituto Pereira Passos (IPP) a AP 5.2 ocupa uma área de 305,92 Km², o que corresponde a 24,98% do território do município e 34,59% do território da zona oeste da cidade. Seus limites de extensão são o município de Nova Iguaçu (ao norte), a AP 5.1 (a leste), a AP 5.3 e Baía de Sepetiba (a oeste) e a AP 4.0 e o Oceano Atlântico (ao sul). O IPP estima a população total desta área em 804.985 habitantes, apresentando um número de habitantes muito próximo a alguns municípios considerados dentre os mais populosos do estado em estimativa populacional para 2009, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 14 de agosto de 2009, como Duque de Caxias (872.762) e Nova Iguaçu

(865.089). Campo Grande e Guaratiba se configuram como os dois maiores bairros da AP 5.2 e serão brevemente caracterizados a seguir.



Mapa - Localização da AP 5.2 em relação ao município do Rio de Janeiro

Nota: Adaptado do Google Earth

Campo Grande atualmente é o bairro mais populoso e o terceiro maior em extensão territorial do município. Desde os primeiros anos do século XX e até os anos 40, Campo Grande foi considerada a grande região produtora de laranjas da cidade. Também era destaque na avicultura. Até hoje é zona de plantio, principalmente de coco, chuchu, aipim, batata doce e frutas. A partir da década de 1960, surgiram os distritos industriais em Campo Grande e também em Santa Cruz, resultando na instalação de grandes empresas, como a siderúrgica Cosigua-Gerdau, a Michelin e a Vale-Sul, entre outras.

Historicamente, Campo Grande notabilizou-se por ter se desenvolvido de forma independente do resto da Cidade. Seu tecido urbano é regular e descontínuo; a ocupação sendo resultante de loteamentos isolados de grandes áreas. Na verdade, Campo Grande, por dispor de vasta rede de serviços e um comércio que foi se expandindo e se diversificando, cresceu extraordinariamente. Observa-se atualmente um grande investimento de empresas do setor de construção civil no centro e arredores do bairro.

Guaratiba é um extenso bairro do Rio de Janeiro, com população predominante de classe média e média-baixa, mas com alguns casarões e sítios de alto padrão, além de já possuir algumas pequenas favelas. É uma região com características rurais, com extensa faixa litorânea e intensa atividade pesqueira. Compreende, na realidade, uma região que engloba alguns sub-bairros de Campo Grande: Pedra, Ilha e Barra de Guaratiba. O bairro como um todo tem atrativos diversos, desde restaurantes especializados em frutos do mar até belíssimas praias e trilhas ecológicas com acesso ao Parque Estadual da Pedra Branca.

A primeira experiência em Saúde da Família na AP 5.2, ocorreu em 1999, como um projeto piloto de conversão de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional em PSF na comunidade Vilar Carioca, localizada no bairro de Inhoaíba, zona oeste do município. De acordo com dados do site da SMSDC-RJ, a comunidade apresentava vantagens por estar em área bem delimitada e já possuir o Posto de Saúde (PS) Dr. Adão Pereira Nunes, propício para conversão em PSF, sendo então implantadas três equipes de Saúde da Família. De acordo com Moura (2009), essa experiência na verdade, tinha objetivo de lotar profissionais em uma área historicamente de difícil fixação de recursos humanos, sendo a mudança de modelo de atenção objetivo secundário.

Com o início da expansão da ESF em 2003, a AP 5.2 também se engajou nesse processo, priorizando e direcionando a ampliação desse serviço de atenção básica para áreas consideradas vazios assistenciais. Nesse mesmo ano foram implantadas na área 9 equipes de PACS em imóveis alugados pela prefeitura. Como componente histórico, vale destacar que essa modalidade de PACS foi denominada pela CSC na época como PACS Adaptado (MOURA, 2009), visto que não foram alocados em UBS tradicionais como preconizado pelo Ministério da Saúde e não tinha perspectiva de estratégia transitória para o PSF. Além disso, na época também havia uma dificuldade de contratação de médicos que possibilitasse o início dessa expansão já com o PSF, devido à questão da violência urbana e aos baixos salários.

A partir de 2004, gradativamente também foram implantadas equipes de PSF. Duas experiências bem sucedidas de PACS possibilitaram a conversão de mais duas UBS da área em PSF, reafirmando o caráter substitutivo da ESF. Atualmente existem 42 equipes de PSF e 7 equipes de PACS na AP 5.2, o que contabiliza uma força de trabalho de 316 ACS.

De acordo com os dados do SIAB de dezembro de 2009, na AP 5.2 existem aproximadamente 42.385 famílias e 169.540 cidadãos acompanhados por equipes de PSF e PACS.

2.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa entrevistados para a análise das narrativas sobre trajetória profissional foram ACS escolhidos entre as 7 equipes de PACS e 42 de PSF da área. O perfil almejado foi de ACS que tivessem continuado ou voltado a estudar após o ingresso no trabalho. Foram entrevistados ACS de 7 unidades de PSF e 2 unidades de PACS, além de 7 ex-ACS, totalizando 34 entrevistas. Um representante da AMACS-RJ, importante liderança entre os ACS do município, também nos deu o seu relato. Os critérios inicialmente definidos para inclusão no estudo foram: trabalhar (ou ter trabalhado) há mais de 1 ano como ACS, ter voltado a estudar após iniciar o trabalho como ACS e dar a anuência para participar da pesquisa. Porém, 2 dos 7 módulos de PSF visitados tinham menos de dois anos de inauguração e ACS contratados há quase um ano, com exatos onze meses de trabalho à época, e que se dispuseram com muita boa vontade a dar o seu depoimento.

Posteriormente às entrevistas, em que um número reduzido de sujeitos foi entrevistado, a quase totalidade dos 316 ACS da AP 5.2 acabou se configurando, também, como sujeitos da pesquisa, através da distribuição de um questionário a todos os módulos de PSF e PACS. Esse fato acrescentou um componente quantitativo à nossa pesquisa e buscamos apoio em Chizzotti (2001, p. 84) que afirma que “algumas pesquisas qualitativas não descartam a coleta de dados quantitativos, principalmente na etapa exploratória de campo ou nas etapas em que estes dados podem mostrar uma relação mais extensa entre esses fenômenos particulares”. Esse aspecto do estudo será melhor explicitado a seguir.

2.4 Procedimentos de coleta de dados

Num primeiro momento o processo de coleta de dados foi realizado a partir de entrevistas semi-estruturadas, individuais e gravadas. A opção da entrevista deve-se a importância de se analisar a própria fala do sujeito, o ACS. “O que o entrevistado diz, mais do que o que ele pensa, é o seu comportamento manifesto” (TOBAR; YALOUR, 2003). As entrevistas foram realizadas no período entre junho e setembro de 2009.

Os sujeitos que hoje atuam como ACS foram entrevistados em sua unidade de trabalho, em horário de serviço. As entrevistas ocorriam em espaços disponíveis no momento e cedidos pelas equipes, onde permaneciam somente a entrevistadora e os ACS, como consultórios, sala de reunião e até na copa. Os ex-ACS que se dispuseram a participar do estudo foram entrevistados em locais variados, sempre priorizando a opção e conveniência dos entrevistados, como em associação de moradores, em sua residência, na universidade em que estudam, em uma varanda de um restaurante e até mesmo em seu novo local de trabalho. Nesse caso, nem tão novo, pois alguns somente mudaram de função, permanecendo na ESF. A aproximação inicial a esses ACS foi possível por contato telefônico com enfermeiros das equipes de PACS e PSF, onde era exposto o objetivo do estudo e o perfil necessário dos ACS para participação. Os enfermeiros prontamente relatavam a existência ou não de ACS nas equipes com perfil para a entrevista, posteriormente expunham aos mesmos a proposta da pesquisa e realizavam um agendamento com os interessados. Ao chegar às unidades os ACS já tinham conhecimento parcial da pesquisa e me esperavam. Uma breve explanação da pesquisa era realizada em grupo, para responder as dúvidas e reforçar que a participação de cada um era voluntária. Dentre todos os módulos visitados, somente uma ACS se recusou a conceder entrevista, antes mesmo de ouvir a proposta, alegando não o fazer por timidez. Todos foram extremamente receptivos, alguns demonstravam alegria, até mesmo ansiedade em falar, em serem ouvidos. Um sentimento, sobretudo, de esperança. Esperança do reconhecimento que ainda não acontece, esperança da mudança que ainda tarda.

Apesar de ter observado em nossa prática profissional tal ocorrência, surpreendeu-nos a informação do grande número de ACS que estavam estudando

por aquela ocasião. Além dos ACS entrevistados, também ouvimos relatos informais de muitos ACS que não estavam estudando no momento, mas que haviam realizado algum curso no decorrer do trabalho na ESF. A partir desta constatação, in loco, pareceu-nos oportuno e relevante, delinear o perfil de escolaridade de todos os ACS da área, abrindo uma vertente quantitativa na pesquisa.

Neste segundo momento foram distribuídos questionários entre todos os módulos de PSF e de PACS da AP 5.2, sendo solicitado o preenchimento da situação de escolaridade por todos os ACS das equipes. As variáveis indagadas foram: idade, sexo, tempo de atuação como ACS, escolaridade ao início do trabalho de ACS, escolaridade atual e especificação do curso caso estivesse estudando no momento (APÊNDICE B).

O projeto dessa pesquisa foi avaliado e aprovado por dois pareceristas da Faculdade de Enfermagem da UERJ e, por se tratar de uma pesquisa atrelada a um projeto mais amplo, já tinha garantida a aprovação pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Rio de Janeiro. Foi garantido o atendimento às normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 O perfil de escolaridade dos ACS da CAP 5.2: análise quantitativa

Os resultados preliminares da pesquisa serão iniciados com a apresentação dos **dados quantitativos** pertinentes ao perfil de escolaridade dos ACS da AP 5.2, como já informado anteriormente, obtidos através de um questionário, de forma a identificar e caracterizar em alguns aspectos a quase totalidade dos ACS do campo de estudo. Foram analisadas respostas de 301 ACS, do universo de 316 da área, correspondendo a aproximadamente 95% da população do campo de estudo. As perdas se referem ao não preenchimento do questionário por ACS que, na ocasião da pesquisa, se encontravam em férias ou afastados do trabalho devido à licença médica ou licença maternidade.

Os dados foram tabulados em freqüências simples e relativas, e a lista de cursos especificados gerou dois grupos: um relativo aos cursos das áreas da saúde, e outro agrupando os cursos de outras áreas. Esta opção se justifica pelo fato de terem sido mais freqüentes os cursos das áreas da saúde, e pela intenção de buscar identificar em que medida os ACS permanecem vinculados a esta área, quando comparada com as demais áreas.

Com relação ao sexo, 82% da população de ACS da AP 5.2 é constituída de mulheres. O trabalho de ACS, não só no Rio de Janeiro, é um trabalho reconhecidamente associado ao trabalho doméstico feminino, que possui uma inclinação historicamente reconhecida para o cuidado em saúde. Nesse sentido, tomando por base o relato de David (2001), há expressiva predominância de mulheres no trabalho de ACS em todo país.

Em relação à idade, a faixa etária predominante é de adultos jovens, onde aproximadamente 63% dos ACS têm idade entre 26 e 40 anos. Em comparação aos achados no estudo de David (2001), realizado no município de Petrópolis, localizado na região serrana do Estado do Rio de Janeiro, encontramos uma mudança no perfil de idade e de sexo entre os ACS. À época do estudo, as equipes de ACS de Petrópolis eram constituídas exclusivamente de mulheres e com faixa etária mais elevada que a predominante na AP 5.2, estando as mesmas na faixa dos 35 aos 45

anos de idade (DAVID, 2001). Apesar do contingente de ACS do sexo masculino da AP 5.2 ainda ser de apenas 18%, já percebemos uma mudança no perfil de gênero geralmente encontrado entre as equipes de ACS, com a inserção dos homens em um campo de atuação antes restrito a mulheres.

Tabela 1- Perfil geral de idade e sexo.

Faixa Etária	Homens (54)	%	Mulheres (247)	%	Total	%
≤ 20	-	-	5	1,6	5	1,6
21- 25	4	1,3	19	6,3	23	7,6
26-30	15	5	59	20	64	25
31-35	9	3	54	18	63	21
36-40	10	3,3	40	13,3	50	16,6
41-45	7	2,3	32	10,6	39	12,9
46-50	2	0,6	20	6,6	22	7,2
51-55	4	1,3	8	2,7	12	4
56-60	2	0,6	4	1,3	6	1,9
≥ 61	1	0,3	2	0,6	3	0,9
Não informada	-	-	4	1,3	4	1,3

A questão de gênero está fortemente ligada ao trabalho do ACS. Em todas as regiões do país, a maioria dos trabalhadores ACS são mulheres e, as profissões associadas ao papel feminino geralmente apresentam questões de precarização e instabilidade. Apesar disso, o problema do desemprego atualmente pode influenciar para que os homens estejam buscando alternativas até mesmo em áreas de atuação predominantemente femininas.

Aproximadamente 50% dos ACS estão atuando há menos de 2 anos na profissão. Nesse aspecto devemos atentar que 3 unidades de PSF foram inauguradas há menos de 2 anos, justificando, em parte, o pouco tempo de atuação desses ACS. A ESF existe na área estudada há 10 anos e o início da expansão em todo município ocorreu há 7 anos. Apesar de boa parte dos ACS atuarem há menos de 2 anos, o que também demonstra uma rotatividade de contratação, 36,3% permanecem na função entre 4 a 7 anos. As dificuldades de inserção no mercado formal de trabalho podem, em muito, contribuir para a permanência dos ACS nessa função.

Tabela 2- Tempo de atuação como ACS, por sexo.

Tempo de atuação como ACS	Homens	%	Mulheres	%	Total absoluto	Total %
< de 1 ano	10	3,3	70	23,3	80	26,6
1 a 2 anos	12	4	58	19,3	70	23,3
2 a 3 anos	3	1	11	3,7	14	4,7
3 a 4 anos	1	0,3	10	3,3	11	3,6
4 a 5 anos	6	2	39	13	45	15
5 a 6 anos	11	3,7	20	6,6	31	10,3
6 a 7 anos	9	3	24	8	33	11
7 a 8 anos	1	0,3	6	2	7	2,3
8 a 9 anos	1	0,3	5	1,6	6	1,9
9 a 10 anos	-	-	1	0,3	1	0,3
Ñ informada	-	-	3	1	3	1

Realizando uma comparação entre a escolaridade desses ACS ao início do trabalho na profissão e sua escolaridade atual encontramos uma considerável elevação do grau de instrução. Atualmente apenas 2,7% dos ACS possuem nível fundamental, quando antes se observava 9,6%. O nível de instrução predominante dentre a maioria desses trabalhadores é o nível médio. Observamos que, mesmo com a elevação da escolaridade, muitos permanecem na profissão de ACS.

