



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Carla Aparecida Galvão Grajaú

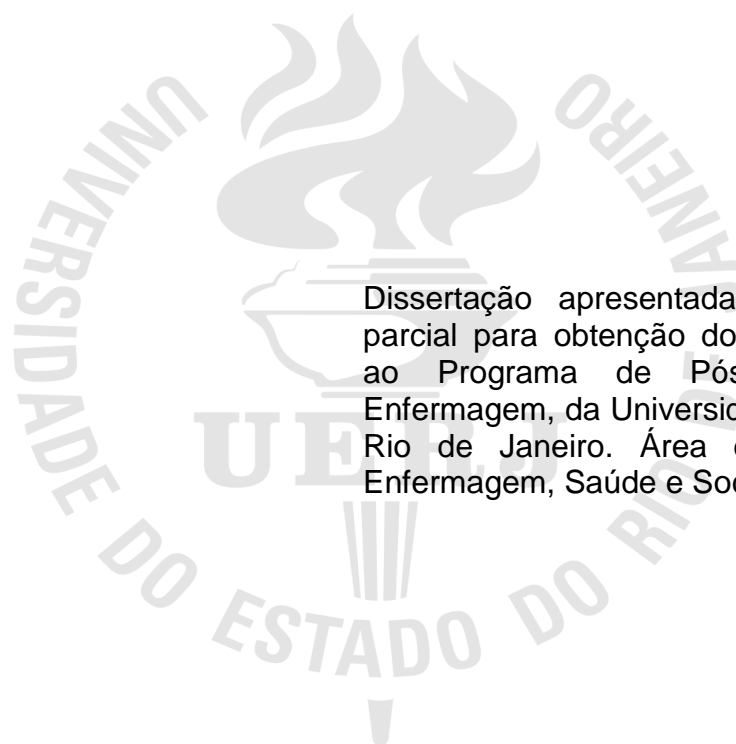
**Reconhecimento profissional e social do agente comunitário de
saúde: uma reflexão sobre as classes trabalhadoras urbanas no
setor saúde**

Rio de Janeiro

2013

Carla Aparecida Galvão Grajaú

**Reconhecimento profissional e social do agente comunitário de saúde: uma
reflexão sobre as classes trabalhadoras urbanas no setor saúde**



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 Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David

Coorientador: Prof. Dr. Eduardo Navarro Stotz

Rio de Janeiro

2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

G743 Grajaú, Carla Aparecida Galvão.
Reconhecimento profissional e social do agente comunitário de saúde na reflexão sobre as classes trabalhadoras urbanas no setor saúde / Carla Aparecida Galvão Grajaú. - 2013.
94 f.

Orientadora: Helena Maria Scherlowski Leal David
Coorientador: Eduardo Navarro Stotz.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Agentes Comunitários de Saúde. 2. Classe social. I. David, Helena Maria Scherlowski Leal. II. Stotz, Eduardo Navarro. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. IV. Título.

CDU
614.253.5

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

Assinatura

Data

Carla Aparecida Galvão Grajaú

Reconhecimento profissional e social do agente comunitário de saúde: uma reflexão sobre as classes trabalhadoras urbanas no setor saúde

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 27 de fevereiro de 2013.

Banca Examinadora:

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

Prof. Dr. Eduardo Navarro Stotz (Coorientador)
Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz

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

Rio de Janeiro

2013

DEDICATÓRIA

Aos Agentes Comunitários de Saúde, deste município, que a partir de seu trabalho realizei minhas reflexões e este estudo.

AGRADECIMENTOS

Antes de agradecer, quero registrar o quanto aprendi nesses dois anos de mestrado.

Aprendi que as derrotas são tão importantes quanto as vitórias e que aceitá-las faz parte deste aprendizado. Aprendi que a paciência é uma virtude. Aprendi que posso ser forte para superar as dificuldades. Aprendi que ainda tenho muito para aprender.

Por tudo isto agradeço...

A Deus primeiramente, e por mais que meu referencial teórico seja Marx, acredito que sua obra seja embebida em críticas à religião, e não propriamente à Deus. E até por minhas convicções pessoais não poderia deixar de agradecê-lo por me permitir finalizar esta etapa.

À minha avó (*in memoriam*), - agora lembrando o título da dissertação de Clarissa Menezes - Mulher, Guerreira, Trabalhadeira, cai como uma luva para mencionar sua figura que me apoiou desde as primeiras escolhas, sempre foi fundamental na minha vida. Desculpe-me vizinha se em algum momento não dei a atenção de vida, agradeço todas as orações que com certeza me sustentaram até aqui.

À minha mãezinha querida por todo apoio e por sempre acreditar que seria possível esta caminhada (muito árdua por sinal), sempre dizendo: Você já terminou filha! Obrigada por apostar em mim. Amo-te mãe.

Aos meus filhos Camille e Guilherme primeiramente por existirem, e serem a motivação em momentos tão difíceis. Camille com mais entendimento e paciência, muito obrigada filha. Guilherme tão pequeno, mas com uma missão me alegrar com seu sorriso, beijos e “empulheiramentos” (perdoem o neologismo, mas sempre digo que ele gosta de ficar empulheirado em cima de mim). À Luiza, força interior (literalmente) que estou gestando no momento.

Ao meu Amor Paulo Grajaú que com muita paciência me aturou, esses dois anos, obrigada pelo treinamento de BOPE, digo isto, pois ele sempre falava: Vai pedir para sair, agora? Obrigada amor por estar na minha vida dividindo os piores e os melhores momentos.

À professora Helena Maria Scherlowski Leal David, que foi orientadora, mestre e amiga, que me inspirava, compartilhava suas experiências e me permitia momentos de críticas e reflexão, sem ela seria impossível terminar esta jornada.

Ao coorientador deste trabalho professor Eduardo Stotz que tão amavelmente aceitou fazer parte deste sonho contribuindo para o enriquecimento deste trabalho.

À professora Regina Maria Marteleto que gentil e prontamente cedeu o banco de dados da pesquisa que coordena.

À professora Sonia Acioli que aceitou o convite para avaliar e contribuir com este trabalho desde a qualificação e mesmo estando em outro país se disponibilizou para a defesa final.

Aos amigos Roberta Mota e Jalmir Freitas, muito obrigada! E como irei falar durante toda dissertação sobre a importância do trabalho, principalmente para a classe trabalhadora, se faz necessário ressaltar o valor de vocês neste processo. Pois se atualmente estou exercendo o cargo de gerente de unidade de atenção primária, devo a vocês.

Tanto é que fica bem claro que muitas das vezes tem reunião da Equipe Técnica, 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.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Área programática
APS	Atenção Primária à Saúde
CEASM	Centro de Ações Solidárias da Maré
CLT	Consolidações das Leis do Trabalho
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONACS	Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ECH	Expressões- chave
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Idéia Central
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
MOPS	Movimento Popular em Saúde
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e de Saneamento
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RA	Região Administrativa

SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SGETES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SPS	Secretaria de Políticas de Saúde
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência Social
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

RESUMO

GRAJAÚ, Carla Aparecida Galvão. **Reconhecimento profissional e social do agente comunitário de saúde: uma reflexão sobre as classes trabalhadoras urbanas no setor saúde**. 2013. 94 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

Este estudo tem por objeto a compreensão do reconhecimento profissional e social do Agente Comunitário de Saúde (ACS) destacando-se as influências das relações sociais impostas, mas que ao mesmo tempo trazem para o cenário o fruto destas relações, a desigualdade social, que remete ao conceito de classes sociais nas relações entre Estratégia de Saúde da Família (ESF) e favela. O objetivo geral é estudar e analisar a percepção dos ACS na Estratégia de Saúde da Família das áreas programáticas (AP) 2.1, 3.1 e 5.2 do município do Rio de Janeiro acerca do seu reconhecimento social e profissional a partir das categorias de reconhecimento e classe social. O estudo é desenvolvido por meio de uma abordagem qualitativa, com base nas narrativas do trabalho, reconhecimento, classe social e gênero, com organização e análise segundo a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. Os campos de pesquisas utilizados foram às áreas programáticas (A.P.) 2.2, 3.1 e 5.2. Os resultados geraram dois eixos temáticos: Percepção do que levou este trabalhador a ser ACS; Falta de reconhecimento e valorização. O fato de estar desempregado ou inserido em formas de subemprego surgiu como a maior motivação para ser tornar ACS; A divulgação do processo seletivo público leva o ACS a acreditar que será contratado por um estatuto, gerando a expectativa em ser funcionário público e ter garantias trabalhistas sólidas, afastando a possibilidade de voltar a estar desempregado. Na segunda categoria, as questões destacadas incluem: A ACS é morador de uma favela e pertence à classe trabalhadora. A grande maioria destes trabalhadores são mulheres, que precisam estar perto de casa para exercer seu papel também como educadora dos filhos, mas também para aumentar sua renda ou até mesmo exercer seu papel como provedora de uma família inteira, o que também possui determinação de classe social. O ACS se percebe desvalorizado como mediador no trabalho educativo. Esta desvalorização denota a compreensão do trabalho do ACS como de baixa complexidade. A questão salarial também é um fato ao qual o ACS atribui sua desvalorização como trabalhador, e retrata um pertencimento econômico a uma determinada classe social, a classe explorada pelo capital. Conclui-se que o que a inserção de trabalhadores comunitários, via seleção e contratação de ACS na atenção básica aproveita as redes sociais de integração pré-formadas nas comunidades para inserir e dar eficácia às ações de saúde. O atual contexto de trabalho do ACS representa um modo de produção da saúde que aliena este trabalhador, destituindo-o do seu processo de trabalho e reforçando a estrutura de classes presente na sociedade, interferindo no reconhecimento social e profissional do ACS.

Palavras-chaves: Agente comunitário de saúde. Classe social. Reconhecimento profissional.

ABSTRACT

This study aims the understanding of social and professional recognition of Community Health Agent (CHA) highlighting the influences of social relations imposed, wich, at the same time, bring to the stage the outputs of these relations: social inequality, refered to the concepts of social classes and relationship between health services and the slums (favelas). The overall goal is to study and analyze the perception of CHA in the Family Health Strategy in three program areas (PA) of Rio de Janeiro city on their social and professional recognition based on the categories of recognition and social class. The study is developed through a qualitative approach, based on the narratives of labour, recognition, social class and gender, organization and analysis according to the Methodology of the Collective Subject Discourse. The results generated two main themes: Perception of what led this subject to become a CHA; Lack of recognition and appreciation. The fact of being unemployed or inserted in forms of underemployment emerged as the biggest motivation for becoming CHA; disclosure of public selection process leads these workers to believe that the CHA will be hired by statute, creating the expectation of being a public servant and have labor rights solid, eliminating the possibility of returning to being unemployed. In the second category, the issues highlighted include: CHA is a slum dweller and belongs to working class. The vast majority of these workers are women, who need to be close to home to play its role as educator of children, but also to increase their income or even execer its role as a provider of an entire family, which also have determination of social class. The CHA is perceived as undervalued mediator in educational work. This devaluation denotes the understanding of the CHA work as one of low complexity. The salary issue is also a fact to which ACS assigns its devaluation as a worker, and portrays an economic belonging to a certain social class, the class exploited by capital. It follows that the insertion of community workers, via selection and hiring of CHA in primary care units uses social networks preformed in communities to give effect to the health actions. The current work context of the ACS represents a mode of production that alienates this health worker, depriving him of his working process and reinforcing the class structure in this society, interfering with their social and professional recognition.

Keywords: Community health agent. Social class. Professional recognition.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
1	REFERENCIAL TEORICO	19
1.1	Trabalho e Classe Social	19
1.2	Trabalho em saúde	24
1.3	O trabalho do Agente Comunitário Saúde	27
1.4	Favela e Território	36
1.5	Reconhecimento	37
2	METODOLOGIA	42
2.1	Descrição metodológica	42
2.2	Representações Sociais e contextualização do Discurso do Sujeito Coletivo	44
2.3	O Discurso do Sujeito Coletivo	45
2.4	Campo da pesquisa	47
2.5	Sujeitos da pesquisa	48
3	ANÁLISE DOS RESULTADOS	50
3.1	Categoria 1 - O que levou o sujeito a ser ACS	50
3.1.1	<u>Oportunidade de trabalho formal</u>	51
3.1.2	<u>As expressões sobre ser funcionário público</u>	56
3.1.3	<u>Trabalho Comunitário</u>	59
3.1.4	<u>Trabalho próximo de casa</u>	61
3.2	Categoria 2 – Falta de reconhecimento e valorização	64
3.2.1	<u>Falta de reconhecimento</u>	65
3.2.2	<u>Questão salarial</u>	70
3.2.3	<u>Limitações do trabalho do Agente Comunitário de Saúde</u>	73
4	CONCLUSÃO	76
	REFERÊNCIAS	81
	APÊNDICE – Roteiro de perguntas	92
	ANEXO - Pareceres dos Comitês de Ética dos Estudos cujas bases de dados foram analisadas	93

INTRODUÇÃO

Esta dissertação possui como temática o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e seu reconhecimento profissional e social. O ACS é considerado uma categoria profissional nova no campo da saúde, que conta, até outubro deste ano de 2012, com 262.245 ACS no país (BRASIL, 2012). É um dos atores que compõe as equipes de saúde da família, considerado fundamental para a consolidação desta estratégia e para a reorganização de modelo assistencial.

Este novo ator possui características próprias por ser morador e atuar profissionalmente neste local, oriundo de classes populares, donde lhe é atribuído um caráter *sui generis* (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000). Outros autores como Bornstein (2007), Morosini (2009) e Mota (2010) chamam a atenção para este caráter, corroborando com o texto de documentos oficiais (BRASIL, 2002b, p.9), que destacam sua origem, atribuindo-lhe a capacidade singular de conhecer a realidade social que o cerca:

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um profissional *sui generis*. Oriundo da comunidade, como alude a sua denominação, deve exercer uma liderança entre os seus pares, apresentando um perfil distinto do servidor público clássico.

Durante este estudo, por muitas vezes, lançarei mão de um recurso muito significativo para mim: a etimologia da palavra. Sempre busquei conhecer a origem das palavras. Entretanto, apenas ao ler o livro póstumo sobre Victor Vicente Valla¹, no capítulo escrito pelo pastor da igreja que Valla frequentava, em que cita a epígrafe do livro “Todos os nomes, de Saramago - Conheces o nome que te deram, não conheces o nome que tens, encontrei sentido em retomar esta reflexão”. Trata-se de questionar se somos aquilo realmente que dizemos ser (GARCIA, 2009).

A própria palavra AGENTE, que segundo o dicionário Michaelis, significa o que age, que exerce alguma ação; que produz algum efeito, deve ser questionada sobre quem age, ou sobre o que essa ação é exercida, pois a palavra seguinte é COMUNITÁRIO, que segundo definição, significa relativo à comunidade. E daí um primeiro questionamento: seria o ACS um profissional que exerce alguma ação na

¹Vitor Vicent Valla (1937-2009), pesquisador norte-americano, residente no Rio de Janeiro desde 1964, foi professor emérito da ENSP/ FIOCRUZ, e da Faculdade de Educação da UFF. Desenvolveu estudos e pesquisas sobre a Educação Popular e Saúde, e seu pensamento constitui-se em um marco no campo da Educação Popular e da participação popular em saúde.

comunidade? Sobre a comunidade, ou a partir desta? Seria um profissional do serviço de saúde na comunidade, ou da comunidade no serviço de saúde?

Para explicar a trajetória intelectual que me trouxe até esta temática é preciso trazer minha trajetória pessoal. Nasci e moro até hoje no complexo da Maré, um dos conjuntos de favelas situados na área da Leopoldina. Este primeiro fato que faz refletir sobre minha trajetória profissional cujas raízes estão na minha história de vida como moradora da Maré. Desenvolvi trabalhos comunitários, primeiramente como recenseadora do Censo Maré 2000, realizado por um curso de vestibular preparatório comunitário, Centro de Estudos e Ações Solidárias da Maré (CEASM) que tinha por objetivo contestar e contrapor informações locais às produzidas pelo Censo do IBGE, trazendo visibilidade para uma população ocultada nos dados oficiais. Esta experiência foi sem dúvida o ponta-pé inicial para as escolhas futuras, entretanto sem pretensões para continuar no trabalho comunitário ou mesmo estudos vinculados à comunidade.

Sempre que possível apresento minhas razões em preferir o termo favela à palavra comunidade e neste momento, acho importante recuperar o termo favela, em substituição ao de comunidade, pois foi neste momento que consegui distinguir um do outro através do resgate histórico da Maré durante este trabalho. Com base na análise da origem das palavras. Favela é o nome de uma planta nordestina, que cresce diante das adversidades, pois o faz entre pedras, com dificuldades em conseguir nutrientes e água, tendo que possuir raízes profundas. E o termo comunidade para a sociologia significa um grupo que compartilha algo em comum como a cultura, valores e até problemas em comum, fato este que não traduz as desigualdades encontradas e percebidas por mim naquele momento. Portanto, entendo que na palavra favela podemos reconhecer o sentido de resistência vivido historicamente por esta classe.

Em 2002, comecei a trabalhar como Agente Comunitária de Saúde (ACS) no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em uma das favelas da Maré, Vila dos Pinheiros que fazia parte do Posto de Saúde Gustavo Capanema. Durante esta experiência, comecei a pensar em cursar o nível superior, além de me interessar pela questão da regulamentação da profissão de ACS, que foi criada em 2002 com a Lei nº 10.507/2002 (BRASIL, 2002a).

Neste momento, participei de um Congresso de Saúde Pública em Brasília, no qual estive em uma atividade de roda de Educação Popular em Saúde, e entrei

em contato com lideranças nacionais dos ACS. Quando voltei, os gestores, que eram na época os presidentes das associações de moradores, me demitiram, pois se sentiram ameaçados por possíveis organizações de classe desdobradas destes encontros.

Posteriormente, fui readmitida, mas agora no Posto de saúde Elis Regina que se localizava na Baixa do Sapateiro (que também faz parte da Maré já que esta é composta por um complexo de favelas) e neste momento já estava convicta de que almejava ser enfermeira. Esta escolha estava vinculada ao meu trabalho como ACS, já que o enfermeiro é o profissional mais próximo deste trabalhador, e certamente tem papel fundamental na assistência à saúde da população. De forma que, durante o contato com enfermeiros, pude observar um cuidado não só pautado nas questões biomédicas, mas que transcendiam na valorização da história de vida dos indivíduos e interesse na história da Maré, para a construção do cuidado para os moradores. Fatos que atualmente suscitam reflexões sobre o papel do (a) enfermeiro (a) como ator social na Estratégia Saúde da Família, pois sem essa perspectiva a tão sonhada e prescrita reorientação de modelo assistencial ficará ainda mais distante de ser alcançada.

Na proposta de Estratégia Saúde da Família (ESF), espera-se que a construção do processo de trabalho seja compartilhada com a equipe (PEDUZZI, 2009). Entretanto, o processo de trabalho se apresenta de forma hierarquizada e reproduzindo estruturalmente relações de classe existentes na sociedade. Nota-se que nas equipes, há uma divisão social e hierárquica do trabalho, em especial quando se fala de planejamento das ações. Os ACS são geralmente excluídos dos processos decisórios, e tende a ficar mais focados nas ações de mediação de curto prazo, como marcar consultas ou, mais recentemente, o acolhimento (BORNSTEIN, 2006).

Desta forma, neste estudo se faz necessário destacar as influências das relações sociais impostas, mas que ao mesmo tempo trazem para o cenário o fruto destas relações: a desigualdade social, que remete ao conceito de classes sociais das relações entre ESF e favela. É importante ressaltar que nesta perspectiva o conceito de classe constitui uma categoria analítica, passando de mera descrição para explicação, já que a classe social é um fenômeno real (STAVENHAGEN, 1973).

A apresentação do conceito de classes distingue-se do conceito de estratificação social, sendo comum uma confusão entre estes dois conceitos.

Entendo que o conceito de estratos representa apenas categorias estáticas, enquanto o de classes constitui-se como categoria analítica, e só adquire sentido como parte de uma teoria de classes sociais (STAVENHAGEN, 1973).

Neste sentido, pode-se considerar que a hierarquização na equipe de saúde da família reproduz as relações sociais, que no capitalismo, possuem um delinear próprio através de força, poder e muitas vezes violência, mas que apresenta também formas de resistência, opostos.

Segundo Valla (1986, p.196),

Há mesmo dentro da dominação mais ferrenha a resistência e até mesmo formas embrionárias de organização de oposição... A nosso ver, a resistência dos moradores existe e é incorporada inclusive às próprias propostas das instituições da classe dominante... Acreditamos que não há dominação sem resistência, como dialeticamente a resistência implica em dominação.

Com este apoio teórico pude então perceber que estas relações, do ponto de vista fundamental, são relações de propriedade e não propriedade dos meios de produção e, portanto, são relações de classe, com o correlato de dominação e resistência, ou seja, de luta de classes.

Em 2005, ingressei na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e durante todo o curso acadêmico estive vinculada a trabalhos de extensão com classes populares e com os ACS. Os projetos de extensão “Aprendendo e Ensinando com o Alto Simão”, sob a coordenação da Professora Sonia Acioli, e o Projeto de Pesquisa “Abordagem Interdisciplinar dos Novos Processos e Condições de Trabalho em Saúde: o Caso dos Agentes Comunitários de Saúde do Rio de Janeiro”, coordenado pela orientadora do presente estudo.

Este último Projeto propõe a construção de um estudo sobre o processo de trabalho e as relações entre trabalho e saúde, tendo como foco o trabalho do ACS em suas variadas e complexas dimensões, materiais e simbólicas, objetivas e subjetivas, macro e micro-estruturais. Possui como objetivo geral analisar criticamente, por meio de abordagem interdisciplinar, as relações de trabalho e saúde, tendo como objeto o trabalho do ACS. Foi financiado pelo Edital Prioridade Rio 2007, e Edital Universal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico(CNPq) 2008, e tem sido desenvolvido no âmbito do Grupo de Pesquisa “Configurações do Mundo do Trabalho, Saúde dos Trabalhadores e Enfermagem”. Este Projeto liga-se diretamente à construção de minha monografia de final de

curso, intitulada “O trabalho do Agente Comunitário de Saúde: Prazer e Sofrimento”, também sob a orientação da Professora Helena Maria S. Leal David, e contribuiu para a continuação dos estudos neste campo, desdobrando-se na presente dissertação que faz parte do Projeto “Abordagem Interdisciplinar dos Novos Processos e Condições de Trabalho em Saúde: o Caso dos Agentes Comunitários de Saúde do Rio de Janeiro”.