Atualmente 26% dos ACS em foco continuam estudando ou, em sua maioria, voltaram a estudar após iniciar o trabalho de ACS. Destes, 46% ingressaram no ensino superior, 17% no ensino médio e 24% estão cursando ensino técnico. Dessa última categoria, 50% estão realizando curso técnico em enfermagem. 11% estão realizando outros cursos de nível médio. 40% do total optaram por profissões da área da saúde e 28% pela área de humanas. Entendemos que os cursos de ensino médio e técnico se configuram igualmente como nível médio de ensino, porém, optamos por deixá-los em separado, já que o ensino técnico confere algum grau de diferenciação a esse trabalhador com relação à formação específica e profissionalização.

Tabela 3- Comparação do perfil de escolaridade dos ACS ao início do trabalho e atual

Nível de formação	Escolaridade ao início do trabalho	%	Escolaridade atual	%
Fundamental incompleto	1	0,3	-	-
Fundamental	28	9,3	8	2,7
Médio incompleto	23	7,7	23	7,7
Médio	210	69,8	164	54,4
Técnico incompleto	-	-	19	6,3
Técnico	4	1,3	12	4
Superior incompleto	22	7,3	54	17,9
Superior	13	4,3	21	7

Verificamos que houve ampliação em todas as faixas de escolaridade e parece haver um desejo de continuar na área da saúde, que ainda é uma área de boa empregabilidade.

Em recente estudo sobre a avaliação da implantação do PSF em grandes centros urbanos os autores verificaram ao analisar o perfil dos ACS pertencentes às equipes de ESF estudadas, que a maioria desses trabalhadores possuía escolaridade alta em relação às exigências para o cargo fixadas pelo Ministério da saúde à época: saber ler e escrever (MENDONÇA, 2004). A maioria dos ACS, mais de 60% da população estudada, possuía ensino médio completo.

Tabela 4- especificações dos cursos realizados atualmente

Nível	Curso	Total	%
Ensino médio	Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)	7	28,04
	Ensino Médio	14	
	Inglês	1	
	Massoterapia	1	
Pré-vestibular	Pré-vestibular	1	1,21
Ensino Técnico	Técnico em administração	1	24.4
	Técnico em edificações	1	
	Técnico em enfermagem	10	
	Técnico em estética	1	
	Técnico em informática	1	
	Técnico em mecânica industrial	1	
	Técnico em radiologia	4	
	Técnico em segurança do trabalho	1	
Ensino Superior	Administração de empresas	2	46.35
	Arquitetura	1	
	Biotecnologia	1	
	Ciências contábeis	1	
	Direito	1	
	Educação Física	2	
	Enfermagem	5	
	Geografia	1	
	Gestão Ambiental	1	
	Letras	4	
	Logística	1	
	Matemática	2	
	Nutrição	1	
	Pedagogia	7	
	Petróleo e gás	1	
	Psicologia	1	
	Publicidade	1	
	Serviço social	1	
	Tecnologia em processamento de dados	1	
Turismo	1		
Veterinária	1		
Pós graduação	Marketing	1	

Os resultados obtidos pelo questionário, dados “frios”, foram suavizados pelas informações relatadas nas entrevistas e que serão expostas na sessão a seguir. Muitos entrevistados expressaram que o desejo de estudar era algo anterior ao

trabalho de ACS. Trabalho que, como veremos, de alguma forma o estimulou ou possibilitou esse retorno aos estudos.

3.2 Análise qualitativa

3.2.1 Quem é esse Agente?

Ao início de cada entrevista nos preocupamos em identificar, observando as informações, esse ACS. Foram indagadas questões referentes à idade atual e ao início do trabalho de ACS, estado civil, filhos, situação de trabalho por ocasião da contratação como ACS, última ocupação antes de trabalhar como ACS, tempo de atuação como ACS, curso que realizou ou ainda está realizando no momento.

Os entrevistados, em sua grande maioria, têm toda uma história de vida na região em que vivem e, atualmente, trabalham. Para trabalhar como ACS no município do RJ é pré-requisito que o ACS resida há pelo menos dois anos na comunidade em que irá atuar, mas a maioria dos entrevistados residia há muito mais tempo.

A AP 5.2, contextualizada no capítulo da metodologia, é localizada na zona oeste da cidade, uma região afastada aproximadamente 52 km do grande centro urbano do Rio de Janeiro. Essa distância geográfica resulta em dificuldade de acesso a alguns serviços básicos como lazer, educação, cultura, transporte, saúde e até mesmo ao mercado de trabalho.

A idade dos entrevistados variou entre 19 e 47 anos.

Com relação ao sexo, do total de 34 entrevistados, 28 eram mulheres, assim como a maioria dos ACS da AP 5.2 o são. O trabalho de ACS, não só no Rio de Janeiro, é um trabalho reconhecidamente feminino.

A maioria dos entrevistados, 20, eram casados e possuíam filhos.

A idade dos ACS ao início do trabalho como ACS variou entre 18 e 43 anos.

A maioria dos sujeitos apresentavam experiência anterior de trabalho na área do comércio. A grande maioria encontrava-se desempregada ou no mercado informal/precarizado de trabalho ao momento da contratação como ACS. Duas

entrevistadas relataram que o trabalho de ACS foi a sua primeira oportunidade de emprego.

O tempo de atuação desses trabalhadores como ACS variou de 11 meses a 6 anos.

A maioria dos ACS, 24, possuía nível médio completo ao início do trabalho. Na ocasião das entrevistas, 24 estavam estudando. O restante dos entrevistados já havia concluído algum curso, com exceção de uma entrevistada que não pode continuar a graduação em Enfermagem por dificuldades financeiras.

3.2.2 A fala dos Agentes Comunitários de Saúde

Nesta parte da análise, buscou-se elaborar uma interpretação do discurso do ACS, relacionando-o a algumas questões do referencial teórico. A descrição do processo de entrevista pretende oferecer mais subsídios na apresentação desta análise.

A proximidade do campo de estudo e a familiaridade com os sujeitos possibilitou-nos uma inserção tranqüila e proveitosa nos módulos de PSF e PACS e, principalmente, a realização de um número superior de entrevistas ao inicialmente planejado. Apesar de fazermos parte da gestão de saúde local, não percebemos qualquer estranheza dos ACS com relação a nossa presença, ao contrário. Muitas vezes ao final da entrevista, já com o gravador desligado, recebíamos sinceros agradecimentos pelo interesse sobre a sua história e percebíamos esperança que, de algum modo, o estudo contribuísse para o reconhecimento da profissão. Assim, conforme nos relata David (2001, p. 99) “estar num grupo de pessoas conhecidas, que compartilham de uma visão semelhante sobre o seu trabalho comunitário, permite um processo de interação que facilita a expressão do pensar de cada uma”.

A transcrição das entrevistas foi realizada, em sua maioria, por uma empresa especializada nesse fim, cabendo a nós a revisão na íntegra de todo o material. Procuramos ser absolutamente fiéis às falas originais do ACS nas transcrições. Por isso, foram preservados alguns eventuais erros de concordância e de português, com o intuito de não se alterar o sentido e o significado das falas. Além disso, foram registrados risos, silêncios, momentos de emoção e interrupções.

A análise das falas teve início já na revisão das transcrições das entrevistas. Esse momento, em que ouvimos as gravações por diversas vezes, propiciou nossa reflexão e nos aproximou mais um pouco da realidade, das verdades, dos anseios e esperanças dos ACS.

O material obtido com as entrevistas foi bastante extenso e, mais que isso, extremamente rico de informações, tornando muitas vezes difícil a escolha das falas citadas nessa análise dos resultados, demandando muito tempo na seleção.

Além das respostas aos objetivos dessa pesquisa, a partir das falas dos ACS nos deparamos com muitas outras proposições de igual ou maior relevância para esses trabalhadores. Entendemos que, apesar de promover novas perspectivas diante dos objetivos da pesquisa, são pontos importantes e podem impulsionar futuramente uma nova problematização sobre alguns aspectos do trabalho dos ACS. Tais questões serão apresentadas e discutidas ao final deste capítulo.

3.2.3 Ingressar no trabalho de ACS

Ano de 2003, início de uma nova década, início da expansão da ESF em todo município do Rio de Janeiro. Ao contrário do almejado na Declaração de Alma Ata realizada em 1978, não se atingiu a meta de “Saúde para todos no ano 2000”. E, levando-se em conta o conceito ampliado de saúde, em que não só a ausência de doença, mas também o acesso a vários bens e serviços como educação, trabalho, renda, lazer, cultura, são determinantes para a saúde ou doença do indivíduo, nesse momento deparamo-nos, no município, com um perfil epidemiológico complexo e com uma grande parte da população carente em muitos aspectos, especialmente na questão do acesso ao mercado de trabalho.

O processo seletivo para ACS realizado no município do Rio de Janeiro nesse momento, em 2003, foi amplamente divulgado nas comunidades que seriam beneficiadas com a ESF e em jornal de grande circulação especializado na divulgação de concursos. Esse fato mobilizou, à época, uma grande parte da população que buscava uma possibilidade de trabalho.

Por conta do desconhecimento da profissão, muitas pessoas que não preenchiam os requisitos necessários para o trabalho, como por exemplo, morar na

comunidade de atuação, se inscreveram e participaram de várias etapas do processo seletivo. Também se inscreveram muitos candidatos com nível superior de escolaridade, o que superava em muito a exigência para a função, que era o ensino fundamental. Observamos que muitos candidatos ao trabalho de ACS, sequer tinham idéia do ofício ao qual ingressaram:

“[...] foi divulgado, na época, um concurso. Muitas pessoas fizeram mesmo sem saber o que era. E [...] eu também não sabia exatamente o que era. Vim saber melhor pela apostila que a gente tinha que estudar.” (ACS 27, estudante de Enfermagem)

Olha, eu não conhecia a profissão, surgiu um edital aqui na comunidade com uma proposta de selecionar Agente Comunitário de Saúde para trabalhar aqui na comunidade. [...] Mas não que eu sabia qual seria a minha função, o que eu tinha de fazer, mais por uma opção mesmo. (ACS 06, representante da AMACS, estudante do Ensino médio)

A maioria dos entrevistados relata que somente no decorrer da profissão, na prática efetiva é que descobriram, de fato, o que é ser Agente Comunitário de Saúde:

No início foi um pouco difícil, me senti assim completamente perdida no início. Após o curso introdutório que eu tomei conhecimento, comecei a me identificar. Quando eu fui pra rua, que eu comecei a ter contato com as pessoas, que eu vi a necessidade, foi que eu comecei realmente a ter noção do que era o PSF. Até então era só mais um emprego, só isso. (ACS 17, estudante de Pedagogia)

O desemprego, em muitos relatos, foi determinante para que muitos dos ACS entrevistados se inscrevessem no processo seletivo e buscassem a profissão. O trabalho de ACS apresentou uma alternativa ao desemprego, a possibilidade de retorno ou ingresso no mercado formal de trabalho.

“[...] na época, eu tava desempregado, há 9 meses e aí abriu o concurso aqui na comunidade, o processo seletivo, e eu fiz a prova, passei bem, aí foi o que me levou a ser agente”. (ex-ACS 01, estudante de Direito)

“Fiz [o processo seletivo para ACS], porque estava desempregada.” (ex-ACS 16, fez curso de Auxiliar de Saúde Bucal)

Na época que eu fiz a prova, eu tava mesmo desempregada, eu venho de uma história de comércio. Eu era comerciária, eu trabalhei 13 anos no comércio, aí já não agüentava mais aquilo também, que é muito cansativo, muito estressante, aí dei um tempo, parei. Tava desempregada já há 3 anos, aí quando surgiu a oportunidade de fazer a prova [para ACS]. (ACS 07, fez curso de Auxiliar de Saúde Bucal)

Na época eu estava desempregada, sempre trabalhei no comércio. E surgiu uma oportunidade de [...] uma seleção estava sendo feita na comunidade, eu fiquei sabendo. Já tinha vontade de voltar a trabalhar e me aproximei dessa seleção, me inscrevi, participei... (ex-ACS 05, estudante de Serviço social)

Em muitos relatos os ACS citam a “falta de experiência anterior” ao trabalho almejado como uma barreira à inserção no mercado de trabalho. E experiência anterior não é uma das exigências para trabalhar como ACS, como verificamos a seguir:

“Então eu estava desempregada, casada, [...] e eu queria trabalhar né? E não conseguia, porque não tinha experiência nenhuma, nunca tinha trabalhado. Aí surgiu a oportunidade de fazer a prova [...]” (ACS 20, estudante de Técnico em administração)

Devido ao tipo de divulgação, a “novidade” da profissão de ACS e o nome da prefeitura envolvido, muitas pessoas pensaram que se tratava de um concurso público e foram em busca de uma estabilidade pela idéia de que seriam funcionários públicos, conforme os relatos que seguem:

“[...] de início eu achei que tivesse indo pra prefeitura.” (ex-ACS 01, estudante de Direito)

“[...] porque a propaganda que se fez, foi que nós seríamos contratados da prefeitura [...]” (ACS 14, estudante de Pedagogia).

“Eu fiz a prova pensando em ser municipalizada né, em ser concurso público, mas sem muita informação do trabalho em si [...] então eu fiz porque era a área da saúde e por achar que seria um concurso público.” (ACS 19, estudante de Técnico em enfermagem)

De acordo com Mendonça (2004), os ACS passam a estar a serviço do Estado e em condições de trabalho semelhantes às de um funcionário público, porém, sem contarem com uma série de direitos que um servidor público dispõe. A inserção do ACS, historicamente, é informal, precária e com baixa remuneração. Um vínculo empregatício estatutário é o sonho distante de toda uma população acostumada à informalidade, à precariedade de vínculos e condições de trabalho. Conforme as falas, verificamos que a experiência anterior de trabalho da maioria dos entrevistados se deu dessa forma:

“Mas, assim, muitas vezes, a maioria das vezes, meu serviço sempre foi informal. A maioria das vezes de forma informal.” (ACS 29, estudante de Auxiliar de Saúde Bucal)

Essa nova possibilidade de emprego, especialmente para os moradores da zona oeste, região afastada do centro urbano da cidade, trazia a possibilidade de trabalhar próximo à sua residência, não sendo necessário um grande deslocamento até o local de trabalho. A proximidade de sua residência possibilitaria uma série de facilidades em sua rotina como a supervisão da família e dos filhos e seria um fator a facilitar uma reorganização de seu projeto de vida.