Como já expus, com minha história de vida hoje posso refletir sobre o sentido e caminhos deste trabalho, reconhecendo esta reflexão como uma necessidade ontológica. Para dialogar com minha história e com as questões que foram surgindo na minha trajetória profissional recorro à Moura (1992), que expõe o quanto nosso objeto de estudo apresenta-se latente e pouco visível nos primeiros momentos da caminhada de observação científica, e que aos poucos vamos nos apropriamos e desconstruímos as experiências para enfim compreendê-las. Entrei em contato com este texto quando cursei uma disciplina intitulada, Educação Popular e Construção Compartilhada do Conhecimento na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), em 2011. Segundo ouvi do professor Eduardo Navarro Stotz, responsável pela Disciplina, este texto mostra o quanto o objeto de estudo nos escolhe, antes da escolha consciente por ele.

Traçando um paralelo com o texto de Moura (1992, p.1), vejo que a minha observação durante o trabalho como ACS proporcionou uma aproximação as questões que agora me levam à pesquisa, sem, no entanto, estar pautada em nenhuma teoria, pelo menos conscientemente:

Guiava-me então o pensamento e a palavra sempre avisada de minha mãe, mas o coração estava livre, aberto à compreensão de quantos mundos eu fosse observar e conhecer, e devido minha infância, nenhum método se interpunha à observação de tais mundos pelos meus sentidos.

Sobretudo, a intenção de produzir um estudo voltado para o trabalho do ACS relacionando a identificação de classe assume um sentido de compreensão inclusive da estrutura e meio social no qual estou inserida. Para sintetizar esta idéia, recorro mais uma vez ao texto de Moura (1992, p.4):

Uma memória contínua do mundo sertanejo me acompanha, através das coisas que tenho espalhadas pela casa, escondidas numa gaveta, enfeitando minha mesa de trabalho, registradas nas páginas de um diário ou adornando meus pulsos ou colo. Com esta matéria prima pulsante, sobrevem-me então o segundo ímpeto urgente da caminhada etnográfica: o de redigindo procurar compreender.

Portanto, as memórias como moradora da Maré e do trabalho como ACS me traz a absoluta necessidade de descrever, refletir e sistematizar uma análise sobre estas relações inerentes à sociedade em que vivemos e que carregam consigo inúmeros desafios para o acesso igualitário à saúde, educação, trabalho, renda de forma universal.

Durante a construção do projeto desta pesquisa atuei como enfermeira de equipe na Estratégia Saúde da Família em Santa Cruz, o que permitiu a reflexão sobre o trabalho do ACS sob várias óticas, pois não perdi o contato com os ACS - afinal o enfermeiro é o profissional que supervisiona este profissional e continuo a observar questões que ainda como ACS, percebia e que incomodam até hoje, relativas ao reconhecimento profissional. Ouvia frases como: “o ACS é o faz tudo do posto” ou ainda: “esta reunião é somente para a equipe técnica!”. Frases que estão frequentemente presentes na fala dos ACS, conforme narrativa de uma ACS extraída do estudo de Mota (2010, p.76-77), sobre a escolaridade dos ACS do Município do Rio de Janeiro:

[...] a falta de reconhecimento, que infelizmente o ACS hoje, pelo menos dentro do Programa de Saúde da Família não tem reconhecimento, que merece pelo trabalho que desenvolve, pelo tipo de trabalho, pela importância, né, que tem dentro de tudo, que é o Programa de Saúde da Família[...] porque o ACS acaba desenvolvendo um pouco da atividade de todos os profissionais de saúde, quer dizer, um pouco da atividade do enfermeiro, não diretamente, mas desenvolvendo, mas da função, quase que um assistente social.

A partir desta reflexão, identifiquei a pressuposta realidade do trabalho dos ACS e as relações existentes nele como a forma com que a estrutura de classe e a hegemonia das classes dominantes expressa-se nas relações das equipes do setor saúde.

Partir deste posicionamento de apresentar a sociedade brasileira como desigual e dividida em classes vai de encontro ao descrito por diversos autores como Ribeiro (1995) e Fernandes (1986). Nas palavras de Chauí (2004, p.89),

A divisão de classes é naturalizada por um conjunto de práticas que ocultam a determinação histórica ou material da exploração, da discriminação e da dominação, que imaginariamente, estruturam a sociedade sob o signo da nação una e indivisa, sobreposta como um manto protetor que recobre as divisões reais que as constituem.

No contexto histórico de participação popular em que se deu a reforma sanitária podemos apontar como as Políticas de saúde podem amortecer essas contradições e lutas, uma vez que essas reivindicações representam a sobrevivência desses.

A proposta deste estudo é avançar na compreensão da identidade social do ACS, e de seu reconhecimento como trabalhador. Para isso, tomarei como eixo teórico o conceito de classe social tal como discutido por Marx (1996). Algumas questões que norteiam a pesquisa é: Por que o ACS não se sente reconhecido como profissional pela equipe? Existem relações entre os sentimentos de reconhecimento no trabalho e classe social entre os ACS? Quais relações são essas?

Portanto, apresento os objetivos deste estudo:

a) Objetivo geral:

- estudar a percepção dos ACS na Estratégia de Saúde da Família das áreas programáticas (AP) 2.1, 3.1 e 5.2 do município do Rio de Janeiro acerca do seu reconhecimento social e profissional a partir das categorias de identidade de grupo social.

b) Objetivos específicos:

- identificar o reconhecimento dos ACS, como profissional, da equipe da Estratégia da Saúde da Família;
- analisar a identidade social dos ACS como grupo social específico;
- interpretar as representações dos ACS acerca do seu reconhecimento.

No referencial teórico abordarei os seguintes tópicos: trabalho e classe social, trabalho em saúde, trabalho do ACS, favela e território e reconhecimento.

A opção metodológica a ser percorrida é a abordagem qualitativa, e a análise do material será realizada através da técnica do Análise do Discurso do Sujeito Coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Trabalho e Classe Social

Para garantir sua sobrevivência o homem não vive sem trabalho, pois há necessidade de alimento, abrigo e de defesa que são essenciais para existência humana, conferindo ao trabalho, portanto uma dimensão ontológica. Podemos, portanto, entender trabalho como um processo de transformação da natureza para garantir essas necessidades.

Segundo Marx (1996, p.149), “o trabalho revela o modo como o homem lida com a natureza, o processo de produção pelo qual sustenta sua vida, assim põe a nu o modo de formação de suas relações sociais e das ideias que fluem destas”.

Apoiando-se nesta ideia, Antunes (2004, p.13) pontua:

Os economistas afirmam que o trabalho é a fonte de toda riqueza, e este é, com efeito, ao lado da natureza, encarregada de fornecer os materiais que ele converte em riqueza. O trabalho, porém, é muitíssimo mais do que isso. É a condição básica e fundamental de toda vida humana, e em tal grau que, até certo ponto, podemos afirmar que o trabalho criou o próprio homem.

Nesta perspectiva, o trabalho aparece como central para a existência social humana, e além de interagir com a natureza, tece uma rede de interações sociais.

Etimologicamente a palavra trabalho varia de acordo com o momento histórico, e de acordo com as relações produzidas: para os romanos relacionava-se com o termo *Tripalium* que designava um instrumento de tortura. Por muito tempo a palavra trabalho significou experiência dolorosa, padecimento, cativo e castigo (SAVIANI, 2007).

Os gregos utilizavam duas palavras para designar trabalho: *ponos* que faz referência a esforço e penalidade e *ergos* que designa criação e obra de artes. Isso estabelece a diferença entre trabalhar no sentido de penar e trabalhar no sentido de criar (SAVIANI, 2007).

Podemos perceber que trabalho, conforme afirma Santos (2000), apresenta-se como um termo polissêmico, que sofre diversificados significados ao longo do tempo. Por isso, a definição deste termo não é universal e constante.

Entretanto, é importante ressaltar que não falo das primeiras formas instintivas de trabalho. Marx (1996, p. 298) descreve esta diferenciação em relação aos outros animais quando distingue o arquiteto de uma abelha em seu trabalho:

Mas o que distingue, de antemão, o pior arquiteto da melhor abelha é que ele construiu o favo em sua cabeça, antes de construí-lo em cera. No fim do processo de trabalho obtém-se um resultado que já no início deste existiu na imaginação do trabalhador, e portanto idealmente.

O que diferencia, portanto, o trabalho humano do dos outros animais é que neste há consciência e intencionalidade, enquanto os animais trabalham por instinto, programados e sem consciência.

Na Idade Moderna, passou-se a fazer diferenciação entre o trabalho qualificado e o não qualificado, entre o produtivo e o não produtivo, aprofundando-se a distinção entre trabalho manual e intelectual (SAVIANI, 2007).

Historicamente a Revolução Industrial constituiu um conjunto de mudança entre a relação trabalho e homem, na qual substitui atividade produtiva artesanal, onde o artesão cuidava de todo o processo desde a obtenção da matéria prima até a comercialização do produto final (SAVIANI, 2007).

Com a Revolução os trabalhadores perderam o controle do processo produtivo, uma vez que, passaram a trabalhar para um patrão na qualidade de empregados ou operários, perdendo a posse da matéria prima, do produto final e do lucro, além de serem submetidas às péssimas condições de trabalho com jornadas extensas, exposições a acidentes de trabalho, trabalho insalubre e perigoso. Outro aspecto importante é o fato das tarefas serem executadas mecanicamente sem a necessidade de uma educação formal. Esse momento de passagem marca um ponto culminante de uma evolução tecnológica, econômica e social.

Esse resgate histórico nos faz pensar como essa interferência do trabalho fez parte das relações sociais e dos modos de produção pré-existentes e atuais.

Fruto destas relações, cada momento histórico é marcado por distintas formas de organização produtiva. Marx (1996) demonstra como essas formas de trabalho implicam na divisão dos bens materiais e simbólicos produzidos. Dedicando-se a desvelar um modo de produção específico, o capitalismo, Marx deixa claro que este utiliza determinada classe para transformar sua força de trabalho em mercadoria, que é colocada à venda e comprada por outra classe possuidora dos instrumentos e meios de produção.

Diante desta explícita relação de exploração é óbvio que a classe explorada reagiu a estas relações, e os vários relatos históricos mostram a implementação do trabalho assalariado no início do capitalismo e as relações de trabalho extremamente precárias, no qual a exploração chegava ao limite da exaustão física e até mesmo na própria vida do trabalhador, pois sem aparato legal capaz de garantir os acordos de trabalho, os trabalhadores iniciam a partir da luta de classes, reivindicações pela redução da jornada de trabalho e melhorias das condições de trabalho, surgindo assim às primeiras Leis Trabalhistas na Inglaterra (MARX, 1996).

A apresentação do conceito de classes sociais, neste momento se faz necessária, pois sob influência do pensamento marxista, define-se classes sociais como grupos sociais que se estabelecem a partir de relações dentro do sistema de produção e social, trazendo para o conceito três aspectos fundamentais: o filosófico, o econômico, e o histórico, sobressaindo em todos a concepção estrutural-funcional e dinâmica (STAVENHAGEN, 1973)

Para Stavenhagen (1973, p. 9),

Chamam-se classes grandes grupos de homens que se distinguem pelo lugar que ocupam num sistema historicamente definido de produção social, por sua relação (na maioria das vezes fixadas e consagradas pela lei) com os meios de produção, por seu papel na organização social do trabalho e conseqüentemente, pelos meios que tem de obter a parte da riqueza social de que dispõem e o tamanho desta. As classes são grupos de homens, dos quais um pode se apropriar do trabalho do outro, em virtude da posição diferente que ocupam num regime determinado da economia social.