“[...] a expectativa maior foi poder trabalhar perto de casa, que até então todo o serviço que eu tive era bem distante.” (ACS 25, iniciou Enfermagem, mas trancou a faculdade)

Eu falei: “Bom, um serviço, perto de casa, muito cômodo!” Não pega condução né? É muito cômodo pra mim. A princípio foi tranquilo, foi benéfico. [...] Não tinha idéia do que era o trabalho de agente comunitário. Só pela facilidade de estar perto de casa, não pegar condução lotada era o máximo. (ACS 18, fez curso de Biologia)

[...] eu entrei na profissão de agente foi assim meio que emergencial [...] eu precisava trabalhar, eu precisava trabalhar perto de casa porque eu tinha um bebezinho, então quanto mais perto de casa eu ficasse me facilitava, até por conta da amamentação, ainda tava amamentando [...]. Então assim, quanto mais tempo eu ficasse, que fosse o trabalho mais próximo de casa, melhor pra mim e pela condição financeira também. Se eu fosse lá pra fora da comunidade, seria mais difícil eu conseguir um trabalho que me desse todas essas facilidades, que na verdade você trabalhar na comunidade, você chega mais perto, você chega mais rápido em casa, você tem um acesso maior pra poder, se acontece alguma coisa você tá mais próximo e você pode tá indo e vindo, assim na hora do almoço também, Então isso, foi esse o motivo. (ex-ACS 02, estudante de Enfermagem)

Olha, sinceramente, o fato da proximidade da minha residência, me agradou e a área da saúde também, era uma coisa que achava interessante, mas o que mais me chamou atenção era a proximidade do trabalho, de segunda à sexta das 8 horas às 17 horas, próximo à minha casa, foi o que mais me chamou atenção. (ACS 03, estudante de Nutrição)

[...] favorece você trabalhar próximo de casa, você poder almoçar perto de casa, poder levar seu filho na escola e buscar na hora do almoço, [...] tempo pra família, não ficar chegando tarde em casa, pegando condução cheia, [...] Eu trabalhava muito longe, eu trabalhava no Catete, então eu saía de madrugada e chegava muito tarde em casa, já tava desanimada, então foi quando eu soube, eu fui chamada pra ser agente então gostei muito por causa daquela ideologia do PSF, era tudo uma coisa muito bonita então eu adorei ser chamada, entendeu? (ACS 19, estudante de Técnico em enfermagem)

[...] eu gosto de ser Agente Comunitária, eu gosto do emprego, porque é um emprego dentro da comunidade, uma mordomia entre aspas, porque eu não tenho que pegar ônibus cheio, não preciso acordar cedo, que muita gente trabalha, tem que acordar quatro horas da manhã pra pegar um ônibus cheio pra chegar lá no

destino dele, e no meu trabalho não precisa disso. (ACS 15, estudante de Técnico em enfermagem)

“[...] na época surgiu por acaso o concurso, aí eu fiquei sabendo e resolvi fazer, estava desempregada, era perto da minha casa, parece bom e vou tentar [...]” (ACS 08, fez curso de Auxiliar de Saúde Bucal)

A questão de gênero está fortemente ligada ao trabalho do ACS. A maioria dos trabalhadores ACS, em todo país, são mulheres. A exigência de dedicação em tempo integral do ACS pode ser um dos determinantes para a predominância feminina nessa área (MENDONÇA, 2004).

As profissões associadas ao papel feminino geralmente apresentam questões de precarização e instabilidade. Nesse aspecto lembramos que:

A precariedade sempre esteve associada ao trabalho feminino, uma vez que, mesmo quando a insegurança, a instabilidade e o desemprego atinge toda a população de trabalhadores, o trabalho masculino tende a se estabilizar, enquanto o feminino tende a manter-se incerto e irregular (BRITO; TEIGER; MESSING, 2001, p. 263)

Os autores supracitados ainda citam Frader (1997), que afirma que é a desvalorização do trabalho feminino a causa de sua precariedade, seja com relação às novas formas de emprego, em relação às condições de trabalho ou em relação às perdas ou enfraquecimento dos direitos sociais.

Os ACS querem ser reconhecidos e valorizados enquanto trabalhadores. Os ACS não escolheram nem vislumbravam a profissão de ACS, é uma opção de trabalho que surge e, por que não, tentar?

“[...] Não vou dizer que eu idealizei ser agente: “um dia serei agente!” Mas tudo bem [aconteceu]. Eu sempre gostei de fazer concursos, sempre, sempre fiz concursos e foi uma oportunidade que apareceu na época.” (ACS 09, estudante de Letras)

A possibilidade de ter uma profissão e assim garantir alguns direitos trabalhistas básicos favoreceu o resgate da dignidade, da cidadania dessas pessoas, conforme expressaram:

Ah, só em você ter a carteira assinada, [...] saber que um dia eu vou receber meu PIS. [...] E ter uma profissão, que antes eu não tinha. Eu era bordadeira, mas é um trabalho informal. Agora, eu tenho todo mês aquele salarinho, que eu posso contar. [...] ter a minha dignidade, eu acho que essa é a minha dignidade. Eu [agora] penso “eu sou uma pessoa, eu existo, tenho uma carteira assinada, eu posso, tenho os meus direitos. Se eu cair, me machucar, eu tô pelo INPS”, isso para mim foi muito

bacana. [...] depois dos 30 anos que eu assinei minha carteira, ter a carteira assinada pra mim foi bacana. (ACS 30, fez curso de Auxiliar de Saúde Bucal)

A profissão de ACS não era um sonho a ser realizado. Não garantiria a estabilidade de um cargo público. É um trabalho precarizado, instável e mal remunerado. Foi uma alternativa inesperada e fortuita surgida no decorrer da vida desses trabalhadores.

3.2.4 Permanecer como ACS

Mesmo não se reconhecendo valorizado e apesar de estarem buscando alternativas, os ACS expressam gostar e se identificar com o trabalho comunitário. O trabalho do ACS é um ofício que supõe cuidados, auxílio e assistência. Para Gorz (2007, p. 142) “tais ofícios só são bem realizados quando correspondem a uma ‘vocação’, isto é ao desejo incondicional de ajudar ao outro”. Em virtude disso, esse autor acrescenta que essas atividades possuem um caráter de *dádiva*, e só podem ser bem cumpridas por pessoas que escolheram essas atividades. A dádiva, presente também no caso do ACS, é identificada em algumas falas desses trabalhadores ao justificarem a sua permanência no trabalho de ACS:

“[...] porque as pessoas aqui tinham uma carência na área da saúde [...] e com a nossa chegada facilitou pra eles, né? Eles tiveram mais acesso a unidade [...] Então se torna gratificante poder ajudar aqueles que a gente conhece também”. (ACS 12, fez curso de Auxiliar de Saúde Bucal)

[...] eu adoro fazer o que eu faço, a recompensa é muito grande, sabe? De você receber um abraço forte de uma pessoa, um “poxa, muito obrigado”, a pessoa te olhar cheio de lágrima no olho. Porque às vezes o que pra gente é insignificante, ficar 5 minutos conversando com aquela pessoa e ela sai dali transformada sabe? Porque simplesmente você ouviu um pouquinho dos problemas dela [...] E eu acho que isso, não tem dinheiro que me pague, essa é a sensação que a gente não consegue ter com outras coisas, que eu acho que o grande ensinamento que eu tenho, a grande vantagem que eu tiro, o que me faz levantar da cama de manhã pra vir trabalhar é isso, vou lá sem o menor problema, vou trabalhar com o maior prazer. Têm problemas, eu sei disso, tem que ter jogo de cintura, os problemas aparecem, as pessoas chegam aqui não vêm passear, estão com problemas mesmo, se você não tiver capacidade de entender o problema e puder ajudar da melhor maneira possível, você vai se enrolar... (ACS 03, estudante de Nutrição)

“O que eu mais gosto... É de repente a gente conseguir ajudar as pessoas, né? [...] Estar ajudando as pessoas.” (ACS 25, iniciou Enfermagem, mas trancou a faculdade)

É quando a gente pode ajudar né? Quando a gente pode levar alguma coisa, quando a gente pode levar uma resposta para uma família que está precisando, que já correu atrás e não teve resposta de lugar nenhum, e de repente [...] você pode dar essa resposta pra família. Isso é muito, muito gratificante. (ACS 27, estudante de Enfermagem)

Em muitos momentos das entrevistas ficou claro que os ACS se reconhecem desvalorizados e não reconhecidos enquanto categoria profissional, por parte dos gestores locais e governo. Mas reconhecem, eles próprios, o valor do seu trabalho e se sentem valorizados pela comunidade que assistem, sendo um fator que os estimulam a permanecer no trabalho:

[...] ah eu gosto assim, dessa importância que a gente tem, eu acho legal essa coisa do ACS ser importante, de ser a peça fundamental, eu acho gostoso isso [...]. O trabalho ser importante, [...] eu acho legal por isso, não é valorizado, mas tem importância. [...] não tem o reconhecimento, claro, dos governantes, da parte lá de cima, mas tem a importância, eu [...] me sinto importante. (risos) (ACS 21, estudante de Técnico em administração)

“[...] eu continuo nesse trabalho porque eu acho um trabalho muito gratificante, que a comunidade reconhece a gente, como sendo uma peça chave assim, no vínculo deles com o posto”. (ACS 30, fez curso de Auxiliar de Saúde Bucal)

Do mesmo modo que alguns ACS justificam a sua permanência na satisfação e identificação com o trabalho, outros, apesar de também demonstrarem sentimentos semelhantes, expressam claramente que sua condição de ACS está enraizada junto a alguns objetivos, como a vontade de estudar e a necessidade de manter uma fonte de renda para pagar seus estudos:

Eu gosto né? Desse contato que eu tenho com as pessoas, a gente vai criando um vínculo mesmo né? [...] querendo ou não você acaba se envolvendo, porque você tem um vínculo muito forte, com a família por causa do trabalho, você já sendo moradora da comunidade você já cria esse vínculo, né? E por enquanto eu pretendo ficar até conseguir alguma coisa melhor. (ACS 07, fez curso de Auxiliar de Saúde Bucal)

“Na verdade o que tem me feito continuar é pela oportunidade que eu tô tendo de poder estudar, que me sobra tempo, que em outras áreas não tinha tempo para melhorar” (ACS 12, fez curso de Auxiliar de Saúde Bucal)

Bem assim, lá fora o mercado de trabalho está muito difícil. A minha visão assim, não é ser agente de saúde durante a minha vida inteira entendeu? [...] E a questão financeira, entendeu? A questão financeira faz com que eu continue agente comunitária de saúde e não vou ser hipócrita de dizer que eu quero ser agente de saúde a vida inteira, por que não. [...] Mas assim, a gente tem que procurar crescer né. E eu quero isso. (ACS 20, estudante de Pedagogia)

[...] eu vou ser franco com você, (o que me faz continuar ACS) é a necessidade. [...] a pessoa não pode ser hipócrita de falar assim “eu adoro ser agente comunitário. Tem um lado positivo, até que eu mencionei anteriormente pra você, de que é legal, promove na gente uma satisfação. Mas aí tem que procurar coisas melhores. A gente não pode parar, a gente tá num mundo em constante evolução, né? [...] Enfim, você não pode ficar parado. (ACS 32, estudante de Matemática)

“[...] e também para acabar de fazer o meu curso e de pagar. É algo que me prende.” (ACS 11, estudante de Técnico em enfermagem)

[...] Eu não tenho procurado, de certa forma, sair daqui. Então, enquanto eu estou estudando é uma coisa assim, como se fosse um kit. Eu estudo, trabalho como agente e tenho outras coisas mais que eu faço pra complementar o orçamento aí, e o trabalho é esse, o trabalho aqui me permite isso. Bem ou mal eu tenho essa segurança. É o que conta também, perto de casa, eu saio daqui eu já pego a condução e vou pra faculdade, o horário me permite, que a aula começa cedo, antes das 18 horas, eu pego o trem direto, chega lá em cima da hora. Então, pra mim, no momento pra o que eu quero, porque eu não sei o que vai acontecer, de repente eu vou me aposentar como agente, não sei. Mas eu tenho um plano de ficar aqui 3 anos. Então isso eu vou seguindo, mas até ficar aqui vou buscando outras coisas por fora, eu já tava tentando a faculdade, veio. Tenho feito concursos, então a minha proposta é essa. (ACS 09, estudante de Letras)

Em vários relatos podemos constatar que esses trabalhadores reconhecem um caráter transitório em sua condição de ACS. Muitos acreditam “estar de passagem” na profissão, estando sua permanência vinculada à falta de perspectivas e aguardando novas possibilidades, conforme expresso claramente em algumas falas:

“[...] só o período que eu terminar o curso. Eu gosto de ser agente, mas eu não pretendo ser agente o resto da minha vida.” (ACS 10, estudante de Técnico em enfermagem)

[...] embora pra mim [ser] **ACS é só de passagem** (grifo nosso), eu procuro fazer da melhor maneira possível. [...] a gente, principalmente a gente que chegou primeiro, [...] tem uma filosofia que a gente é Agente só de passagem, a gente separado e Agente juntos, a gente é agente só de passagem. [...] o meu projeto, o meu plano, vou falar uma palavra bonita, “projeto” é não ficar aqui muito tempo e eu pretendo, como estou fazendo a faculdade, é investir do outro lado, mas enquanto eu estiver

aqui eu vou trabalhar como agente. (ACS 09, estudante de Letras)

“No momento eu **estou** como ACS (grifo nosso), eu não sou ACS, eu não nasci ACS. Me orgulho de ser, mas eu não sou somente isso.” (ACS 33, estudante de Teologia)

Alguns entrevistados demonstraram vários sentimentos negativos inerentes à sua condição de ACS como discriminação, opressão, banalização. E, ao contrário de ser um fator desestimulante, essa condição os motiva a lutar pelo reconhecimento da categoria:

Olha é uma pergunta que às vezes eu vejo me fazendo porque eu sou muito idealista e sonhador [...] o que me motiva mesmo [a permanecer como ACS] é isso, é trazer esse profissional, fazer com que esse profissional venha a ser respeitado. Não é porque ele é uma pessoa tirada muitas vezes dentro de comunidades carentes que ele não tem um entendimento, [...] que ele não seja detentor de saberes. Talvez em muitos falte o saber acadêmico né, mas isso não faz ele ser menor do que qualquer um outro profissional dentro da saúde da família. E hoje me motiva muito porque são pessoas, na maioria das vezes, muito abaladas psicologicamente devido a essa opressão, e essa banalização, essa discriminação do agente comunitário de saúde. [...] então eu me coloquei a disposição disso, sofri bastante, sofro até hoje, mas o que me motiva é isso, é ver isso que foi criado, que eu participei dessa criação [participou da formulação da Lei 11.350], sendo executada no município do Rio de Janeiro. (ACS 06, representante da AMACS-RJ, estudante do Ensino médio)

[...] mesmo desacreditada de tudo isso que está acontecendo em relação ao meu trabalho eu resolvi fazer a minha monografia em prol do serviço do agente comunitário, que é válido. [...] com a minha pesquisa eu consegui tirar duas pessoas [da comunidade] da depressão, que saíram de casa, começaram a trabalhar, começaram a acreditar em si, entendeu? Então acho que o trabalho de agente ele é muito válido, mas ainda é desacreditado entendeu? (ACS 18, fez curso de Biologia)

A mesma ACS do relato anterior, ao ser indagada sobre o que mais gostava no trabalho de ACS, e que deveria motivá-la ao trabalho, nos fez um relato preocupante, demonstrando não gostar mais da profissão que exerce, com exceção de um projeto de reciclagem por ela desenvolvido na comunidade:

“Hoje em dia? Não gosto mais não [de ser ACS]. [...] [Estou] desmotivada. Hoje em dia não sei o que eu gosto [no trabalho de ACS]. Eu gosto do meu projeto [de reciclagem]” (ACS 18, fez curso de Biologia)

Paulo Freire nos chama atenção para um aspecto primordial ao desenvolvimento de qualquer atividade quando afirma que “não posso desgostar do que faço sob pena de não fazê-lo bem” (FREIRE, 1996). Apesar de muitos ACS não terem se exposto de forma tão clara, ficou latente que a insatisfação de alguns também se faz nesse nível. Com certeza, essa insatisfação, esse desgostar, se reflete em um trabalho que não é bem desempenhado. Nas entrelinhas das falas a

seguir, quando questionamos os motivos que a faziam permanecer como ACS, também podemos perceber esse “desgostar” da profissão:

Sinceramente por não ter arrumado uma coisa melhor [...] O ruim é quando os “poréns” são mais forte, quando o lado negativo [do trabalho] é mais forte, então você acaba desanimando porque você não vai criar estímulo pra trabalhar, entendeu? Os negativos por enquanto tão muito mais acima do lado positivo, ai isso te desestimula. (ACS 19, estudante de Técnico em enfermagem)

Reconhecemos nessas falas alguns aspectos abordados anteriormente na perspectiva de Frigotto, nesse caso, aspectos negativos do trabalho, que se tornam obstáculos para a realização de um projeto de cidadania numa perspectiva emancipadora: as relações de trabalho reproduzindo uma ordem social injusta, exigindo novas competências técnicas e políticas e a precarização. Todos esses percalços não permitem ao ACS sentir-se como sujeito nesse processo, ver-se nesse trabalho.