A classe social, além de categoria analítica, firma-se antes como uma categoria histórica, já que encontra-se ligada à evolução e ao desenvolvimento da sociedade. No sistema de classes dentro das relações sociais capitalistas, estas se estruturam em relação de oposição, em classes dominante e classes dominadas, explicadas através de um antagonismo pautado principalmente nos meios de produção, que permite que a mais valia produzida por uma seja apropriada pela outra, traduzindo-se em classe exploradora e classe explorada (STAVENHAGEN, 1973).

Entretanto, as classes sociais não são “dadas”. De acordo com Thompson (1987, p. 9),

Por classe, entendo um fenômeno histórico, que unifica uma série de acontecimentos díspares e aparentemente desconectados, tanto na matéria- prima da experiência como na consciência. Ressalto que é um fenômeno histórico. Não vejo a

classe como uma “estrutura”, nem mesmo como uma “categoria”, mas como algo que ocorre efetivamente (e cuja a ocorrência pode ser demonstrada nas relações humanas).

Embora seja correto afirmar que não existe classe sem luta de classes, a experiência de classe tem de surgir da submissão de indivíduos a condições comuns, nas quais a propriedade dos meios de produção, como destacado na definição de Lênin destacada por Stavenhagen, é o aspecto fundamental.

É o que permite Marx falar de classe-em-si e de classe-para-si, tal como no trecho da obra A Miséria da Filosofia (MARX, 2004, p. 159):

As condições econômicas, inicialmente transformaram a massa do país em trabalhadores. A dominação do capital criou para esta massa uma situação comum, interesses comum. Esta massa, pois, é já, face do capital, uma classe ainda não o é para si mesma [...]. Os interesses que defende setornam interesses de classe. Mas a luta entre classes é política.

Outro exemplo aparece na obra de Marx (1978, p. 277), agora em O 18 Brumário de Louis Bonaparte:

Os pequenos camponeses constituem uma imensa massa, cuja os membros vivem em condições semelhantes mas sem estabelecerem relação multiformes em si. Seu modo de produção os isola uns dos outros, em vez de criar entre eles um intercâmbio mútuo... Na medida que milhões de famílias camponesas vivem em condições economicas que as separam umas das outras, e opõem o seu modo de vida, os seus interesses e sua cultura aos das outras classes da sociedade. Estes milhões contituem uma classe.

Com esta indicação é que Thompson (1987, p.12), em seu prefácio em "A formação da classe operária inglesa, pontua: “[...] não há classes mas uma multidão de indivíduos comum amontuado de experiências [...]”, pois se não houver consciência das relações impostas-algo a que se chega por meio da luta - a classe em si nunca será uma classe para si. Para que haja esta transformação é preciso libertar-se da ideologia da classe dominante e, delimitar suas reais condições, seu modo de vida para elaborar suas superações.

Sempre houve mecanismos para desarticular a classe trabalhadora, dos mais agressivos aos mais sutis e como desde a ditadura podemos experimentar e observar esta formas serem promovidas e difundidas como a propaganda veiculada pelas empresas de marketing e disseminada pelos meios de comunicação, com apoio inclusive no governo federal, que transforma segmentos das classes trabalhadoras definidos pela renda em classe “C” ou classe média. O efeito dessa

ideologia é claro: deixar de sentir-se parte da classe trabalhadora pois incluir-se abaixo da renda estipulada para a classe “C” equivale a ser pobre e isso é praticamente uma sentença de fracasso individual.

Em entrevista Marcio Pochmann² faz crítica sobre veiculações do tipo: a classe nunca foi grande, isto tende, maliciosamente, o indivíduo a pensar que ascendeu de classe social, afinal a ideologia dominante nos leva a pensar que (inclusive para amortecer possíveis reações), temos modo de vida semelhante ao da classe média e a população brasileira esta ascendendo vertiginosamente de classe, quando na realidade o estilo de vida, a renda, e o tipo de ocupação me faz refletir o quanto continuamos estagnados e mais explorados do que nunca pelo capital. Neste mecanismo sutil, mais de muita eficácia tendencia a mitos pensarem que livramos o país da pobreza até porque pensar que é pobre é praticamente uma sentença de fracasso, dentro de um sistema capitalista.

Ainda pensando sobre estes mecanismos sutis, Gramsci (1999 apud BOTTOMORE, 2001) trará para este conceito marxista uma contribuição, argumentando que a dominação de classe não se realiza apenas pela coerção, mas também pelo consenso. Segundo Bottomore (2001, p.177), sobre o conceito de classe em Gramsci:

Nas condições modernas, [...] uma classe mantém seu domínio não simplesmente através de uma organização específica de força, mas por ser capaz de ir além de seus interesses corporativos estreitos, exercendo uma liderança moral e intelectual e fazendo concessão, dentro de certos limites, a uma variedade de aliados unificados num bloco social de forças que Gramsci chama de bloco histórico.

Pode-se afirmar que no âmbito do processo de trabalho na atenção básica manifesta-se a divisão e a hierarquia das posições dominantes e dominadas existentes na sociedade. Isso acontece institucionalmente por meio das atribuições dos profissionais principalmente de acordo com o nível e o tipo de escolarização. Dentro da equipe de saúde as profissões de nível superior, cujo processo de trabalho implica coordenar e supervisionar o trabalho de profissionais com escolaridade inferior, tornam-se as categorias profissionais que determinam, quase sempre de forma não negociada, o processo de trabalho de outros trabalhadores, mesmo que durante o trabalho realmente desempenhado, estes últimos possuam alguma autonomia.

²Marcio Pochmann economista presidente do Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada (IPEA).

Esta autonomia relativa, segundo Frigotto (2001, p. 24), que o trabalho desenvolve, possui características que articulam o laboral e educativo e que estimulam o homem à atividade criativa:

Sua especificidade de ser uma atividade necessária desde de sempre a todos os seres humanos. O trabalho constitui-se, por ser um elemento criador da vida humana, num dever e num direito. Um dever a ser aprendido e 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 também é um direito, pois é por ele que pode-se recriar, reproduzir permanentemente sua existência humana.

Não podemos esquecer que apesar desta autonomia, dependendo do espaço procurado para desenvolver a educação, esta sempre estará atrelada a uma determinada concepção de pedagogia, e que o lugar da educação pode ser também de exploração e manutenção das classes, ou de construção de contra-hegemonias (FRIGOTTO, 2001).

O fato dos ACS sentirem necessidade de ampliar sua escolaridade, como afirma Mota (2010), traduz uma tentativa de minimizar essas desigualdades e se colocarem como sujeitos-atores neste campo de trabalho. Além disso, as lutas por regulamentação da profissão, assim como a própria organização com sindicatos e associações colocam em questão a identidade social deste trabalhador no interior da classe trabalhadora.

Cabe, portanto, discutir o trabalho do ACS na perspectiva analítica de classe, como forma de ampliar a compreensão de sua própria percepção a respeito do trabalho e do papel desempenhado por ele no setor da saúde.

1.2 Trabalho em saúde

O trabalho em saúde é definido como parte do setor de serviços, que tem como finalidade a ação terapêutica de saúde, sendo seu objeto de trabalho o indivíduo ou grupos de pessoas, sadias ou vulneráveis a agravos, que necessitem de medidas curativas ou preventivas (REIS, 2007).

O setor de serviços é entendido por autores como Poulantzas (1972) como sendo um trabalho essencialmente não produtivo. Mas, considerando as

contribuições de Braverman (1987) e Marx (1996), percebe-se que o trabalho em serviços pode ser considerado produtivo ou improdutivo dependendo de produzir ou não mais valia.

O trabalho em saúde além de depender destas relações estabelecidas, sofre diretamente as consequências das relações de classes. Diante desta implicação, podemos dizer que estas relações contribuem para estipular o valor de uso, como também o valor simbólico do produto/bem, pois estes são embutidos nestas relações de maneira sutil, quase imperceptível, sendo que esses dois valores, de uso e simbólico, contribuem para sustentar a forma de produção da nossa sociedade, o capitalismo (CASTRO, 2009).

Entretanto, a produção do trabalho em saúde desenvolve-se no domínio da produção não material, que se finaliza no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material final, independente do processo de produção e comercialização no mercado. O produto não se separa do processo que o produz, é a própria realização da atividade produtiva (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

A partir destas considerações, e refletindo sobre a ESF, pode-se afirmar que esta fundamenta-se no trabalho em equipe, que inevitavelmente perpassa pelas relações entre sujeitos, quer seja entre os profissionais, quer seja com usuários do serviço, de modo que as relações produzidas impactam diretamente no trabalho desenvolvido. Uma vez que estas relações se produzem no contexto do modo de produção capitalista, as relações entre profissionais poderão expressar as questões que perpassam as relações entre as classes, podendo inclusive apresentar relações de exploração, as quais terão desdobramentos diretos na ponta da assistência.

O trabalho em equipe na ESF, pelo menos teoricamente, busca superar, de forma operacional, a abordagem saúde-doença que transita nas concepções de unicausalidade, coma proposição de mudanças do processo de trabalho, ampliando suas ações com a introdução principalmente de conceitos que se baseiam no modelo de multicausalidade.

O modelo multicausal ganha mais força em relação ao modelo de unicausalidade, a partir da segunda Guerra Mundial, quando há mudança nos parâmetros epidemiológicos, diminuindo a importância das doenças infecto-parasitárias e aumentando as causas de morbimortalidade das doenças crônico-degenerativas (BATISTELA, 2007).

Neste contexto, Facchini (1993 apud PEDUZZI, 2009, p. 420) pontua:

No que se refere ao modelo de causalidade do processo saúde-doença, a medicina preventiva liberta-se da unicausalidade, fundamentada na bacteriologia, pois se tornara insustentável explicar a doença como o efeito da atuação de um agente patológico e adota o modelo de multicausalidade.

Com a ampliação da abordagem saúde-doença a ideia de equipe de saúde surge respaldada principalmente pela adoção de atenção integral à saúde que abrange os aspectos: preventivos, curativos e de reabilitação.

Num trabalho em saúde onde a doença toma a cena, a incorporação de categorias profissionais em uma equipe parece apenas predispor e favorecer a divisão do trabalho por meio de divisão de tarefas, traduzindo assim a divisão social do trabalho como extensão do modo de produzir na sociedade capitalista.

Entretanto, atualmente a construção da assistência à saúde pautada nesta perspectiva torna-se um desafio, visto que este processo centraliza-se em questões meramente focadas na doença, ou com a lógica voltada para diminuição de riscos à saúde, avançando pouco em explicações e intervenções sobre os processos de determinação da saúde.

Pires (1996), em seu trabalho de doutoramento, resgata a história do processo saúde-doença ao reconstruir a constituição das profissões da saúde discorrendo sobre as práticas de saúde exercida na Idade Média onde o trabalho era realizado pelos religiosos e pelos práticos (homens de ofício e parteiras) onde a prática difere-se da atual sendo exercido por um único tipo de trabalhador do começo ao fim, inclusive para o ensino da prática exercida. A autora destaca ainda a importância do papel da mulher nestas práticas reconhecidas pelo povo mas não pelos especialistas da Igreja.