3.2.5 Deixar de ser ACS

Gosto de ser gente porque, inacabado, sei que sou um ser condicionado, mas consciente do inacabamento, sei que posso ir mais além dele.

Paulo Freire

Nas entrevistas foi marcante a referência que estes trabalhadores fazem acerca da sobrecarga de trabalho, falta de reconhecimento e desvalorização profissional e baixa remuneração salarial. Como consequência, podemos reconhecer o trabalho do ACS como polivalente e amplo, devido às inúmeras atribuições e funções assumidas pelo ACS. De acordo com Seligmann-Silva (2001) essa polivalência é imposta pelo empregador. Retomando o que nos afirma Tomaz (2002), a falta de uma delimitação clara de suas atribuições tem distorcido e sobrecarregado, muitas vezes, o trabalho do ACS:

[...] a falta de reconhecimento, que infelizmente o ACS hoje, pelo menos por enquanto dentro do Programa Saúde da Família não tem aquele reconhecimento

que merece pelo trabalho que desenvolve, pelo tipo de trabalho, pela importância, né, que tem dentro de um todo, que é o Programa de Saúde da Família. [...] porque o ACS ele acaba desenvolvendo um pouco das atividades de todos os profissionais de saúde, quer dizer, um pouco da atividade do enfermeiro, não diretamente, mas desenvolvendo, mas da função, quase que sendo um assistente social. Dentro do PSF, se você for pegar o trabalho de uma agente comunitária e o trabalho de um assistente social não tem muita diferença de um pro outro. E você desenvolvendo essas atividades por uma remuneração quase que 30%, vamos dizer assim, do que o outro [profissional] ganhava. [...] uma vez eu [...] falei: “- A gente ganha menos do que um faxineiro e trabalha por todo mundo, né?” Trabalha como todo mundo, pelo menos. Nem digo por todo mundo porque todo mundo trabalha, mas é como todo mundo e ganhando menos do que um faxineiro. Se a gente for comparar hoje o salário de um ACS com o salário de um auxiliar de limpeza, era o mesmo salário, não desmerecendo a outra função. Eu acho que o agente comunitário MERECE (grifo do autor) ser mais reconhecido. (ex-ACS 01, estudante de Direito)

Não obstante o sentimento de desvalorização, devido às inúmeras atribuições, percebemos um sentimento de “solidão” entre os ACS. São trabalhadores que vão de encontro às demandas e solicitações da comunidade. Em muitos momentos, o ACS se sente impotente e frustrado, sem poder recorrer a instâncias superiores:

Então eu gosto [de ser ACS], mas te digo que às vezes é uma coisa muito conflitante porque tem coisas que você..., foge das suas mãos, você não tem como ajudar né? Você vai depender de outras pessoas, vai depender do sistema, que a gente sabe que é aquilo, atravancado ali. Aí você, tu vai até ali, mas você sabe que ali você tem que parar. Porque você vai depender de outras pessoas e de outros fiscais no seu trabalho, né? Aí isso às vezes deixa a gente frustrado né? Porque a gente não pode ir além daquilo. (ACS 7, fez curso de Auxiliar de Saúde Bucal)

Sinceramente, eu estou bem desmotivada. Eu já conversei com a L. [enfermeira], eu estou para sair, entendeu? Porque assim, eu me desmotivei muito. Eu não tenho mais vontade de continuar sendo agente. Eu acho um trabalho muito bonito, muito legal, mas eu acho que a gente precisa de um apoio maior, entendeu? A gente não tem muito apoio. Então, é meio frustrante. (ACS 27, estudante de Enfermagem)

[Minha maior insatisfação como ACS] é ver que a gente faz a nossa parte, e quando a gente precisa do outro lado, do poder público, a gente não vê um resultado tão bom quanto eles exigem que nós façamos a nossa parte, sabe? Isso me insatisfaz assim, muito [...] (ACS 14, estudante de Letras)

Dimensionando essa problemática em uma grande área urbana, como a do universo deste estudo, o município do Rio de Janeiro, onde os padrões de consumo e custo de vida são mais elevados, permanecer como ACS pode não ser mais o objetivo desse trabalhador.

Além da parte financeira lógico, a parte financeira, se eu falar que não, eu estou mentindo, a parte financeira influencia muito. Ainda mais hoje em dia no mundo em que nós estamos que é muito consumo e você precisa realmente ganhar dinheiro. (ACS 08, fez curso de Auxiliar de Saúde Bucal)

Todos esses aspectos negativos do trabalho do ACS expostos anteriormente guardam relação estreita com os motivos que levaram alguns ACS a deixar a profissão. Também fazem com que alguns ACS estejam buscando alternativas.

[...] mas quando você precisa evoluir que eu acho que foi o meu caso, você acaba vendo que aquilo ali não está mais te preenchendo e foi isso que me levou um pouco a sair [...] Eu, quando saí do Programa de Saúde da Família, eu saí [...] pra ir pra um estágio e na época eu ia ganhar a mesma coisa que eu ganhava no Programa de Saúde da Família pra trabalhar menos. (ex-ACS 01, estudante de Direito)

“Passando no vestibular, eu não poderia trabalhar 40 horas, porque a faculdade tem um horário integral, então assim, eu tive que deixar o trabalho de agente, não teria uma outra opção se não, deixar.” (ex-ACS 02, estudante de Enfermagem)

[...] houve a oportunidade do curso de [...] ASB, e claro a gente tem sempre aquela motivação de querer melhorar, [...] então [pensei] “eu vou fazer esse curso, quem sabe eu consiga uma vaga, uma promoção, sei lá?” E eu fui, comecei a fazer o curso, me identifiquei [...] não adiantaria nada fazer o curso ou tentar e não se identificar. E me identifiquei com a profissão e aí, me empolguei! (ex-ACS 23, hoje é Auxiliar de Saúde Bucal)

Aqui é muito bom, mas o meu sonho é sair daqui. Eu pretendo terminar esse curso, fazer estágio e fazer um concurso de técnico administrativo [...] e eu pretendo passar num desses. Tem hora que eu me sinto meio prisioneira aqui, aprisionada, presa, não consigo sair de jeito nenhum. [...] só peço minhas contas se eu passar num concurso administrativo que é a minha grande meta. (ACS 21, estudante de Técnico em administração)

Os ACS se reconhecem desvalorizados, não só pelos gestores, mas dentro da própria equipe. Em uma equipe multiprofissional a conjunção de saberes não acontece de forma tranqüila e o ACS, ao mesmo tempo em que pertence a equipe, se sente à margem desse processo (JUNGES; MAZARI; SELLI, 2008).

O profissional ACS, na ausência de um saber instituído, age de acordo com a sua experiência de vida e do seu perfil social, que guarda relação com a comunidade a qual pertence (MENDONÇA, 2004). Em muitas situações o saber popular do ACS, pautado na sua vivência e experiência de vida, não é valorizado perante os colegas que detém o saber biomédico, reconhecido socialmente numa escala superior de saber (NUNES et al., 2002):

Olha vou falar uma coisa, o agente comunitário de saúde, em muitos lugares e módulos, eles não fazem parte propriamente da equipe. Tanto é que fica bem claro que muitas das vezes tem reunião da **Equipe Técnica** (grifo do autor) [onde o ACS

não participa], ou seja, por que excluir o agente comunitário de saúde? Porque pra se desenvolver essa profissão você vê que não é uma técnica acadêmica, mas é uma técnica e aí o agente comunitário de saúde ele fica muito isolado é muito difícil você fazer, ou conseguir fazer entender, que o agente comunitário de saúde faz parte do corpo. (ACS 06, representante da AMACS, estudante do Ensino médio)

No início, quando eu passei de Agente pra Técnico [em enfermagem], eu sofri bastante. Eu achei que tinham umas coisas, assim, determinados tipos de preconceitos, sabe? Parecia que eu [ainda] era Agente. Mas mesmo ali começando a trabalhar como técnico [na ESF] o pessoal achava que eu não sabia de nada. (ex-ACS 34, agora é Técnica em enfermagem)

“[...] é a equipe técnica mesmo que, fatalmente, trata a gente de forma diferenciada” (ACS 29, estudante de Auxiliar de Saúde Bucal)

Eu acho que a desvalorização que se tem de uma profissão, assim... Tão importante, né? Porque a gente ouve muito falar que o Agente de Saúde é os pés e as mãos do Programa Saúde da Família, então, acho que ele deveria ser valorizado tanto quanto falam dele, dessa importância que ele tem. E não é. E não é mesmo. Eu acho que as outras categorias que atuam no Programa Saúde da Família, não sei porquê que cargas d'água se acham superiores aos Agentes de Saúde, quando, na verdade, não são. [...] porque, na prática, se o Agente de Saúde não trouxer, não tem trabalho para os demais técnicos. [...] Então, eu acho que falta essa visão, falta essa valorização da categoria, da profissão de Agente de Saúde, porque, realmente, é única. Nem o enfermeiro, nem o médico, nem o técnico tem tanto contato, assim, com a comunidade, nem conhece a comunidade como nós conhecemos. O programa depende disso, mas não reconhece o valor desse trabalho. (ACS 31, estudante de Letras)

O que me deixava insatisfeita era a [...] a questão da equipe não reconhecer... Porque o agente é uma figura nova, e quando ele entra nessa questão de que ele é da comunidade, mas ele é da equipe também, mas a equipe não sei até que ponto reconhece ele como um trabalhador de saúde, talvez vá de equipe pra equipe, mas o fato de não me [re]conhecer como uma pessoa, um ser pensante, vamos dizer assim, isso me incomodava muito. Porque eu tinha, e os outros agentes também têm condições de fazer uma análise da comunidade e assim as pessoas não levam em conta esse tipo de análise, porque você é um trabalhador, porque mora ali, porque tem preconceitos e assim, isso me deixava muito chateada. (ex-ACS 02, estudante de Enfermagem)

Nesses relatos percebemos claramente que o processo de trabalho dos ACS e suas relações com os demais membros da equipe reproduzem um sentido de opressão e de dominação de classe. Ou seja, mundo do trabalho reproduzindo a mesma opressão a que esse trabalhador é submetido na sociedade.

Além do preconceito por parte de outros profissionais da equipe os ACS reconhecem deficiências na sua “formação” para o trabalho, que não lhes confere qualificação e não é “adaptável” à realidade de cada região. Muito do seu aprendizado acontece na prática, no dia-a-dia da profissão. Por isso, consideram importante uma revisão do seu processo de profissionalização:

[...] existe um preconceito grande [com relação ao ACS] por parte dos outros profissionais, porque [...] Pelo fato do ACS morar na comunidade, talvez, dele ser desqualificado, porque somos desqualificados, a verdade é essa. Nós entramos aqui à base de dinâmica de grupo, de jogralzinho, de bate papo. Não é isso. Nós esperávamos bem mais, tá? Cadê o curso técnico do agente comunitário? Isso é importante! Mas o curso técnico implica em maior remuneração, entendeu? Então, de repente, não seja o interesse. De repente, o interesse seja que essa camarada, que chamam de agente comunitário, seja desqualificado mesmo. (ACS 32, estudante de Matemática)

“[...] eu li aquele livro todo. Eu gosto daquele livro, [...] o manual [do ACS]. Embora muitas coisas assim, eu acho que deveria ter sido mudado né. Mesmo naquela época, porque a realidade daqui, não é a mesma realidade do livro.” (ACS 14, estudante de Pedagogia)

[...] eu ainda tô aprendendo muita coisa até hoje, cada dia é uma descoberta, quando eu penso que já vi de tudo em quase seis anos [de trabalho como ACS], a gente descobre que ainda tem muita coisa pra aprender com as famílias, lidando com as pessoas mesmo, é muito diferente do que está escrito no livro, muito mesmo. (ACS 21, estudante de Técnico em administração)

Retomando a questão da polivalência do trabalho do ACS, este aspecto tende a atingir negativamente a subjetividade do trabalhador, surgindo a decepção e, não raro, a raiva ou depressão. Seligmann-Silva (2001, p. 238)) ainda traz a questão de que “as decorrências psíquicas e psicossomáticas da vivência continuada e intensificada desses sentimentos, podem conduzir ao adoecimento”. Confirmamos essa possibilidade nas falas:

É foi um problema de saúde [que ocorreu devido ao trabalho de ACS], isso aí é certo. Eu tive um problema de saúde que não foi muito fácil, foi complicado. E aí depois que eu me recuperei a minha própria família foi influenciando que aquilo tava me prejudicando, o trabalho tava me prejudicando, a minha saúde, e que eu deveria dar um tempo. (ex-ACS 05, estudante de Serviço social)

No campo de trabalho é a relação com o modelo atual. No campo profissional é a falta de reconhecimento, isso é muito essa parte, a falta de reconhecimento ela trás conseqüências muito grandes, psicológicas principalmente. Nós temos companheiros que saíram, abandonaram a profissão de agente comunitário de saúde não por ser uma profissão menor por qualquer outra, mas pela falta de reconhecimento. E isso atrapalha bastante. (ACS 06, representante da AMACS, estudante do Ensino médio)