Para Pires (1996, p. 86),

Tratava-se de um trabalho do tipo artesanal, em que os profissionais tinham o controle do seu processo de trabalho, sobre a produção e reprodução dos conhecimentos, sobre o ritmo de trabalho e sobre seu produto final. As parteiras e as mulheres que dominavam conhecimentos especiais e cuidavam dos doentes eram chamadas de sábias pelo povo, e de bruxas, pela igreja, e pelos poderosos da época. Estas junto com os práticos, formavam-se pelo legado da tradição oral e pelo acompanhamento da prática- treinamento do tipo mestre- aprendiz.

Este trecho demonstra o quanto o trabalho do ACS remonta historicamente as outras profissões da saúde e o quanto a mulher está diretamente ligada a este trabalho e com as mesmas consequências até hoje traduzindo num trabalho não

reconhecido (por parte dos especializados), sem formação, e por conseguinte, mal remunerado.

A divisão social do trabalho ocorre, então, num contexto de perda do controle do processo de trabalho e com adequação das atividades dos especialistas aos práticos. A composição da equipe na ESF traz como proposta ir além de um trabalho tecnicista aproximando-se das necessidades de cada indivíduo ou da coletividade, sendo que tal formato em equipe deveria ser a base de todo trabalho em saúde, dada a sua complexidade (LACERDA, 2010).

Este trabalho em equipe se traduz “como uma rede de relações entre pessoas, rede de relações de poderes, saberes, afetos, interesses e desejos” (FORTUNA et al, 2005, p. 264). E a formação da equipe, assim como a forma com seu trabalho é direcionado, depende diretamente destes valores simbólicos produzidos inicialmente nas relações existentes do próprio modo de trabalho no qual se espelha esses componentes da equipe, com destaque para a gestão que possui fundamental participação no modo de trabalho desenvolvido.

1.3 O trabalho do ACS

Para entendermos o espaço que ocupa este trabalhador no campo da saúde se faz necessário um breve histórico sobre as políticas e experiências em saúde comunitária precursoras deste movimento.

A partir dos anos 60, num panorama mundial, podemos dizer que há neste momento a ampliação dos olhares em relação à saúde que voltam-se para a questão de determinação econômica e social e novos enfoques são incorporados neste campo na tentativa de ir além do controle das doenças (BRASIL, 2006c).

Após estes movimentos o exemplo da China desponta numa experiência bem sucedida o chamado Médicos de pés descalços, este modelo difundiu a proposta de Atenção Primária à Saúde (APS) - (BRASIL, 2006c).

Em 1978, na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) é realizada a I Conferência Internacional dos Cuidados Primários em Saúde onde o resultado é a Declaração de Alma-Ata. Esta declaração recomenda que o primeiro contato dos indivíduos, família e comunidade seja o nível primário e que este deveria

entrar em contato o mais próximo do cotidiano da população atendida, seja este encontro no local de moradia e até mesmo no de trabalho.

Segundo o documento:

[...] Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pela qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem ou trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS À SAÚDE, 1978, p. 1).

Cueto (2004 apud LACERDA, 2010) discorre que, apesar desta difusão da APS em nível mundial, houve obstáculos à sua implantação, sendo proposto outro modelo de atenção à saúde, mais restrito, denominado como “Atenção Primária Seletiva”, proposta defendida pelo Banco Mundial e Fundação Ford, e que apontava as propostas oriundas da Conferência de Alma-Ata como sendo muito amplas e idealizadas.

Entre as décadas de 80 e 90 os programas para implantação da APS no Brasil apresentavam-se de forma vertical e extremamente seletistas em relação ao público alvo de suas ações, que contava em sua maioria com a visitador sanitária. Estes programas em geral estavam associadas ao público materno infantil. Incluíam ações de: Acompanhamento no crescimento das crianças a fim de evitar a desnutrição, reidratação oral, estímulo à amamentação e monitorização do calendário vacinal (SILVA; DALMASO, 2006).

Antes de percorrer a história da inserção dos agentes comunitários no Brasil, é importante ressaltar que este trabalho voltado para a educação e com foco na população menos favorecida e com visitação domiciliar, foi realizado a princípio pelas enfermeiras visitadoras, que começam suas atividades a partir da necessidade de controlar doenças transmissíveis (como a tuberculose e a gripe espanhola) no período e após a primeira guerra mundial (AYRES, 2010).

Com o fim da primeira Guerra e concomitante chegada da gripe espanhola no país, observou-se pela disseminação da doença e como matou milhares de pessoas no Rio de Janeiro, desvelou-se a desordem sanitária em que estava o país em especial a capital (AYRES, 2010).

Muito mais do que uma preocupação com a questão sanitária, a questão estava na perda de mão de obra principalmente para a indústria, pois o maior índice

de óbitos estava na faixa etária de 20 a 39 anos, entretanto o nó estava (ou ainda está) na questão dos determinantes sociais.

No cenário, as habitações estavam predominantemente nos cortiços, sem água encanada e esgoto (apesar não houve tanta mudança, apenas retiraram estas do centro da cidade). Prejudicava ainda mais as tentativas de intervenção no quadro sanitário.

Foi neste contexto que surgiu a necessidade, difundidas por alguns sanitaristas da visita domiciliar para que houvesse um elo entre família e o serviço de saúde. Importante ressaltar que a para esta profissional (pois quem estava nesta profissão era sempre mulheres) houve diversas denominações: visitadora sanitária, enfermeira visitadora, visitadora de saúde, visitadora, visitadora de higiene (AYRES, 2010).

Entretanto, se observarmos os critérios desde de a seleção para as futuras enfermeiras, podemos perceber que a busca era por mulheres de uma origem social diferenciada da maioria das mulheres da população deste período, a começar pelo fato que, entre as “mulheres comuns”, era raro estudar além da alfabetização. Isto restringia o contingente feminino que se identificava com este trabalho focalizando-o entre as enfermeiras, além de perpetuar um certo simbolismo vinculado à imagem de Florence Nightingale, oriunda de classe nobre inglesa (RIZOTTO, [s.d]).

Devemos considerar também que a primeira escola de Enfermagem (Escola Alfredo Pinto) estava vincula as práticas do hospital psiquiátrico e posteriormente quando os cursos crescem esta vinculação com uma prática voltada para uma posição dominante, hospitalocêntrica (RIZOTTO, [s.d]).

Então temos pelo menos três influências permeando o que podemos chamar dos primórdios das práticas de saúde coletiva e em especial as práticas de educativas em saúde: o modelo campanhista-higienista, o modelo explicativo biomédico, e a ideia do trabalho feminino de saúde pública, o que até hoje é representado tanto no imaginário do usuário como no do profissional de saúde.

Com este cenário prévio as experiências relatadas com trabalhadores comunitários no Brasil são bem anteriores à criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia da Saúde da Família, destacando-se o papel das instituições católicas que, atuaram numa perspectiva transformadora das relações entre profissionais e classes populares (DAVID, 2001).

Neste sentido, Ramos (2007, p. 2), ex-presidente da Confederação dos ACS em Recife, relembra que em 1980:

As pessoas da comunidade e um grupo técnico com destaque para padres, freiras, médicos, enfermeiras criou o Movimento Popular em Saúde (MOPS), já com desdobramento de diversos trabalhos desenvolvidos nos anos 70. Na minha comunidade, tinha um projeto Diocesano, sob forte liderança de Dom Hélder, que foi fundamental para a realização do I Encontro Nacional das Experiências em Saúde Comunitária em Lins 1978, os grupos diocesanos contavam com 700 pessoas.

Intervenções de caráter estatal também começam a se delinear neste sentido, como atividades do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), as atividades inicialmente centravam-se no combate às endemias, entre elas a malária. Essas atividades aumentaram a ponto do Ministério da Saúde ampliar a cobertura, incluindo programas de assistência médica, onde podemos destacar o trabalho das visitadoras sanitárias, que atuavam na unidade de saúde e na comunidade e realizavam visitas domiciliares, atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, vigilância sanitária (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

Neste momento, quero resgatar o papel da SESP e das visitadoras sanitárias pois, são o embrião do que posteriormente se tornará a ESF.

A SESP surge em 1942 num cenário nacional durante a Segunda Guerra Mundial, a fim de garantir a expansão da produção de matérias primas para fins militares no Amazonas e no Vale do Rio Doce através condições sanitárias suficientes (RENOVATO; BAGNATO, 2010).

A concepção da SESP influenciada pela educação sanitária primava pela informação como algo libertador, responsável pelas atitudes e comportamentos saudáveis.

Podemos verificar no texto Candau e Braga (1948, p. 571 apud RENOVATO; BAGNATO, 2010):

Há lugares em que não se encontra em um único indivíduo que se possa ter como normamente são. A situação é bem definida nos seguintes conceitos há pouco emitidos por Baeta Viana. A doença incorporou-se organicamente ao indivíduo que exhibe como propriedade intrínseca. Sanear um desses lugares seria declarar um hospital de ponta a ponta. Não é nenhum fenômeno encontrar-se entre os seus habitantes uma amostra genuína da patologia regional completa

Realizado esta retrospectiva, inclusive para situar historicamente as primeiras experiências em saúde comunitária e atenção básica no país, a fase inicial deste programa chamou-se Programa de Interiorização das Ações de Saúde e

Saneamento (PIASS), e iniciou-se no Nordeste em 1976. Recrutou trabalhadores comunitários que eram responsáveis pela mobilização da comunidade em torno das metas do programa como: destino do lixo, organização de horta e pomares, criação de animais (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

Em 1991, o Ministério da Saúde cria o Programa Nacional do Agente Comunitário de Saúde (PNACS), que possuía um caráter focal, atendendo populações em situação de risco à saúde. Em 1992, o PNACS transforma-se em Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) que concentrou-se na assistência materno infantil e posteriormente com a entrada da cólera no país o programa passou a enfatizar o controle e a prevenção desta doença. O sucesso alçado possibilitou a formulação do Programa de Saúde da Família (PSF), no qual conhecemos hoje com a figura do ACS compondo a equipe de saúde da família (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

A partir de 1997, o PACS e o PSF passam a ser prioridades do Plano de Metas do Ministério da Saúde sendo aprovada Portaria GM/MS nº 1.886 de 18 deste mesmo ano que estabelece as atribuições básicas dos ACS, que Bornstein (2007) menciona como atividades relacionadas com os programas desenvolvidos pelas unidades de saúde e que tem caráter biomédico e individual.

Como prioridade do Plano de Metas do Ministério da Saúde uma acentuada expansão da cobertura do PSF, acompanhada de mudanças no enfoque e nas formas de organização dos serviços e processo de trabalho, cresce a visão do PSF como desafogador dos serviços de média e alta complexidade, e como mercado de oportunidades de trabalho (STOTZ; DAVID; WONG UN, 2005).

Em 1999, estes programas passaram para a Coordenação da Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) e, no mesmo ano, o governo federal define as atribuições do ACS, no Decreto nº 3.189, estabelecendo que cabe ao ACS desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade (BORNSTEIN; STOTZ, 2008).

Para articular com os conceitos antes já percorridos é necessário mencionar que algumas diretrizes relativas às políticas de saúde são propostas por organismos internacionais, tais como Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional, aos países chamados “em desenvolvimento” e contam com a submissão dos governos locais.