Que a gente também precisava de um suporte psicológico, que é muita coisa. Você vai de família em família, você parece que sai de uma família com um problema. Quando você se depara com uma família com problema, você sai dali parece que você tá carregando aqueles problemas todos nas costas. Então, se você não parar, você não tem condições nem de entrar em outra família. Então eu acho que a gente deveria também ter esse suporte psicológico, até nós por conta própria conseguimos um suporte, assim, uma terapia, pra nós que somos mais antigos, que fomos os primeiros. Pra poder agüentar isso, porque a gente também tá merecendo por nosso trabalho, por nosso rendimento. Então a gente necessitou dessa parada, pra uma

ajuda mesmo psicológica pra gente. Porque é muito difícil você deparar com muitas situações, todo tipo de situação que você pode pensar, é fome, droga, tudo isso você lida, a depressão das pessoas, as pessoas já falam com a gente, às vezes desesperadas como se nós fossemos psicólogos, entendeu? [...] e esse suporte seria fundamental pra gente. E todo módulo deveria ter isso, pro Agente, entendeu? É muito importante, porque a gente que ouve tudo, né? Eles vêm, conversam com o médico, mas antes deles chegarem no médico, eles já despejaram tudo em cima da gente. Todo tipo de problema. E tem famílias que você vê que tá tão mal que você tem que ir duas vezes por semana, e quando eles melhoram, eles sentem até falta. (ACS 07, fez curso de ASB)

É complicado porque cada dia que você chega na rua tem uma pessoa com problemas, e muitas vezes com problemas muito sérios. No início [do trabalho de ACS] muitas vezes eu cheguei em casa chorando. Então é complicado, eu chegava em casa muito sentida. (ACS 17, estudante de Pedagogia)

O ACS, por ser morador da comunidade onde atua e desenvolver um trabalho predominantemente de visitas domiciliares, é o profissional da equipe da ESF mais próximo da comunidade. Sendo assim, é previsível que, diante das necessidades, as pessoas da comunidade busquem em primeiro lugar o ACS, quer seja uma informação ou a solução de um problema mais sério e dele esperam uma solução a sua demanda, em uma relação de exigências e cobranças nem sempre tranqüila ou oportuna (MARTINEZ; CHAVES, 2007):

Final de semana, no mercado, o paciente tá falando contigo. Já aconteceu de o paciente ir na minha casa onze horas da noite, pedir pra eu não esquecer de marcar a consulta dele, entendeu? Então é impossível, não tem como a gente não absorver, é uma coisa impossível, entendeu? (ACS 13, estudante de Publicidade)

Sábado e domingo a gente trabalha sem salário [...], porque se [a população] encontrar a gente na padaria tem uma queixa; se encontrar a gente no mercado tem uma queixa. E assim, vai a nossa vida. Mas é bom também porque a gente chega aqui na segunda feira cheia de novidade para a enfermeira, e a enfermeira [diz]: "Mas, gente, o que aconteceu? Vocês ainda nem começaram a visita!" "Mas sábado e domingo, a gente já ficou sabendo quê que aconteceu na comunidade, o que tem passado [...], família que saiu corrida, uma que foi parar no hospital. (ACS 30, fez curso de Auxiliar de Saúde Bucal)

Às vezes, é muito sufocante porque a gente perde um pouco da nossa privacidade. É uma coisa também que eu não gosto [...] porque às vezes, eles exigem coisas que está fora do nosso alcance em fazer, né, eles acham que tem obrigação de fazer. [...] Às vezes, eu vou no mercado e tenho que estar lá dando informações sobre o meu trabalho, na hora que eu estou no mercado. Eu vou na praça com meu filho, está lá a mulher me parando, porque... falando questões de saúde e da vida dela, entendeu? [...] Tem momentos que eu fico o dia de folga, me tranco dentro de casa e fecho a janela para ninguém está lá me incomodando, porque eu quero ter um espaço para mim, entendeu? Isso que mais me irrita. (ACS 28, estudante de Letras)

Assim, eu cheguei num ponto que, perto de sair [do trabalho de ACS], que já ia morador lá em casa 7:00h da manhã. Indo mais cedo, porque sabia que se chegasse um pouco mais tarde não ia me encontrar em casa e precisava falar comigo. Então, quer dizer, o ACS acaba não tendo folga, né? Vamos dizer, ele é ACS 24h por dia, 7 dias por semana. Isso acabou me desanimando um pouco com o trabalho também. Eu tava trabalhando direto e não tava recebendo [o suficiente] por

isso. (ex-ACS 01, estudante de Direito)

Como já pudemos comprovar, muitos ACS reconhecem o valor do seu trabalho e sentem que o mesmo é importante e gratificante. Mas, devido à amplitude de suas atribuições e o contato diário com as mais diversas realidades sociais, sua atuação implica em grande envolvimento pessoal e desgaste emocional (SILVA; DALMASO, 2002b), podendo trazer conseqüências negativas à sua saúde mental.

Alguns ACS vivenciam, então, em determinado momento, situações nas quais se abre a perspectiva de deixar de ser ACS. Oportunidades e portas abrem-se, muitas vezes a partir do investimento que o ACS já vinha realizando – estudo, cursos, conhecimentos de pessoas novas. E ele passa, então, a trilhar novos caminhos profissionais e pessoais, cumprindo o que Freire denomina “vocação para ser mais” (FREIRE, 1996).

3.2.6 Buscar novas alternativas

Gosto de ser gente porque, mesmo sabendo que as condições materiais, econômicas, sociais e políticas, culturais e ideológicas em que nos achamos geram quase sempre barreiras de difícil superação para o cumprimento de nossa tarefa histórica de mudar o mundo, sei também que os obstáculos não se eternizam.

Paulo Freire

Nessa etapa dos resultados chegamos à questão central dessa pesquisa: reconhecer nos relatos dos ACS o trabalho como um princípio educativo e emancipatório. Procuramos evidenciar nas falas dos ACS as motivações, as descobertas, as aspirações surgidas através desse trabalho.

Retomamos novamente o pensamento de Freire ao abordar as alternativas que os ACS buscam para o seu crescimento e formação profissional. Freire reconhece o ser humano como inacabado afirmando que “na verdade, o inacabamento do ser ou sua inconclusão é próprio da experiência vital. Onde há

vida, há inacabamento. Mas só entre mulheres e homens o inacabamento se tornou consciente” (FREIRE, 1996, p. 50).

O homem, enquanto ser inconcluso e consciente do seu inacabamento, exerce o que Freire denomina como movimento pela busca do *ser mais*. Nesse caminho “essa busca do *ser mais*, porém, não pode realizar-se no isolamento, no individualismo, mas na comunhão, na solidariedade dos existires, daí que seja impossível dar-se nas relações antagônicas entre opressores e oprimidos” (FREIRE, 2005, p. 84).

Nessa visão de Freire, de que o homem se refaz constantemente, ele também afirma que “para *ser* tem que *estar sendo*” (FREIRE, 2005, p. 84) e desta forma os homens, quando tomam consciência de sua situação, conseguem se apropriar dela como realidade histórica, capaz de ser transformada por eles.

Mas aí como eu entrei para Agente de Saúde [...] eu ví que eu tinha de fazer mais alguma coisa, que [ser] só agente de saúde não dava, que eu tinha que me especializar em alguma área, tinha que me formar. Porque agora no mundo que a gente tá estudo é fundamental. Até para você ser um gari você tem que ter o segundo grau completo. Se você quer **ser mais** (grifo nosso), então você tem que estudar, estudar mesmo! É bom por que você se informa. Você não fica leigo para as coisas, fica aberto para o mundo. Tanto que eu, terminando minha faculdade de publicidade, pretendo fazer outra. (ACS 13, estudante de Publicidade)

[...] eu procuro, pretendo, **sonho mais** (grifo nosso). É o sonho de poder, como é que eu digo? Me formar, concluir meu estudo [...] E também não sei se vou continuar sendo agente comunitária, porque com certeza existe N coisas, mas até o presente momento eu estou fazendo o meu melhor, eu procuro fazer o meu melhor. Mas que eu sonho mais alto eu sonho com certeza. (ACS 17, estudante de Pedagogia)

Ingressar na profissão de ACS possibilita o acesso a um conhecimento, um saber novo, através das capacitações para o trabalho. Participar de uma equipe multiprofissional o aproxima a novas profissões e promove uma identificação com a área da saúde:

“[...] nunca me imaginei na área de saúde, depois que eu vim ser agente que eu me imaginei. [...] eu me imaginei em outras coisas, fazendo outras coisas, jamais na área de saúde.” (ACS 10, estudante de Técnico em enfermagem)

“Quando eu entrei aqui a gente acabou descobrindo novas profissões. Aí, eu sempre o meu sonho foi fazer biologia, e o meu médico, [...] ele sempre incentivou todo mundo da equipe a estudar.” (ACS 15, estudante de Técnico em enfermagem)

É eu senti a necessidade de voltar a estudar [durante a atuação como ACS], agora estou terminando o ensino médio, é porque eu já estou vendo, almejando algumas

coisas referentes à área médica né, psicologia, enfermagem eu estou entre essas duas profissões para estudar, fazer faculdade e isso me despertou trabalhando como agente comunitário de saúde foi um dos ganhos pessoais que eu tive trabalhando como agente comunitário de saúde. [...] Além de conhecer de perto essas duas profissões [através do trabalho de ACS], a psicologia é uma coisa assim pra mim especial, eu me vejo fazendo isso, a enfermagem eu vou colocar como segunda opção [...]. (ACS 06, representante da AMACS, estudante do Ensino médio)

Eu resolvi voltar a estudar porque [...] quando eu comecei a trabalhar com o PSF, [...] eu percebi que o que eu queria fazer mesmo, era enfermagem, queria fazer até faculdade, mas faculdade não tem condições com o salário que a gente ganha, mesmo com tantos descontos, não tem condições, então resolvi fazer o técnico, porque de repente eu poderia arrumar um outro emprego e depois pagar a faculdade. (ACS 22, estudante de Técnico em enfermagem)

Mas assim, bastante coisa mudou né, antes eu não sabia de muita coisa sobre a área da saúde, sobre várias doenças, [...] hoje em dia eu já sei, [...] a área da saúde me agradou muito, então eu gosto bastante de tá sempre informada sobre assuntos relacionados a saúde, então eu acho que mudou bastante coisa eu não me arrependo de ter virado agente de saúde. (ACS 19, estudante de Técnico em enfermagem)

Eu vejo o PSF como uma escola sabe? E eu acho assim, tudo na sua vida, você tem que aprender com aquilo. [...] Mesmo porque, eu agora estudando, eu não penso em criar raízes no PSF. [...] aqui foi uma porta aberta, o PSF. E aí, [voltar a estudar] foi uma complementação da porta aberta. [...] Mas eu penso muito lá na frente e em uma vida melhor para a minha família. (ACS 14, estudante de Pedagogia)

Os ACS buscam uma alternativa de vida ao retomar os estudos. Essa projeção idealizada pelos ACS, com a ampliação de sua escolaridade, não significa, entretanto, deixar a ESF. Muitos ACS objetivam crescer na ESF, porém em outra função:

“porque essa foi a minha intenção ao fazer o [curso] Técnico, já pensando futuramente em continuar trabalhando no PSF” (ACS 10, estudante de Técnico em enfermagem)

[...] como eu falei, eu gosto do programa, acho a idéia bem legal. Tenho vontade de fazer uma pós em saúde pública, tenho vontade de continuar no programa, se tiver uma oportunidade. Esses são meus planos: estudar bastante... Que nunca pára, nunca acaba. Você nunca deixa de estudar, [...] você tem que estudar pro resto da vida, [...] Tem sempre o que aprender. (ACS 27, estudante de Enfermagem)

“Gostaria de [...] fazer um [curso] técnico, [...] eu tenho interesse em continuar [...] no Programa de Saúde da Família, eu me identifiquei com o programa, sendo agente [comunitário]” (ACS 30, fez curso de Auxiliar de Saúde Bucal)

“Esse é o meu objetivo: crescer profissionalmente.” (ACS 24, estudante do Ensino médio)

O interesse em ampliar seus conhecimentos e crescer como indivíduo é visível nos relatos dos ACS. A maioria dos entrevistados está realizando ou já fez algum curso na área da saúde. Essa busca por uma formação técnica, contudo, denota uma contradição no que é característico do ACS, o saber popular em saúde. Segundo Nunes et al. (2002, p. 1641), o pertencimento a uma equipe de saúde e a formação que os mesmos recebem em serviço “lhes dá um sentimento orgulhoso de diferenciarem o seu conhecimento em relação ao conhecimento popular, o que lhes confere prestígio social”. Nesse sentido corroboro com Junges, Mazari e Selli (2008) que afirmam ser necessário conscientizar o ACS sobre o valor do seu conhecimento genuíno adquirido justamente pela sua origem da comunidade.