Rizzotto (2000, p.193) pontua que os empréstimos de tais instituições a países como o Brasil são condicionados, sempre, à implementação de suas diretrizes para as áreas sociais, com destaque para o setor da saúde. Este autor realizou um estudo buscando identificar em que medida as diretrizes do Banco Mundial permeiam as políticas nacionais de saúde, afirma que:

Segundo o Banco, a ideia de que o Estado deveria arcar sozinho com o ônus da seguridade social estaria mudando, e exemplifica dizendo que “economias emergentes como o Brasil não poderiam arcar, mesmo com uma versão reduzida do sistema europeu, especialmente em face do rápido envelhecimento da população. Para obter maior segurança a um custo menor, é preciso encontrar soluções inovadoras, que envolvam as empresas, os sindicatos, as famílias e os grupos comunitários.

Nesta perspectiva, a atenção básica de saúde, a favor deste modelo neoliberal seria prioridade do governo, tanto no Brasil como em outros países em desenvolvimento. Ocorrendo em simultâneo, para efetiva integralidade da atenção à saúde os processos assistenciais mais complexos, são reduzidos na esfera pública sendo transferidos para esfera privada (ROCHA; FERREIRA, 2005).

Para ligarmos as diretrizes levantadas pelo Banco Mundial aos países periféricos, em especial ao Brasil, Rizzotto (2000, p.216) destaca que:

[...] não se pode negar que determinadas políticas do Ministério da Saúde se aproximam das orientações do Banco Mundial, e seguem a lógica da proposta de reforma do Estado brasileiro. Podemos recuperar como exemplo, dentre outros, a criação de subsistemas de saúde dentro do SUS; o incentivo por meio de diversas ações à ampliação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde; a transferência de funções do Ministério da Saúde para agências reguladoras e organizações não estatais; a reestruturação da própria estrutura do Ministério da Saúde, ou ainda, a criação de programas como o PACS - Programa dos Agentes Comunitários de Saúde e o PSF – Programa Saúde da Família, dirigidos para as populações mais pobres.

Durante este resgate histórico, até o momento tratamos do surgimento desses programas que atualmente denominados pelo governo como Estratégias, uma vez que programas expressam um caráter temporal, traz muitas contradições, pois, conforme apontado anteriormente, se constitui em uma política de precarização das relações de trabalho que privilegia ações focalizadas com menor custo o para o Estado; por outro lado, trata-se de experiências e concepções que podem vir a apontar para uma perspectiva de resistência e transformação do cenário da saúde por esses novos atores sociais na saúde (BORNSTEIN, 2007).

Nos documentos oficiais (BRASIL, 2006c), o trabalho desenvolvido pelo ACS

menciona a concepção do conceito ampliado de saúde bem como o de risco mas sem discutir os riscos que os ACS, principalmente os que atuam em zona urbana, precisam incluir no manejo às famílias adscritas (BORNSTEIN; DAVID; ARAUJO,2010).

Segundo (BRASIL, 2012), as atribuições definidas são:

- I- Trabalhar com a adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- II- Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- III- Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- IV- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea.
- V- Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias, indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que as famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/ família/mês;
- VI- 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;
- VII- Desenvolver atividades de promoção, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visita domiciliar e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente à respeito das situações de risco; e
- VIII- Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e de enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe.

Além de questões como o risco não serem discutidas em legislação, a maneira como é configurado trabalho, para autores como Bornstein (2007) e David (2001) o classificam como contraditório e ambíguo, e isto ocorre por falta de uma clara delimitação de suas atribuições, sendo seu papel distorcido, sobrecarregando seu trabalho.

Segundo Silva et al. (2004, p. 75),

O trabalho do ACS diferencia-se da prática dos demais componentes da equipe na relação que estabelece com a comunidade. No cotidiano de sua prática, assumem atividades que extrapolam as ações determinadas nas normas do Ministério da Saúde, evidenciando flexibilização das tarefas, na tentativa de dar respostas positivas às demandas da população. Dessa forma, acabam rompendo o enrijecimento da organização do trabalho, que se dão quando a divisão de tarefas é bem definida e cada trabalhador fica responsável pelo seu campo exclusivo de atuação.

Por ser o ACS um trabalhador que estabelece a ligação entre o serviço de saúde e a comunidade, isto faz, por consequência, com que se estabeleçam

vínculos com as famílias que estão sob sua responsabilidade. Todavia, não cabe somente a ele a responsabilidade para essa interação com a família, já que esta proximidade deve ser estabelecida pela equipe de saúde como um todo.

A legislação, portanto, propõe uma abordagem à saúde numa perspectiva ampliada. Entretanto, nas atribuições dos ACS este conceito é apenas pincelado, não havendo um item que favoreça a discussão e a introdução de temas relevantes para o trabalho do ACS, tais como: violência, drogas, desemprego e a própria referência ao lugar onde ele atua (uma vez que na zona urbana, corriqueiramente, este espaço será a favela) e as potencialidades da população que ali reside.

Além disto, estas atribuições apresentam-se de forma genérica e sobrepostas as atribuições da equipe e principalmente a do enfermeiro.

Em 2002, a Lei nº 10.507 (BRASIL, 2002a) cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde, entretanto o exercício de suas atividades é regulamentado em 2006 com a Lei nº 11.350 (BRASIL, 2006a), que também dispõe sobre sua contratação que deverá respeitar os preceitos da CLT, e ser precedido de processo seletivo público de provas.

Esta Lei postula (BRASIL, 2006a, p.1):

A profissão de Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção de saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste.

Entretanto, a visita domiciliar destaca-se como principal atividade do ACS (importante ressaltar que esta atividade não é só do ACS como frequentemente observamos acontecer, mas também do enfermeiro, médico, dentista técnico de enfermagem) seguida da educação em saúde, entendida como orientações prestadas às famílias no que se refere: à higiene, ao calendário vacinal; aos cuidados com recém-nascidos, puérperas, gestantes; ao uso correto das medicações. No entanto, para a maioria dos ACS não é possível visitar as famílias mensalmente, conforme orientação do PSF, devido ao alto número de famílias sob sua responsabilidade. Segundo Bonstein (2007), as atividades administrativas estão entre as menos apreciadas pelos ACS, que se sentem sobrecarregados com tais tarefas e desviados de suas funções.

A inserção do ACS como membro da equipe de saúde da família, é fundamental para eficácia do PSF, pois este trabalhador surge para ser um elo entre

os profissionais e a comunidade. A partir desta nova estratégia de lidar com a saúde da população, passa a se estabelecer uma comunicação para abertura e interação entre o serviço de saúde e a comunidade (BORNSTEIN, 2007).

Na literatura diversos autores abordam sobre este papel de mediação do ACS. Bornstein e Stotz (2008), em artigo de revisão literária, concluem que o papel de mediação entre serviço e comunidade é um consenso, mas questionam a forma deste tipo de mediação (ora transformadora, ora vertical). Para Nunes et al. (2002), essa mediação apresenta-se de forma dialética podendo ser de forma facilitadora ou até impeditória na articulação dos saberes e práticas. Silva e Dalmaso (2002) indicam uma das contradições na qual esta mediação é apresentada, o fato de ser morador da favela e se deparar com questões que vão além do que o campo da saúde.

Corroboro com estes autores, e mesmo que não seja o escopo deste trabalho, o papel de mediação e a forma com que se dá é um questionamento, pois na realidade este é fruto das relações estabelecidas entre os ACS- equipe- favela.

O fato de ser morador e ao mesmo tempo profissional de saúde mescla-se durante sua atuação, pois ele em algum momento é usuário do serviço e ao mesmo tempo é morador daquela localidade e, portanto, presume-se que tenha estabelecido laços e interações com os moradores daquele local entretanto, por vezes não se sente pertencente a nenhum grupo (profissional ou morador). Um exemplo deste conflito é verificado quando se faz a pergunta: O ACS é um profissional do serviço para a favela ou da favela para o serviço? A resposta dada se refere sempre voltada para ser um profissional do serviço, embora ele não se sinta reconhecido neste espaço.

A empatia com os moradores é constantemente descrita e observada quando este faz mediação de acesso ao serviço sendo frequentemente reconhecido pelo morador, o que diversas vezes não acontece com outros profissionais da equipe deste ACS.

Os autores Menegolla, Polleto e Krahl (2003), Morosini (2009) e Mota (2010) pontuam em seus estudos a falta de reconhecimento pela equipe, a partir das falas dos ACS, tema que, dentro do presente trabalho possui importância e é fundante para a discussão dos achados de pesquisa.

1.4 Favela e Território

O conceito de território é trabalhado por diversas áreas do conhecimento como a Sociologia, a Antropologia, a Ecologia e a Geografia.

O termo Território origina-se do latim *territorium* que deriva de terra. Para Santos (1999), o território não seria uma categoria de análise mas sim o território usado, para que se torne uma categoria de análise das ciencias sociais.

Falar deste território que é a Favela se faz necessário refletir sobre os modos de viver e de ocupação para moradia não só do Brasil mas no mundo, pois estes espaços são procurados por uma população que não teve escolha, e vale a pena frisar que principalmente de moradia, mas também foi negado trabalho, renda, educação afinal cidadania.

Redigir este tópico me faz recordar a história da minha própria favela (Complexo da Maré), pois falar de favela é antes de tudo falar sobre a resistência de uma população. E falar sobre a história de Maré e reavivar a historia de tantas outras favelas espalhadas por este país.

A Maré começou a ser povoada nos anos 50 com a construção da Avenida Brasil e a apartir dos 70 acontece uma explosão populacional com a migração dos nordestinos para o centro urbano, no caso do Rio de Janeiro e tantas outras metrópole estes migrantes não possuíam dinheiro para morar no centro procurando então a periferia.

A Maré uma área de mangue em toda sua expansão tinha apenas um pedaço de terra firme, hoje correspondente ao Morro do Timbaú e ainda considerada um território militar.

Esses migrantes, ao procurem lugar de moradia e não encontrando construíram palafitas sobre o mangue, mas sendo território militar e estes militares expulsavam estas pessoas dos barracos construídos.

Entretanto, se a ao invés de palafitas esses militares encontrassem uma construção de alvenaria, por mais simples que fosse, não teriam o direito de expulsar esta pessoa.

A população se organizou e durante a noite, depois do trabalho os homens se juntavam para aterrar o mangue, por isso podemos dizer que na Maré seus moradores construíram seu próprio chão.

Esta história só ilustra as de outras tantas favelas, no Rio de Janeiro ou do mundo pois podemos observar nelas luta e resistência diária para a sobrevivência.

Como podemos perceber, as áreas inicialmente impróprias para habitação como encostas, morros, mangues, áreas de vazão de rios são as de eleição (se é que esta população possuiu em algum momento outras escolhas) de uma população que está à margem do mercado imobiliário – os mais pobres.

Neste cenário de negação de direitos, não só o direito à habitação, mas também à educação, renda, trabalho, lazer, é que estes sujeitos cresceram, cercados pela inoperância do Estado e ausência de cidadania. É deste contexto que os ACS vieram.

O ACS, portanto, é o profissional que trabalha e vive em um território marcado pelas contradições de classe, pela exploração, desde sua origem mais básica, de estar no mundo, em algum lugar, algum território.

1.5 Reconhecimento

Resgatando a singularidade do trabalhador ACS, dentre as classes trabalhadoras urbanas, é preciso lembrar que se inserem e são escolhidos para este trabalho antes de tudo pelo seu potencial de interação comunitária, o que já nos apresenta uma questão prévia sobre sua identidade profissional, que necessariamente, passa pela sua identidade comunitária – e de “favelado”, pobre.