Estudar não se configura em uma novidade aos ACS desse estudo. Em comum todos tem o pertencimento às classes populares e o fato de, em muitos momentos de sua trajetória pessoal, se sentirem desprovidos de condições para avançar na escolaridade e ir em busca de seus sonhos. O trabalho, nesse caso, os aproximou de oportunidades de bolsas de estudo em cursos universitários, em cursos de nível técnico e de alguns cursos profissionalizantes gratuitos. Um estímulo a mais para retomar esses objetivos:

Mas é um trabalho muito bom, um trabalho que me deu oportunidades que até então estavam adormecidas [...]. Então, pra mim, o PSF me reergueu, porque meu sonho de voltar a estudar era muito grande, muito grande mesmo e [futuramente] estando aqui ou não, nunca vou me esquecer, nunca. (ACS 17, estudante de Pedagogia)

Eu já tinha o desejo de voltar a estudar. Mas como eu tava já há algum tempo sem estudar, eu tava desmotivada. E o fato de eu ter voltado a trabalhar, me motivou a continuar buscando os meus sonhos. Foi um ânimo que veio para mim. Eu tava achando que tava muito parada, tava conformada em ficar dentro de casa. E eu, hoje em dia, não. Hoje em dia, **eu quero mais** (grifo nosso). (ACS 33, estudante de Teologia)

Na verdade [estudar] era um sonho que estava adormecido, não esquecido. Eu sempre tive um sonho de voltar a estudar [...]. E aí eu entrei [no trabalho de ACS], a [faculdade] Simonsen, mandou um papel [oferecendo bolsas de estudo], eu nem estava aqui nesse dia, que eu estava na rua, foi logo no início que comecei [o trabalho de ACS] e o B. [enfermeiro] me ligou, falou se era do meu interesse, eu falei que sim. Aí fiz a prova [...] e eles ligaram pra minha casa dizendo que eu tinha sido aprovada, não com 100% [de bolsa], mas com um desconto até muito bom. (ACS 17, estudante de Pedagogia)

[...] um pouquinho antes de eu entrar como Agente, eu terminei meu Ensino Médio, né? Que eu tinha parado. Mas aí a minha intenção era mesmo mudar minha vida, conseguir melhorar minha vida. Aí entrei como agente e no meio desse caminho surgiu a oportunidade de fazer, o ACD [Auxiliar de Consultório Dentário], né? Aí foi também tentando melhorar, né? Subir alguma coisa, e não ficar como Agente a vida inteira, melhorar um pouquinho né? [...] Aí surgiu a oportunidade [...] um curso até gratuito que nós fizemos, mas que dava pra gente, dentro do nosso horário. [...] Foi

assim, mas tudo tentando melhorar a vida né? E não parar por aí, que a intenção de todos nós aqui é sempre melhorar, fazer uma faculdade, [...] apesar da idade né? (ACS 07, fez curso de Auxiliar de Saúde Bucal)

[...] se você me perguntasse o que me fez parar de estudar... [risos], porque eu nunca quis parar de estudar, eu sempre estudei sabe, na época que eu parei tava fazendo pré-vestibular e tentei pra faculdade pública, não passei uma vez, ia tentar a segunda, foi quando eu entrei [para o trabalho de ACS], [...] então nunca parei de estudar, agora o que me fez voltar a estudar foi essa vontade que eu tive de estar me atualizando, gosto de estudar, gosto de estar aprendendo, e não deveria ter nunca parado de estudar, acho que eu deveria ter emendado o segundo grau na faculdade, mas eu não consegui entrar, foi o que me fez parar esse tempo. (ACS 03, estudante de nutrição)

Hoje eu consigo ver que tem como eu melhorar minha vida, tanto com o estudo, como pessoa, [...] e antes não tinha oportunidade, eu tinha até a vontade, tinha o querer, mas [...] não tinha as coisas necessárias, não tinha tempo nem para estudar. (ACS 12, fez curso de Auxiliar de Saúde Bucal)

O sentimento de desvalorização, ao mesmo tempo que o afasta da profissão de ACS, estimula a sua inserção em um novo projeto de vida e o faz repensar a sua trajetória profissional:

[...] pelo menos aqui na nossa unidade, todo mundo está melhorando, não está esperando melhorar o reconhecimento [do ACS], o salário, a gratificação. Todo mundo está indo em busca de coisa melhor, todo mundo está estudando, fazendo um curso, mas não tem ninguém parado, [...] como todo mundo está insatisfeito então todo mundo está procurando melhorar. (ACS 12, fez curso de Auxiliar de Saúde Bucal)

Em algumas falas podemos perceber que os ACS buscam um conhecimento além do estabelecido para sua “formação”. Ao início da criação do PACS, na década de 90, o foco de atuação do ACS era a clientela materno-infantil. Com a implantação do PSF esse foco de atuação se amplia para a família e a comunidade, exigindo novas competências no campo político e social (TOMAZ, 2002). A amplitude do seu papel faz necessária uma ampliação da escolaridade do ACS e uma revisão da formação.

[...] porque o agente comunitário ele tem que se exigir mais... Educação, porque o agente comunitário ele tem que dar uma palestra, ele tem que passar informação e vai nas escolas e fala. Então, ele tem [...] que ter uma carga de educação para poder estar passando a informação para os demais, para os leigos. Então, não pode ser uma pessoa de primeiro grau, que quase não tem conhecimento político nem conhecimento geral, entendeu? Uma pessoa totalmente tapada. O agente comunitário tem que estar o tempo todo se informando, o tempo todo dentro da realidade, o tempo todo assistindo um jornal, tendo educações continuadas, entendeu? Para que ele possa estar passando para a comunidade aquilo que está acontecendo, em termos de saúde, educação. Porque a área de saúde é muito colada à educação, né? Então, isso ajuda bastante. E a nível de faculdade, como eu estou fazendo hoje, está me ajudando muito, nesse ponto, entendeu? Muito mesmo. (ACS 28, estudante de Letras)

Frigotto em alguns aspectos remete a Marx, para quem o trabalho “assume duas dimensões distintas e sempre articuladas: trabalho como mundo da necessidade e trabalho como mundo da liberdade”, sendo a primeira subordinada “à resposta das necessidades imperativas do ser humano enquanto um ser histórico-natural” (FRIGOTTO, 2001, p. 74). Para este autor o princípio educativo de trabalho deriva da sua especificidade de ser uma atividade necessária desde sempre a todos os seres humanos.

“[...] Que a gente quer trabalhar, mas a gente quer melhorar materialmente, quer crescer também.” (ACS 09, estudante de Letras)

[O trabalho de ACS] me abriu muito o meu campo de visão do mundo, né? [...] Eu acho que eu evoluí bastante, [...] durante e depois do PSF. Foi um trabalho que somou muito comigo, assim, eu agradeço muito ao Programa de Saúde da Família, à equipe em que eu trabalhava, não digo nem só pelo pessoal, mas, pelo profissional também. A gente, eu acho, eu acredito ter crescido muito com o PSF. (ex-ACS 01, estudante de Direito)

“[...] eu comecei lá [no emprego anterior ao de ACS] como telefonista e depois fui pra auxiliar de escritório, [...] eu entro [em um emprego], daqui a pouco eu vou procurando sempre melhorar um pouquinho”. (ex-ACS 23, hoje é Auxiliar de Saúde Bucal)

[...] todo trabalho quando você começa a trabalhar... Trabalho e estudo, né? Trabalho e educação te abre, assim, os horizontes, te abre a visão. E quando é uma coisa que você gosta de fazer, então, te abre muito mais ainda. Como eu te disse, a comunidade ensina muito pra gente, esse contato com as pessoas é muito bom. Então, isso te enriquece muito. E assim, os profissionais na área de saúde, nossa! Eles têm, assim, muita coisa pra ensinar, e a gente também tem muita coisa pra ensinar pra eles. (ACS 31, estudante de Letras)

[...] eu decidi fazer uma faculdade que tem tudo a ver com a área que eu atuei como agente comunitária. [...] Eu faço serviço social. Naquele momento eu percebi, eu acho que a maior contribuição que essa profissão [ACS] pode me proporcionar foi o fato de eu me aproximar dessa área social, humana também, porque a gente lida com saúde e dessa coisa das ciências sociais mesmo. Eu percebi o quanto era importante para mim estar inserida no meio de outras pessoas e buscando algo melhor para essas pessoas. Então foi ali, foi nesse período como agente comunitária que eu tive a certeza que o comércio não era a minha área, que a matemática não era a minha área. Porque a princípio assim que eu terminei meu ensino médio eu queria fazer matemática, queria fazer administração. Eu acho que hoje eu seria uma pessoa não muito satisfeita, por aí. [...] A vontade de melhorar, de ter mais conhecimento teórico mesmo e prático pra tá atuando junto com esse segmento que eu me identifiquei muito e que descobri enquanto agente comunitária. [...] Foi isso que me motivou. (ex-ACS 05, estudante de Serviço social)

No lado profissional é..., fica difícil você dizer que quer ser sempre um agente comunitário de saúde, não pela profissão, mas porque você acaba..., o trabalho de

agente comunitário de saúde em mim despertou outras coisas, não desmerecendo a profissão de maneira alguma, mas, por exemplo, me incentivou a voltar a estudar para que eu mude de profissão e aí eu fico grato a isso, a ser agente comunitário de saúde, e esse trabalho me deu essa oportunidade e me incentivou a voltar a estudar. É difícil dizer isso, quando eu gosto de ser agente comunitário de saúde, é se eu pudesse conciliar as coisas, tudo em um pacote só eu faria isso sem a menor sombra de dúvida. (ACS 06, representante da AMACS, estudante do Ensino médio)

O trabalho, associado ao retorno aos estudos, propiciou o resgate de valores, elevou a auto-estima e modificou a dinâmica familiar das ACS, estimulando o *querer mais*:

Eu acho que depois que eu comecei a trabalhar como agente, as coisas mudaram na minha casa também, meu marido passou a respeitar mais. Hoje, como técnica, eu me sinto mais valorizada, de falar assim: “Eu tenho uma profissão”. Eu tinha vergonha também, quando a pessoa falava [perguntava]: “Grau de escolaridade?”, e eu falava: “Ensino fundamental” [...]. Não queria mais isso. E também não tô satisfeita assim, a partir do ano que vem, [...] eu vou fazer Enfermagem. (RISOS) (ex-ACS 34, agora é Técnica em enfermagem)

Na fala dessa mesma ACS verificamos que as dificuldades, a falta de recursos, o cansaço, nada disso pôs freio à coragem e a persistência desses trabalhadores em mudar sua realidade de educação, de trabalho e de vida:

Muitas vezes, eu fui pro curso a pé [por falta de dinheiro], sabe, muito triste, porque eu cansada [após um dia de trabalho] tinha que ir até campo grande à pé, pra voltar eu moro em Inhoaíba, às vezes eu ia chorando mesmo de cansaço “mas eu vou conseguir” [pensava]. (ex-ACS 34, agora é Técnica em enfermagem)

Em todos os campos de atuação do SUS, especialmente no âmbito da ESF, também percebemos um sentido emancipatório no compromisso que é exigido a todos os profissionais de saúde, pelas próprias exigências éticas e políticas de se trabalhar num sistema universal, equânime e integral. Trabalhar numa perspectiva de mudança de lógica de modelo de atenção à saúde exige um trabalhador participativo, crítico, ativo na condução dessa mudança.

3.2.7 Onde está o enfermeiro?

Como já mencionado nos referenciais teóricos, o enfermeiro estabelece uma relação próxima e estreita aos ACS. Algumas vezes estes trabalhadores são até confundidos, identificados na comunidade como enfermeiros. Apesar de muitos

entrevistados demonstrarem que o interesse de retomar os estudos era algo anterior ao trabalho de ACS, em algumas entrevistas identificamos falas que evidenciam o enfermeiro e, também o profissional técnico em enfermagem como personagem que inspira, incentiva e estimula os ACS a progredir e mudar sua realidade de vida e sua opção de trabalho.

[...] quando eu entrei como agente e eu vi o trabalho da enfermagem eu gostei muito do trabalho da enfermagem [...], foi aí que eu prestei vestibular pra enfermagem. [...] Hoje eu não me vejo fazendo outra coisa que não seja a enfermagem, mas o que me levou foi realmente o trabalho do Agente pra enfermagem. (ex-ACS 02, estudante de Enfermagem)

[...] porque da minha enfermeira eu sempre tive muito apoio. Voltei a estudar por incentivo dela [...]. Muita coisa eu aprendo, ela é uma enfermeira que quer passar [...], não o conhecimento técnico que ela tem, mas a vivência que ela tem, o olhar que ela tem e ela faz isso: ela passa isso pra os agentes dela. ACS 33, estudante de Teologia)

É eu já ia estudar, mas não enfermagem. Por causa do meu esposo que sofreu um acidente, então eu fiquei muito tempo com ele [cuidando dele], depois que eu entrei [no PACS] mais me interessei, vendo as enfermeiras, vendo o trabalho como era, aí eu fui e procurei essa área mesmo. (ex-ACS 04, agora é Técnica em enfermagem)

“Aí foi quando comecei a me interessar por técnico [de enfermagem], que eu comecei a fazer amizade com os técnicos aqui, e via como é que era o trabalho deles.” (ACS 11, estudante de Técnico em enfermagem)

Para alguns ACS a enfermagem já se delineava como um projeto antigo, sendo reafirmado no convívio da prática profissional:

[...] eu sempre tive vontade de fazer enfermagem, mas assim faltava oportunidade, tempo [...] Aí, eu consegui [...] uma bolsa de 50% que se não fosse isso, eu não estaria estudando (risos). O salário da gente não consegue. [...] eu gosto do trabalho que a enfermeira faz, na comunidade. [...] as pessoas que fecham as portas pra gente, quando a gente está com ela é diferente. Às vezes, eu falo “aquela casa ali tem resistência”, parece até mentira, né, quando a gente vai com a enfermeira, a enfermeira está na casa, [as portas se abrem]. Então, assim, eu gostei muito do trabalho da enfermagem na comunidade. Isso me motivou mais ainda, aí eu decidi fazer. (ACS 27, estudante de Enfermagem)

As falas a seguir denotam o estabelecimento de uma relação de confiança, companheirismo e resgate da auto-estima:

[...] pra mim foi muito prazeroso estar trabalhando lá como agente de saúde e trabalhando com uma equipe, contigo que sempre incentivou a gente a lutar pelos nossos direitos, a melhorar, porque é muito importante. A gente às vezes vem com uma perspectiva baixa, [...] vocês [enfermeiras] puxavam a gente pra melhor e a gente tinha isso como um incentivo. (ex-ACS 01, estudante de Direito)

a minha enfermeira me incentivou muito. Ela fala assim: [...] “Faz um técnico de enfermagem, você vai ser uma boa técnica. [...] E ela conversa muito com a gente, ela incentiva muito. Tanto que eu falo “minha incentivadora”, que minha incentivadora foi ela, minha enfermeira que me incentivou. [...] Falei “Não, realmente, eu tenho que estudar, eu tenho que ser alguma coisa, [...] Vou montar um currículo e vou botar que fui só agente de saúde? Não tenho curso, não tem nada, não tenho diploma de nada?”, falei “Não, eu vou correr atrás e vou fazer”, aí fiz. (ACS 30, fez curso de Auxiliar de Saúde Bucal)

Todos os dias eu agradeço a Deus e a minha família pelo apoio e pelo B. [enfermeiro] que lembrou de mim [na inscrição para bolsa de estudos]. Cara, ele é muito legal, eu gosto muito desse enfermeiro. Gente boa, compreensivo, carinhoso com todos nós. Tem grande interesse pela equipe, de ajudar. (ACS 17, estudante de Pedagogia)

Não encontramos na literatura nenhum estudo que discorra sobre esse aspecto da interação entre os ACS e o enfermeiro, onde o enfermeiro participa e estimula a opção profissional do ACS.

Reconhecemos que o enfermeiro, historicamente, é responsável por profissionais de escolaridade e classe social mais baixa – auxiliares e técnicos de enfermagem – e esta responsabilidade deve, numa perspectiva emancipatória de sujeitos, ir além do técnico administrativo. A enfermagem precisa reconhecer seu papel de liderança política e de fortalecedora de sujeitos, nesse caso específico, como fortalecedora dos ACS.

Além disso, é o enfermeiro quem se responsabiliza pela educação permanente das equipes de auxiliares, técnicos e ACS, o que também demanda desse profissional uma visão crítica da educação para além do meramente técnico.

3.2.8 Outras questões apontadas pelos ACS

Embora não diretamente conectados aos objetivos, nesse momento trazemos alguns dados importantes que compõem situações do trabalho dos ACS e que acabam por interferir nas decisões deles em continuar ACS ou ir para outras frentes de escolaridade e trabalho. Os achados indicam questões importantes trazidas pelos próprios ACS. Essas questões serão abordadas brevemente, em forma de tópicos, podendo ser aprofundadas em outros estudos.