Esta identidade comunitária do pobre deslocado socialmente à margem de uma sociedade leva à condição do que Souza (2003) chama de “ralé estrutural” que a princípio apresenta-se inconscientemente favorecendo inclusive que pensamento não só de um seguimento da sociedade, mas inclusive de pensadores sobre este assunto uma espécie de “naturalização da desigualdade”. Constituindo assim o que Souza (2003) descreve como ‘subcidadania’ no Brasil.

Souza (2003, p.41) afirma que este mecanismo nos permite explicar o caminho pelo qual uma sociedade direciona seu caminho:

Tal compreensão, por sua vez, é o que permite e explica o desenvolvimento social e político em uma dada direção e não em outra qualquer. É ela que permite explicar porque existem sociedades mais ou menos justas, igualitárias ou liberais.

Souza (2009) postula que o senso comum possui uma certa forma de núcleo político: o mito de pertencimento. Entretanto, pertencer na sociedade moderna não significa liberdade e igualdade de escolhas, pois este sentimento de pertencimento faz parte de uma aceitação transmitida, e que normalmente se exprime em um pertencimento de classe social.

Souza (2003) descreve e enfatiza toda esta questão relacionada a uma ralé que possui uma cor de pele vinculada historicamente, principalmente no Brasil, à exploração. Este autor ressalta o fato do negro ser maioria na constituição desta ralé. E mesmo que não seja o escopo deste trabalho, observo a presença quase que maciça dos negros ou seus descendentes formadores desta “ralé”. Entretanto, cabe ressaltar que o próprio Souza (2003) salienta que esta ralé não formada apenas por negros, eles são sim a maioria, mas constitui-se num mosaico de fenótipos.

Esta é a constituição da classe trabalhadora, mas no que tange ao trabalhador leigo no sistema de saúde, em especial o agente de saúde é apenas a partir do PNACS que a palavra comunitário é inserida na denominação desses agentes diferenciando-os dos agentes em endemias. Relembra Tereza Ramos, ex-presidente Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS), em entrevista, enfatizando que a adição do termo comunitário surgiu para diferenciar os agentes de saúde e os agentes de endemias, conforme propõem Durão, Morosini e Carvalho (2011, p.142):

Com o tempo nos começamos a ver que agente de saúde se referia ao pessoal da Fundação Nacional de Saúde, e o nosso trabalho não era igual ao do pessoal da fundação. E nos colocamos, então, a palavra ‘comunitário’. A palavra ‘comunitário’ vem de 1990 pra cá, quando colocamos agente comunitário de saúde.

Diante deste perfil, que se constrói em bases ambíguas (tanto morador como trabalhador da área onde mora), surge um trabalhador híbrido do campo da saúde. Nogueira, Silva e Ramos (2000, p.6) contribuem ao afirmarem:

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

Tanto nos documentos oficiais quanto na literatura, os ACS são considerados trabalhadores que ligam a população pobre e as políticas públicas, sendo vistos, pelo Estado, como partes fundamentais para a eficácia destas políticas. Mas o que podemos inferir é que no cotidiano isto não acontece. Como ressalta Ricardo Ceccim Diretor do Deges/SGETES/MS 2003 a 2005 em entrevista que Lopes, Durão e Carvalho (2011, p.192) destacam a importância do envolvimento de todos, enquanto equipe, na consideração de que a ESF se apresente como reorientadora de modelo assistencial e conseqüentemente de fato inclusivo:

[...] Se ele é membro da equipe, ele discute o caso junto, com igualdade. Ele não é suprimível também, por melhor qualificação do trabalho. Há lugares que ele é dispensado da reunião de equipe. Nesses, eu suspeito que o trabalhador, trabalhando melhor não precisaria estar lá.

Diante deste espaço de lutas por reconhecimento podemos resgatar o histórico frente à categoria da enfermagem, via Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), cujo relacionamento com os ACS foi polêmico, tendo em vista em que se considerava que alguma destas práticas poderiam ser confundidas com a prática dos profissionais de enfermagem, e a preocupação desta entidade era a incorporação acelerada deste trabalhador, aumentando o contingente da categoria sem qualificação (SILVA; DALMASO, 2002).

Entretanto, é preciso considerar que o fazer do ACS possui o foco para atividades de origem relacional e antropológica, diferenciando-se, portanto, do fazer específico do técnico de enfermagem. E esse fazer esbarra no cotidiano das famílias que esses ACS assistem, não esquecendo que ele faz parte deste universo como morador e é neste espaço que não cabe à ele a solução dos problemas complexos destas famílias.

Para exemplificar esta ambigüidade, Bornstein, David e Araújo (2010, p. 98) em um projeto de ensino-serviço-pesquisa realizado no Posto de Saúde da Vila do João (Complexo da Maré) buscaram a partir das experiências dos ACS, como moradores e ao mesmo tempo profissionais de saúde, identificar o conceito de risco que orientasse suas atividades na qual por diversas vezes esbarram em situações-limites (como definem os autores), conforme relato abaixo:

Um dos casos relatava a situação de uma família com sete pessoas. A frente da casa era um ferro-velho que se expandia para dentro da moradia. O chão era de terra e havia ratos e baratas. Devido a sujeira, um bebê de oito meses, ficava o dia

todo no carrinho, pois não podia ser colocado no chão. O dono da casa era alcoólatra, passava mais tempo bêbado do que sóbrio. Ninguém na casa trabalhava. Dois meninos, de nove e onze anos, não estavam estudando porque, segundo a mãe, fugiam da escola. A filha de dezenove anos já era mãe de dois filhos. A mãe estava triste e deprimida por causa dos problemas.

Este trecho exemplifica as situações com que por diversas vezes os ACS se deparam e que não será solucionada apenas com ações do setor saúde. Como morador, entrar em contato com esta realidade traz sofrimento para este trabalhador, que tenta pelos seus próprios meios encontrar o caminho para que o impasse se solucione. Assim, o próprio conceito de risco acaba por se construir, pelos ACS, de uma maneira diferente do conceito técnico-científico que é trazido pelos profissionais de saúde, e sua identidade é também percebida e vivenciada de forma ambígua, muitas vezes conflituosa.

Entretanto, concordo que será a capacidade do ACS de estabelecer laços para o enfrentamento de problemas junto à população, assim como a forma de organização que estabelecem como coletivo de trabalhadores os elementos fundamentais para avançar na construção do cuidado à saúde (BORNSTEIN; DAVID; ARAÚJO, 2010). Por isso mesmo, vale indagar as sobre estas relações e a problemática que se desdobram e como se percebem os ACS no seu trabalho a partir delas.

Segundo Lunardelo (2004, p.107),

A relação de igual que esse agente comunitário estabelece com a comunidade, com uma proximidade física, intelectual e social das famílias e dos indivíduos, repercute em seu trabalho, com a criação de vínculos, a compreensão do ser e o entendimento da complexidade do meio onde vivem essas pessoas. Nessa aproximação e envolvimento do ACS com as famílias, há transposição dos problemas e das misérias humanas. Eles se envolvem, se vêem naquela ocorrência e acabam sofrendo com isso.

Ainda explorando esta ambiguidade o fato de ser morador do mesmo lugar que atua gera neste trabalhador sentimentos e emoções singulares em relação aos demais profissionais de equipe que não vivenciam ininterruptamente o contato com a população adscrita.

Lunardelo (2004, p. 107) pontua esse desgaste:

Percebemos que o ACS reconhece que a família necessita de vários cuidados, qualquer que seja a fragilidade ou dano, requerendo atenção profissional para estar junto. Entendemos que este estar junto constitui um suporte social no processo saúde-doença-cuidado. Suporte social é viver o sofrimento das famílias? É este o

nó da questão. Sabemos que esta questão precisa ser discutida no trabalho de toda equipe, gerando novos desafios e novos enfrentamentos.

Corroborando com a literatura e realizando uma análise das diversas realidades que vivenciei, chego à reflexão de que este trabalho é permeado por interferências que disparam uma primeira contradição: ao mesmo tempo que ser morador é um facilitador do trabalho, também pode ser um fator de sofrimento por toda exposição que este trabalhador sofre em outros espaços além do seu trabalho.

Ainda sobre o sentimento de pertencimento a uma determinada classe podemos tecer um adendo à reflexão de Souza (2003) sobre “a naturalização da desigualdade social de países periféricos de modernização recente no Brasil”. Se este ACS não se sente reconhecido (e não se sente assim em relação a equipe), podemos refletir sobre o fato de que as formas de dominação presentes no mundo social são distorcidas, e favorecem a reprodução de práticas a sucessivas de dominação através de uma hierarquia social que ignora a igualdade como um princípio das relações sociais.

Através da temática “trabalho” é possível compreender e decifrar este reconhecimento social. Pois, na lógica social vigente os indivíduos são excluídos das possibilidade de inserção numa esfera produtiva e sentem-se responsáveis por essa não inserção e isto impacta na sua vida produtiva, mas não podemos deixar de citar que esta não inserção é inerente à inserção das classes populares numa lógica de produção capitalista, que reproduz e legitima a desigualdade através de mecanismos diversos, incluindo os ideológicos.

2 METODOLOGIA

2.1 Descrição metodológica

A proposta metodológica neste estudo é do tipo qualitativa. A escolha por esse caminho baseia-se em Minayo (1992), que afirma que a abordagem qualitativa não pretende o alcance da verdade, definir o que é o certo ou errado. Tem como preocupação primeira a compreensão da lógica que permeia a prática que se dá na realidade. Preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado, aprofundando conforme a complexidade do fenômeno, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente.

Elegeu-se o método qualitativo, pois este adequa-se ao objeto deste estudo, por se tratar de uma pesquisa que busca conhecer e apreender o trabalho de ACS a partir da própria percepção, seus sentimentos e de representações socialmente construídas por este trabalhador, compreendendo que esta metodologia é apropriada para estudos que se propõem examinar a dimensão subjetiva.

Este estudo utilizou como fonte bancos de dados de narrativas de ACS de duas pesquisas. A primeira, desenvolvida desde 2007, e à qual este estudo integra-se, denomina-se “Abordagem Interdisciplinar dos Novos Processos e Condições de Trabalho em Saúde: o Caso dos Agentes Comunitários de Saúde do Rio de Janeiro”, é coordenada pela orientadora do presente estudo, e insere-se no Grupo de Pesquisa Configurações do Trabalho, Saúde dos Trabalhadores e Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Utilizando também como fonte, o banco de narrativas de entrevistas realizadas por Mota (2010) que se compõe de entrevistas com ACS de sete equipes de PSF e de duas equipes de Pacs da área programática 5.2 do Município do Rio de Janeiro, e integram o estudo.

A segunda pesquisa, iniciada em 2009, insere-se na área da Ciência da Informação, e é coordenada pela Professora Dra Regina Maria Marteleto, do Laboratório de Pesquisa em Comunicação e Saúde (LACES), do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), da

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), que também integra o estudo anterior, do qual este segundo originou-se³.

Este segundo estudo intitula-se “Almanaque do Agente Comunitário de Saúde: Produção, Sistematização e Difusão de Conhecimentos numa Perspectiva da Informação”.

Importante ressaltar que todas essas pesquisas partem de uma relação de colaboração entre pesquisadores e instituições interessadas em desvelar aspectos sobre o trabalho dos ACS, e que vêm se desdobrando na elaboração de dissertações, teses, com a produção de textos e artigos.