- Investir na formação dos ACS / Curso Técnico de ACS

Os ACS reconhecem a falta de investimento na sua formação como um

impeditivo ao seu desenvolvimento profissional e valorização:

[...] eu acredito, acredito muito no Programa de Saúde da Família. Eu acho que o que falta é o investimento. É o investir no Agente comunitário que é a estrutura desse programa. A gente vê que é a base, é a referência, é a entrada do projeto na comunidade. Eu acho que o que falta no Programa de Saúde da Família é o investir realmente no ACS. Porque um ACS engajado, ele vai render mais [...]. (ex-ACS 01, estudante de Direito)

O curso técnico [de ACS] é uma coisa que tá faltando. Não sei aí nos outros módulos, se alguém já [fez]... Não, aqui não teve, infelizmente. Eu acho que deveria ter. Faz muita falta. E isso faz com que nós não sejamos tão bem vistos pelos outros profissionais que estudaram mais, eles sabem, eles estudaram mais, a verdade é essa. [...] Então existe esse preconceito. O agente comunitário tá na favela, poxa, [...]. Chamam de comunidade, mas vulgarmente chamam de favela mesmo, não tem outro nome, entendeu? É um cara que estudou pouco... Então, esse preconceito ele existe. É uma coisa que eu acho que deveria acabar. Mas ele vai acabar também, quando os órgãos públicos, quando digamos, a prefeitura, que é a gestora de tudo isso, ela encarar o ACS com maior responsabilidade, entendeu, capacitando esse agente comunitário, né? Isso... Essa valorização do poder público para com o funcionário, ela faz com que o funcionário se sinta melhor e que os outros o vejam de maneira diferente. Isso é uma coisa que tá faltando. (ACS 32, estudante de Matemática)

- Reconhecimento do ACS

É urgente o reconhecimento e valorização do profissional ACS. Eles estão participando de movimentos e reivindicam, entre outros, melhores salários:

Eu comecei nessa luta em 2004 praticamente logo assim que eu entrei. Tava tendo um movimento em relação de reconhecimento de agente de saúde em Brasília que foi a PEC 297 que depois se tornou uma emenda constitucional 51 e que também é a regulamentação dessa categoria. Eu participei de um seminário nacional, que foi em Goiás aonde nós, ACS de todo Brasil, montamos um texto da lei 11.350, que é a lei que hoje regulamenta a profissão de agente comunitário de saúde. Eu consegui fazer uma participação muito legal nessa questão porque tem um artigo que foi proposto por mim que foi aceito dentro da lei, o artigo décimo sexto. (ACS 06, representante da AMACS, estudante do Ensino médio).

E outra, o salário mesmo né? Que a gente sabe que a gente não tem reconhecimento, né? A gente é, igual o programa fala, a gente “*é parte fundamental do programa*” (grifo do autor). Mas fundamental e menos remunerado. Não me dando tanta importância dentro do programa, mas eu acho que a gente tem a nossa importância, né? (ACS 07, fez curso de Auxiliar de Saúde Bucal)

“Eu acho que o ACS deveria ser um pouco mais reconhecido. Porque é bastante trabalho. Muito, muito, muito mesmo e eu acho que a gente supre isso, porque a gente tenta o máximo.” (ACS 17, estudante de Pedagogia)

A minha esperança ainda, é, assim, que a gente consiga conquistar o salário que a gente precisa, um salário mais digno, isso é realmente importante. A minha esperança é que essa categoria consiga, realmente, as conquistas que, há muito tempo, estão por vir e nunca vêm. E, assim, a gente conseguindo essas conquistas, conseguindo mais dignidade, nesse sentido, assim, eu não planejo sair desse

trabalho tão cedo. (ACS 31, estudante de Letras)

- Vinculação profissional da categoria

O ACS ainda se encontra “perdido”, sem um vínculo profissional reconhecido. Ele faz parte de uma equipe de saúde, mas não é considerado profissional de saúde. Ele é supervisionado e tem suas ações coordenadas por um enfermeiro, mas não faz parte da categoria da enfermagem.

[...] mas assim eu acho, por tudo que a gente faz, o que a gente batalha, que a gente ajuda, a gente, querendo ou não, trabalha no meio saúde. E eu descobri agora há pouco tempo que nós não somos considerado como profissional de saúde e eu fiquei também arrasada com isso, entendeu? Então eu achei isso assim: poxa, se reconhece nosso trabalho, porque não reconhece a gente como profissional de saúde? Não é verdade? Então eu fiquei arrasada quando descobri isso e também eu fiquei muito insatisfeita. (ACS 11, estudante de Técnico em enfermagem)

- Mudança de modelo de atenção à saúde

Ainda não se reconhece, de fato, a importância do ACS para a efetiva mudança do modelo de atenção à saúde no Brasil.

E o governo acho que ainda não conseguiu, pelo menos aqui na nossa área, colocar em prática o Programa Saúde da Família como ele tá idealizado. Ainda falta muita coisa. Então, hoje, eu fico muito triste em ver que o Agente de Saúde ainda tem de ficar brigando por salário, um salário mais digno, tem que ficar a todo momento defendendo alguma coisa... É muito triste. A gente devia ter mais tranquilidade de executar nosso trabalho como nós sabemos executar. (ACS 31, estudante de Letras)

Não, não somos massa de manobra. Eu tenho sonhos, eu penso, eu não sou só mais um no meio da multidão, eu posso ser aquele que vai mudar a multidão, eu creio nisso. Eu acho que o PSF, em si, ele tem esse lado de dar autonomia a pessoa pra que ela entenda que ela pode mudar. Seria bom que todo mundo entendesse, pelo menos, eu entendo dessa maneira, seria bom que entendesse e que de cima viesse, realmente, o reconhecimento de que [...]. Não é pouca coisa que nós estamos fazendo. É uma grande mudança, porque nós estamos querendo mudar a cabeça das pessoas, a mentalidade, o entendimento. E isso não é uma coisa bem fácil nem rápida, mas eu acho que é uma coisa que tem que ser muito bem vista por quem tá em cima, porque nós estamos conseguindo fazer o que décadas aí não conseguiram fazer. É isso! (ACS 33, estudante de Teologia)

Muitos não sabem o poder que tem e quando sabem não conseguem se colocar. Eu costumo dizer que o Agente Comunitário de Saúde ele tem hoje o poder de mudar a saúde do município do Rio de Janeiro, não vai ser mais contratação de médico, não vai ser mais contratação de enfermeiro, não vai ser mais ampliação do Saúde da Família que vai fazer mudar a saúde do Rio de Janeiro, porque isso tudo vai depender do agente comunitário de agente de saúde, do seu comportamento, do seu comprometimento com o trabalho, então, para que isso ocorra, o agente de saúde tem que ser reconhecido [...]. (ACS 06, representante da AMACS-RJ, estudante de Ensino médio)

A realidade sempre choca, né? [...] Eles passam uma idéia romântica da coisa, que é tudo maravilhoso: “Você vai virar o super herói; vocês são as meninas dos olhos da prefeitura; você que vai dar todas as informações do que a comunidade sofre [...]; vocês vão falar sobre emprego, sobre educação; que vocês precisam [...] fazer com que a comunidade brigue para conseguir melhorar a qualidade de vida [...]; e vocês vão carregar o nome da prefeitura então, as portas se vão abrir; e vocês vão conseguir esse intermédio; Vocês vão”... Mas na realidade, não é bem assim, porque a gente fica embarreirado pelo o sistema, né, da política. (ACS 28, estudante de Letras)

CONCLUSÃO

Os Agentes Comunitários de Saúde tem sido objeto de muitos estudos na produção científica recente na área da Atenção Básica. Este estudo procurou abordar uma questão do perfil desse profissional ainda pouco estudada, a escolarização. Mais do que a trajetória profissional e de escolarização, através desse estudo, fomos de encontro à história de vida e de lutas dos ACS.

As narrativas dos ACS revelaram uma trajetória de vida, educacional e profissional comum, marcada por uma origem humilde, interrupção dos estudos, desemprego ou sub-empregos. Uma trajetória comum a muitos trabalhadores e brasileiros.

Foram identificadas algumas questões centrais como:

- a questão do desemprego sendo quase que determinante para a busca da profissão: os candidatos a ACS praticamente desconheciam o ofício no qual ingressaram. A oportunidade de emprego e a falsa idéia de cargo público motivaram a procura por essa ocupação. Somente no decorrer da atuação é que descobriram o que é ser ACS;
- a identificação do ACS com o trabalho comunitário: mesmo se percebendo desvalorizados e ainda não reconhecidos, todos os ACS relatam se identificar com o trabalho. Sentem-se gratificados em poder levar ajuda e cuidados, ainda que com muitas limitações impostas pelo modelo de atenção a saúde vigente;
- a falta de reconhecimento, desvalorização e sobrecarga de trabalho como principais motivos para esse trabalhador deixar a profissão e buscar alternativas: o trabalho e as atribuições dos ACS são amplos e polivalentes e essa dimensão pode trazer conseqüências psíquicas e psicossomáticas, conduzindo o ACS ao adoecimento. Esse trabalhador ainda não se encontra vinculado a nenhuma categoria profissional, não sendo reconhecido nem como profissional de saúde nem como profissional da enfermagem. A desvalorização e a falta de reconhecimento, ao mesmo tempo em que levam esse trabalhador a deixar a profissão, são determinantes

para a motivação da retomada da escolarização e ampliação do horizonte profissional;

- o trabalho propiciando a retomada de antigos objetivos, no caso, voltar a estudar: trabalhar próximo a sua residência e com uma carga horária de trabalho delimitada facilita a reorganização do projeto de vida desse cidadão, o que não acontece na informalidade. Ingressar no trabalho de ACS possibilita um acesso a novos conhecimentos e o aproxima de novas profissões, promovendo uma identificação com a área da saúde. Esse novo conhecimento e a amplitude das demandas do trabalho de ACS estimulam esse cidadão a *querer mais*, a (re)tomar parte num processo de escolarização e formação. Existe o desejo de permanecer e crescer na ESF, porém em outra função;
- a influência do enfermeiro no trabalho do ACS e na sua opção profissional: o enfermeiro inspira, incentiva e estimula os ACS a progredir e mudar sua realidade de vida. É estabelecida, em muitos casos, uma relação de confiança e companheirismo. A enfermagem precisa reconhecer seu papel de liderança política e de fortalecedora de sujeitos. Como responsável pela educação permanente das equipes de auxiliares, técnicos e ACS, precisa assumir uma visão crítica da educação para além do meramente técnico.

Verificamos na AP 5.2 uma ampliação significativa em todas as faixas de escolaridade dos ACS e parece haver um desejo deste trabalhador de mudar de função, porém continuando na área da saúde. Este movimento de ascensão tende a se manter, visto que muitos ACS que não estão estudando no momento acalentam o desejo de, num futuro próximo, retomar os estudos.

A nova proposta de elevação da escolaridade do ACS, do Referencial Curricular de 2004, traz no seu corpo uma exigência que não está inscrita nos requisitos exigidos para o desempenho como ACS, que é a conclusão do ensino médio. Além de constituir um elemento indutor da política de formação técnica dos ACS (MOROSINI, 2009), essa formação é justificada por quatro argumentos constantes do documento: a política de educação profissional para o setor saúde, a importância do ACS na mudança do modelo de atenção à saúde, seu papel social e

seu perfil de escolaridade. Em contrapartida será promovida uma profissionalização e o acesso a um conhecimento técnico-científico que, indiscutivelmente, contribuirão de forma positiva para sua prática. Mas esse investimento não resultará na ampliação de um horizonte profissional, já que ele *continuará sendo ACS*, devido a inexistência de um plano de carreira para esse trabalhador.

Alguns elementos que permeiam o conteúdo das capacitações caracterizam a formação predominante dos ACS como uma qualificação denominada de nível básico da educação profissional, o que, portanto, não lhe confere habilitação (MOROSINI, 2009). O ACS tem um caráter singular por ser um profissional exclusivo do Sistema Único de Saúde. Esse entrave na falta de investimentos na sua qualificação contribui, sobremaneira, para perpetuar a sua baixa remuneração, o seu não reconhecimento como importante personagem na condução de uma política prioritária de saúde pública e a sua não permanência na ESF.

Apesar da iniciativa do Ministério da Saúde, em promover uma formação técnica aos ACS, na prática ainda não se observa empenho dos governos locais em incentivar essa formação.

Consideramos que a Lei 11.350/06 deixou uma lacuna nesse sentido, mesmo sendo criada após o Referencial Curricular de 2004, pois reproduz os mesmos requisitos exigidos na lei 10.507/02, que criou a profissão de ACS, com relação à formação desse trabalhador: a conclusão de um curso introdutório de formação inicial e continuada e a conclusão do ensino fundamental.

O incentivo a profissionalização do ACS, instrumentalizando-o tecnicamente para o trabalho, promoverá uma alteração positiva do perfil desse trabalhador, através da elevação da escolaridade.

A garantia dessa mudança só será possível com uma ordem social mais justa, a partir de um movimento de luta coletivo, rompendo com alguns preceitos arraigados em nossa sociedade capitalista.

Enquanto profissional de saúde institucionalizada e atuando desde 2003 na ESF, mesmo no momento fazendo parte da gestão local da AP 5.2, mantenho contato próximo e constante a estes trabalhadores e pude perceber que os ACS ainda não conseguiram realizar uma reflexão coletiva adequada sobre o seu papel na reordenação da Atenção Básica e na delimitação de suas atribuições. Como uma categoria profissional recente e ainda sem um vínculo profissional estabelecido, em 2007 foi criada a Associação dos ACS do município do Rio de Janeiro (AMACS-RJ),

que desde então vem assumindo a condução de algumas lutas dos ACS. Em minha percepção, o foco principal dessa entidade e de todos os ACS, está ficando restrito a melhoria salarial e efetivação do cargo do ACS como funcionário público municipal. Não estou aqui tecendo somente uma crítica a atuação da AMACS, e sim, provocando uma reflexão, pois se está perdendo o debate de uma questão essencial em todo esse processo: a importância do ACS como profissional indispensável para a mudança do modelo de atenção a saúde atual e consolidação dos princípios do SUS.

A Estratégia Saúde da Família tem assumido um papel importante no cenário das políticas de reorientação da Atenção Básica no país e da consolidação do SUS. Os ACS surgem como um grande contingente de trabalhadores a quem foi delegado o complexo papel de promover essa mudança. Uma tarefa tão “árdua” não pode ser desempenhada por um profissional sem a qualificação necessária.

Devemos pensar no ACS não como alguém que está reproduzindo um modelo de relação de trabalho. Ele traz, como membro das classes populares, a idéia do inédito viável, da superação de limites até então intransponíveis, a possibilidade, mesmo que com percalços no caminho, de uma mudança.

Permanecer como ACS, garantir que algumas pessoas fiquem, cumpram com a proposta da ESF depende principalmente do reconhecimento técnico desse trabalhador.

Em meio a essas questões uma pergunta emerge para reflexão: em que medida a percepção da desvalorização e fragmentação dos ACS não é específica do município do Rio de Janeiro, em consequência do próprio processo fragmentado e confuso de desenvolvimento das políticas de Atenção Básica? Nesse sentido, recomendo estudos comparativos entre outros municípios para avançar na construção de respostas.

Os resultados mostram que o trabalho do ACS possui, sobretudo, um significado positivo e reintegrador da pessoa consigo, com sua essência humana e humanizadora. É um trabalho que, ao mesmo tempo em que reproduz um ciclo de desumanização, o rompe.

O desafio para o formador do trabalhador ACS e para o enfermeiro, que além de supervisionar deve ser também o apoiador do ACS, é o de descobrir e fortalecer as dimensões emancipatórias, libertadoras que emergem na prática profissional e os tornam sujeitos da própria história.

Nesse sentido, recomendo que os enfermeiros sejam capacitados em uma visão crítica da educação, chamando a atenção e fortalecendo o seu papel como educador popular.

O SUS não se constitui apenas de uma proposta técnica e organizacional, idealizada a partir da Reforma Sanitária no país. Há um componente ideológico, ético e político que “convoca” os sujeitos a engajarem-se numa luta, já que é um projeto contra-hegemônico de política pública de saúde.

Resgatar e provocar o sentido emancipatório do trabalho do ACS é também resgatá-lo no trabalho em saúde pública.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.8, n.15, p.259-274, mar./ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000200006>. Acesso em: 20 jan. 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Perfil de competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde – ACS, proposta relacionada à Qualificação Profissional Básica do ACS**. [Brasília, DF, 2003?]. Disponível em <www.abennacional.org.br/download/Consideracoes_ABEn_Consulta_Publica_ACS.Qualificacao.doc>. Acesso em: 14 jan. 2010.

BACHILLI, R. G.; SCAVASSA, A. J.; SPIRI, W. C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/09.pdf>>. Acesso em: 10 jun 2008.

BORNSTEIN, V. J. **O Agente Comunitário de Saúde na mediação de saberes**. 2007. 243 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

_____; STOTZ, E. N. Concepts involved in the training and work processes of community healthcare agents: a bibliographical review. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v13n1/28.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2006a. 300 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf>. Acesso em 08 out. 2009.

_____. **Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002**. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2002b. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/lei10507_10_07_02.pdf>. Acesso em 13 out. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa Saúde da família**. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Secretaria-Executiva. **Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 100p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_2ed.pdf>. Acesso em 13 out. 2008.

_____. **Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2010.

_____. Portaria nº 1.886/GM de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, p. 11-13, 22 dez. 1997a. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2008.

_____. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília, DF, 2001.

_____. **Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF)**. Brasília, DF, 2003.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde: as Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002a. 56 p. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/popup/08_0002.htm>. Acesso em: 17 set. 2009.

_____. **Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006**. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da emenda constitucional nº 51, de 14 fev. 2006, e dá outras providências. Brasília, DF, 2006c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm>. Acesso em: 06 nov. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Reorganizando o SUS no município do Rio de Janeiro**. Brasília, DF: 2005. 118p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/reorganizando_SUS_municipio_rio_de_janeiro.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2010.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997b. 36p.

_____; BRASIL. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/monografias/ms/sp/referencial_Curricular_ACS.pdf>. Acesso em 17 nov. 2008.

BRITO, J.; TEIGER, C.; MESSING, K. O trabalho e a saúde das mulheres: sinais de uma realidade em transformação. In: BORGES, L.H.; MOULIN, M.G.B.; ARAÚJO, M.D. **Organização do trabalho e saúde: múltiplas relações**. Vitória: EDUFES, 2001. 350 p.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001. 164 p.

CIAVATTA, M. **O trabalho como princípio educativo na sociedade contemporânea**. Síntese do texto discutido com os participantes do Seminário Nacional de Formação – MST, realizado na Escola Nacional Florestan Fernandes em março de 2005. Guararema: SP, 2005. Disponível em: <<http://www.pedagogia.seed.pr.gov.br/arquivos/File/Docs%20CGE/trabahocomoprincipioeducativo.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2010.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS À SAÚDE, 1978, Alma-Ata. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2009.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DE SAÚDE, 1., 1986 Ottawa. **Carta de Ottawa**. Ottawa, 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília, DF. **Relatório final...** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Relatorio%20Final.pdf>. Acesso em 08 out. 2009.

DAVID, H.M.S.L. **Religiosidade e cotidiano das agentes comunitárias de saúde: repensando a educação em saúde junto às classes populares.** 2001. 320 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

_____. Estratégias de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde. In: SANTOS, I. et al. **Enfermagem e campos de prática em saúde coletiva: realidade, questões e soluções.** São Paulo: Ed, Atheneu, 2008. 358 p. (Série atualização em enfermagem, n. 4.)

FERRAZ, L.; AERTZ, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a12v10n2.pdf>>. Acesso em 24 out. 2008.

FRADER, L. Précarité du travail et rapports sociaux du sexe: une perspective historique. In: APPAY, B.; THÉBAUD-MONY, A. (Ed.). **Précarisation Sociale, Travail et Santé.** Paris: IRESCO, 1997. p. 293-312.

FRANCO, T. B.; MEHRY, E. E. PSF: contradições e novos desafios. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE ONLINE, 1999. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>>. Acesso em: 12 jan. 2010.

FREIRE, P. **A Importância do Ato de Ler:** em três artigos que se completam. 22. ed. São Paulo: Cortez, 1988. 80 p.

_____. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 37. ed. São Paulo: Paz e Terra: 1996. 146 p.

_____. **Pedagogia da esperança:** um reencontro com a pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003, p.106.

_____. **Pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro. Paz e Terra, 2005. 213 p.

FRIGOTTO, G. Educação e Trabalho: bases para debater a Educação Profissional Emancipadora. **Revista Perspectiva**, Florianópolis, v.19, n.1, p.71-87, jan./jun. 2001. Disponível em: <http://www.perspectiva.ufsc.br/perspectiva_2001_01/04_frigotto.pdf>. Acesso em: 23 out. 2008.

FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M. Educar o trabalhador cidadão produtivo ou ser humano emancipado? **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v. 1 n. 1, p. 45-60, 2003. Disponível em: <<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br//include/mostrarpdf.cfm?Num=28>>. Acesso em 23 out. 2008.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF, 1994.

GORZ, A. **Metamorfoses do trabalho**: crítica da razão econômica. 2. ed. São Paulo: Annablume, 2007. 248 p.

JUNGES, J.R; MAZARI, C.K.; SELLI, L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 2008. No prelo. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3230>. Acesso em: 15 jul 2009.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. O trabalho do agente comunitário de Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v.2, n. 5, p. 23-29, abr./jun. 2006.

KOSIK, K. **Dialética do Concreto**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1976. 230p.

MACIEL, F. Todo trabalho é digno?: um ensaio sobre moralidade e reconhecimento na modernidade periférica. In: SOUZA, J. **A invisibilidade da desigualdade brasileira**. Belo Horizonte: Ed. UFMG. 2006.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, C. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.41, n. 3. set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/12.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2008.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a01.pdf>>. Acesso em 07 out. 2009.

MENDONÇA, M. K. **Licença, posso entrar?**: as visitas domiciliares nos programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família e a integralidade. 2008. 380

f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

MENDONÇA, M. H. M. Profissionalização e regulamentação da atividade do Agente Comunitário de Saúde no contexto da reforma sanitária. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2, n. 2, p. 353-365, 2004.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. *Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor?* **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 118-122, 2002.

MINAYO, M. C. S. Hermenêutica-Dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M. C. S., DESLANDES, S. F. (Org.) **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 83-107.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. 407 p.

MOROSINI, M. V. G. C. **A política de formação dos agentes comunitários de saúde: memória de uma formulação em disputa nos anos 2003-2005**. 2009. 224 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

_____; CORBO, A. D. ; GUIMARÃES, C.C. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 261-280, 2007. Disponível em: <<http://www.bvseps.epsjv.fiocruz.br/lildbi/docsonline/2/5/952-agente.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2009.

MOURA, R. C. S. **O Programa de Agentes Comunitários de Saúde adaptado à cidade do Rio de Janeiro: uma análise de suas concepções**. 2009. 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

NASCIMENTO, G. M.; DAVID, H. M. S. L. Avaliação de riscos no trabalho dos agentes comunitários de saúde: um processo participativo. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 550-556, 2008. Disponível em: <http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20090500/373_v16n4a16.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2009.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B.; RAMOS, Z. V. O. **A vinculação institucional de um trabalhador Sui Generis: o Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, DF: IPEA, 2000. 33p. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_2000/td0735.pdf>. Acesso em 03 nov. 2009.

NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002.

PEREIRA, I. B.; RAMOS, M. N. **Educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 120 p.

RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. **Proposta de ambientação para agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro, 2007.

SALOMON, D. V. **Como fazer uma monografia**. São Paulo: Martins Fontes, 1991. 294p. apud SANTOS, I.; CLOS, C. C. Pesquisa quantitativa e metodologia In: GAUTIER, J. H. M. et al. **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

SANTOS, I.; CLOS, C. C. Pesquisa quantitativa e metodologia. In: GAUTIER, J. H. M. et al. **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

SAVIANI, D. **O trabalho com princípio educativo frente às novas tecnologias**. Disponível em: <<http://www.diaadia.pr.gov.br/nre/cornelioprocopio/arquivos/File/Ensinomedioblocos/Encontro3Otrabalhocomoprincipioeducativo.pdf>>. Acesso em 14 jan. 2010.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e valor. **Tempo Social; Revista Sociologia USP**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 147-158, 1996.

SELIGMANN-SILVA, E. **Desemprego e psicopatologia da recessão**. In: BORGES, L. H.; MOULIN, M. G. B.; ARAÚJO, M. D. **Organização do trabalho e saúde: múltiplas relações**. Vitória: EDUFES, 2001. 350 p.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002a. 240p.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de Saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 10, p. 75-96, fev. 2002b.

STOTZ, E. N. Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil. **Revista São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 25-33, 2003.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em Saúde Pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses em saúde pública. Editora Fiocruz, 2003. 172p.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.

TONET, I. Educação contra o capital. Maceió: EDUFAL, 2007.

VALLA, V. V. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. **Revista Educação e realidade**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 177-190. jul./dez. 1996.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa: O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE, SUA TRAJETÓRIA DE ESCOLARIZAÇÃO E EMANCIPAÇÃO PROFISSIONAL. O objetivo geral deste estudo é descrever e discutir a trajetória de escolarização do ACS, à luz do conceito de trabalho como princípio educativo/emancipatório.

Você foi selecionado pela sua experiência no Programa Agentes Comunitários de Saúde/Programa de Saúde da família. Sua participação nesta pesquisa consistirá em dar a sua opinião respondendo a um roteiro de entrevista.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária. Mesmo que você decida responder às perguntas, você tem plena liberdade de parar de responder a entrevista a qualquer momento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição na qual trabalha.

Você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar desta pesquisa, ou a qualquer momento durante a realização da entrevista.

Não existem riscos relacionados com sua participação. Os benefícios acarretados pela publicação dos resultados da pesquisa dizem respeito à melhor compreensão do trabalho do ACS o que, por sua vez, poderá contribuir para a valorização e reconhecimento deste profissional. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação uma vez que não constarão nomes, endereços nem Unidade de Saúde onde trabalham os entrevistados. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora.

Os resultados deste estudo podem ser publicados, sendo garantido o seu anonimato. As gravações das entrevistas poderão ser consultadas pela orientadora do estudo, pelo Comitê de Ética e pelas autoridades de saúde.

Pesquisadora: Roberta Rodrigues de Alencar Mota
Endereço: Rua Professor Gonçalves, 47.
CEP: 23088-210 Tel.: 9632-3932

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2009

Eu, _____,
declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura _____

APÊNDICE B – Questionário de escolaridade dos ACS

Nome do ACS	Data de nascimento	Data de Admissão	Escolaridade ao início do trabalho	Escolaridade atual	Caso esteja estudando, especifique o curso
1-					
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
16-					
17-					
18-					
19-					
20-					
21-					
22-					
23-					
24-					
25-					

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista**1- Perguntas de identificação:**

- Idade
- Estado civil
- Filhos
- Idade ao início do trabalho de ACS

2- Conte como você veio a ser ACS? Como você chegou à profissão de ACS?

3- Já tinha trabalhado antes de ser ACS?

4- Qual era sua idéia do trabalho de ACS?

5- O que te surpreendeu? Qual a realidade que encontrou?

6- O que você mais se identifica/gosta no trabalho de ACS?

7- Quais são/eram as suas insatisfações enquanto ACS?

8- O que te faz permanecer ACS? / O que te fez deixar de ser ACS?

9- Como você definiria a sua vida antes e depois do trabalho de ACS?

10-Quais são os seus planos para o futuro?

Anexo – Localização das Unidades de Saúde da AP 5.2



1 P.S PEDRO NAVA
 2 P.S PROF. MANOEL DE ABREU
 3 P.S OSWALDO VILLELA
 4 P.S MARIO RODRIGUES CID
 5 UNIDADE 24 HORAS - P.S MRC
 6 P.S MARIO VITOR DE A. PACHECO
 7 P.S EDGARD MAGALHÃES GOMES
 8 P.S WOODROW P. PANTOJA
 9 P.S GARFIELD DE ALMEIDA
 10 P.S ALVIMAR DE CARVALHO
 11 P.S RAUL BARROSO E PSF ILHA DE GUARATIBA
 12 PACS VILA VERDE
 13 PACS AGUIAR TORRES
 14 PACS NOVO AMNHECER E GUANABARA
 15 PACS CESÁRIO DE MELO E PARQUE ESPERANÇA
 16 PACS JARDIM MARAVILHA
 17 PACS MANGUEIRAL

18 PSF NOVA CIDADE
 19 PSF VILA DO CÉU
 20 PSF JARDIM ANÁPOLIS
 21 PSF VILA SÃO JORGE
 22 PSF VILAR CARIÓCA
 23 PSF ANA GONZAGA
 24 PSF VILAR GUANABARA
 25 PSF LARGO DO CORREIA
 26 PSF JARDIM CINCO MARIAS
 27 PSF FAZENDA MODELO
 28 PSF BARRA DE GUARATIBA
 29 CMS BELIZÁRIO PENNA
 30 POLICLÍNICA CARLOS ALBERTO NASCIMENTO
 31 CAPS PROFETA GENTILEZA
 32 CAPS PEDRO PELEGRINO
 33 CAPSi JOÃO DE BARRO

34 LABORATÓRIO DE ANÁLISE CLÍNICAS DA AP 5.2
 35 CCVCG - COMP. DE CONT. DE VETORES DE CAMPO GRANDE
 36 HOSPITAL ESTADUAL ROCHA FARIAS
 37 ROCHINA
 38 IASERJ
 39 COORDENADORIA DE SAÚDE AP 5.2
 40 UPA MENDANHA
 41 UPA CESÁRIO DE MELO