Ambos os projetos aplicaram metodologias qualitativas participativas, combinando elementos da pesquisa-ação, com técnicas diversas para o recolhimento de narrativas individuais e coletivas, por meio de entrevistas, grupos-focais ou oficinas (DAVID, 2007). As atividades que geraram as narrativas analisadas no presente estudo foram: Oficina de Leitura e Apropriação do Almanaque da Dengue, como forma de disparar um processo coletivo de a partir da leitura do tema, desconstruir e discutir os conhecimentos sobre a dengue, tomando como base o trabalho do ACS (primeiro estudo); entrevistas em grupo-focais com o tema pré-definido do dia de trabalho do ACS (primeiro estudo); entrevistas individuais em profundidade, a partir das perguntas: o que o (a) levou a ser ACS, a continuar ACS e/ou a deixar de ser ACS; entrevistas individuais tendo como eixo principal o depoimento sobre o que é ser ACS (segundo estudo).

Este conjunto de narrativas adquiriu formatos de debate dialogado e, sobretudo, de depoimento pessoal e coletivo sobre o que é ser ACS, como trabalham, o que sentem, o que os preocupa, o que é e o que acham que poderia ser seu trabalho. Todo este material foi gravado e transcrito sob forma textual.

Para análise interpretativa das narrativas selecionadas para este estudo utilizou-se a Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

³A relação entre os dois estudos se dá pelo elemento metodológico. Quando da realização do primeiro estudo, um dos elementos teórico-metodológicos desenvolvido nas oficinas sobre o trabalho dos ACS era um estudo de leitura e recepção do Almanaque da Dengue, experimento do campo da Antropologia da Informação, utilizado como disparador, ou “(pre)texto” para provocar os grupos de ACS a trazerem suas narrativas sobre o trabalho cotidiano. Ao final das oficinas, os ACS desenvolveram uma discussão sobre um possível “Almanaque do ACS”, que trouxesse de forma sistematizada e de leitura não linear, sua realidade de trabalho, a partir da construção compartilhada de conhecimentos. Daí nasceu a ideia de desenvolver o Projeto Almanaque dos ACS, apresentado ao CNPq para financiamento, contemplado pelo Edital Universal MCT/CNPq 014/2008, atualmente em fase de conclusão. A pesquisadora Regina Maria Marteleto expressamente autorizou, para fins do presente estudo, o acesso ao banco de narrativas do Almanaque.

É importante ressaltar que uma investigação não é neutra e de nenhuma forma se separa do objeto, mas permeada e influenciada pelo ambiente social, econômico, político e cultural do qual faz parte o observador, assim como o objeto que é observado (BERMAN, 1997). Giffin (2006) aponta que os indivíduos e o cenário social são construídos juntos, onde os sujeitos são ambíguasmente construídos e construtores a partir de realidade apresentada, pela ciência ou na vida cotidiana.

Minayo (1992, p. 133) destaca que metodologias qualitativas são aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais, objetivando-se “[...] trabalhar com a percepção do vivido, com os significados das motivações, atitudes e valores.”

E diante disto, se afastar e ter o olhar de estranhamento desejado para objeto desta pesquisa não foi tarefa fácil, uma vez que minha história de vida, acadêmica e profissional (se é que podemos enumerar desta forma) foi construída ao mesmo tempo em que a inquietação sobre o objeto perseguido nesta pesquisa.

2.2 Representações Sociais e contextualização do Discurso do Sujeito Coletivo

O campo das representações sociais é permeado tanto pela Sociologia como pela Psicologia Social, e estabelece relações entre fenômenos individuais e coletivos articulando elementos mentais, sociais e afetivos, interligando os símbolos produzidos pelos sujeitos através da fala e do pensamento comum (JODELET, 2002).

Para Moscovici (1978), as Representações Sociais constituem como um campo de conhecimento que tem por função decodificar condutas comportamentais e à valores que estabelece comunicação entre sujeitos de um grupo social no qual produz relações interpessoais.

Segundo Jodelet (2002), as Representações Sociais equivalem ao senso comum, pois é um conhecimento construído socialmente e cultivado para construir um universo social de decodificação de emoção, crenças e conceitos de um determinado grupo social.

Por isso, não podemos desarticular a linguagem dos sentimentos do indivíduo já que este é forma de expressar um determinado pensar que não é construído ao acaso mas, de percepções e comportamentos a determinados processos.

Para Moscovici (1978 apud TEIXEIRA, 1999, p. 33),

Nos dos mundos, o da experiência individual, todos os comportamentos e todas as percepções são compreendidas como resultantes de processos íntimos, as vezes de natureza fisiológica. No outro mundo o dos grupos, o das relações entre as pessoas tudo é explicado em função de interações, de estruturas e trocas de poder. Esses dois pontos de vista são claramente errôneos pelo simples motivo entre o individual e coletivo não é somente o domínio da experiência de cada um, mas é igualmente realidade da vida social.

Tanto a experiência social quanto a realidade social interagem para dar origem à representação social contruída das relações interpessoais sendo por meio delas que o indivíduo pode resignificar e criar ou retomar relações.

O Discurso do Sujeito Coletivo possui sua base teórica nas Representações Sociais e por todo o exposto sendo a escolhido como método de análise de dados.

2.3 O Discurso do Sujeito Coletivo

Como mencionado na introdução, durante este estudo a etimologia da palavra será um recurso utilizado e se faz pertinente frente a escolha do tratamento de análise do banco de dados supra citado. Portanto, a escolha pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), justifica-se pela primeira tentativa de pesquisar a semântica e etimologia da palavra discurso.

Para Sargentini (2007), a palavra discurso emerge da tentativa de diferenciar sentido de significado. Saussure (1991 apud GODIM; FISCHER, 2009) afirma que o significado sustenta-se pela simples aceitação e concordância, quando o sentido apoia-se no caráter universal do significado. Ou seja, um mesmo significado pode manifestar um sentido diferente dependendo do conjunto cultural no qual é expressado. Portanto, o discurso não apenas obedece regras de estruturação do pensamento individual mas também coletivo a partir de uma construção social (FERNANDES, 2008).

A análise das narrativas é, portanto, a fala em contexto e possui como pano de fundo: a história, a cultura, o social, o econômico implicados neste enunciado (GODIM; FISCHER, 2009).

A metodologia de análise do DSC foi proposta por Lefevre e Lefevre (2003, 2005) e Lefevre, Lefevre e Teixeira (2000) com o desafio de responder a expressão do pensamento coletivo. É formado por fragmentos de discursos individuais que se aproximam por similaridade de sentidos, estruturando o discurso síntese.

Estes fragmentos, neste método, permite construir discursos-sínteses para expressar um imaginário e um dado pensar social (LEFEVRE; LEFEVRE, 2003).

O método utiliza as seguintes figuras metodológicas:

Expressões-chave (ECH): são fragmentos ou trechos literais dos discursos. Estes trechos são os mais significativos dos discursos e através deles procuram-se resgatar a literalidade destes depoimentos, o pesquisador destaca a constituição revelada no depoimento ou, mais precisamente, do conteúdo destes fragmentos e quando comparados, devolvem a integralidade do discurso.

Idéias centrais (IC): É o resumo dos discursos das expressões-chave, procurando o sentido em cada um dos discursos analisados e de cada conjunto das expressões-chave que gerará, posteriormente, o discurso do sujeito coletivo das semelhanças de sentidos das expressões chaves.

Ancoragem: como já contextualizado, o DSC inspira-se na teoria das representações sociais, portanto as IC's remetem-se sempre a uma dada teoria a ser revelada neste discurso da coletividade. Lefevre e Lefevre (2003, p. 17), para definir ancoragem, afirmam que “é a manifestação lingüística explícita de uma dada teoria que, na qualidade de afirmação genérica está sendo usada pelo enunciador para enquadrar uma situação específica”.

Para quase todo discurso obtém-se uma ancoragem, na medida em esse está quase sempre está delineado em: ideias, teorias, conceitos e hipóteses. Persegue-se o destaque nos discursos aos quais se encontram efetivamente marcas lingüísticas claras destes desenhos e pinturas das teorias no caso desta pesquisa das classes sociais. No caso deste estudo, a ancoragem estará inserida na discussão dos achados, nos momentos em que se estabelecer relações entre estes achados e as reflexões teóricas de autores que permitem tornar mais claras as questões envolvidas no trabalho do ACS enquanto um sujeito inserido em determinada classe social.

O discurso do sujeito coletivo propriamente dito é o discurso-síntese, redigido na primeira pessoa do singular e composto pelas expressões-chave que têm a mesma ideia central ou ancoragem produzindo do discurso coletivo uma unidade com se este fosse individual.

Desta forma, relacionando-se com a Teoria das Representações Sociais e com a abordagem qualitativa, escolha pela técnica da análise do DSC permite desdobrar as narrativas dos bancos de dados consultados de forma a ampliar a ótica dos diversos eixos pesquisados: trabalho, formação, reconhecimento, a partir da semiótica produzida pelo DSC nas relações de classes expressas nas narrativas analisadas.

2.4 Campo da pesquisa

Como já exposto anteriormente este estudo utilizou como fonte bancos de dados de narrativas de ACS de duas pesquisas “Abordagem Interdisciplinar dos Novos Processos e Condições de Trabalho em Saúde: o Caso dos Agentes Comunitários de Saúde do Rio de Janeiro” e “Almanaque do Agente Comunitário de Saúde: Produção, Sistematização e Difusão de Conhecimentos numa Perspectiva da Informação”.

A primeira pesquisa delimitou o cenário utilizando como critério de inclusão as áreas distantes e menos assistidas (AP 5.2- Campo Grande) e também áreas onde os ACS tivessem atuação consolidada (AP2. 2- Alto da boa Vista e Parque Santa Isabel). Estas foram às áreas definidas no estudo principal (DAVID, 2007). As entrevistas de Mota (2010) foram realizadas na AP 5.2. Neste cenário temos os bairros de Campo Grande, Guaratiba, Barra de Guaratiba, Pedra de Guaratiba, Santíssimo, Vasconcelos, Cosmos e Inhoaíba esta área abrange duas Regiões administrativas (RA), XVIII e XXVI. Esta região ocupa uma área de 305, 92Km².

O segundo teve como cenário na AP 3.1 o Complexo da Maré, conglomerado de favelas desta AP que compreende também Bonsucesso, Ramos, Olaria, Manguinhos, Brás de Pina, Complexo do Alemão, Cordovil, Jardim América, Parada de Lucas, Penha Circular, Vigário Geral, Ilha do Governador.

2.5 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos foram os ACS que participaram das atividades das pesquisas, e o período de coleta destas narrativas compreende o ano de 2008 até fins de 2010.

A primeira atividade tinha como objetivo a discussão do trabalho do ACS a partir da leitura e apropriação do Almanaque da Dengue. Na AP 5.2 teve um total de 60 ACS participando, e na 2.2, 30 ACS. A terceira e quarta oficinas utilizaram com metodologia a descrição de um dia de trabalho. Foi realizada na área programática 2.2 do ACS com 24 ACS e na área programática 5.2 60 ACS.

As entrevistas de Mota (2010) foram compostas por ACS de 7 equipes de PSF e de 2 equipes de Pacs da área programática 5.2 totalizando 34 entrevistas. Esta pesquisadora elegeu enquanto técnica para a coleta de dados a entrevista semiestruturada. A entrevista semiestruturada permite uma captação mais aprofundada sobre a percepção e a compreensão dos ACS acerca da dimensão do seu trabalho como ACS, permitindo que os entrevistados expressem-se de modo livre, porém, seguindo um eixo norteador, baseado em um roteiro semiestruturado.

Totalizou-se 174 sujeitos para análise sobre reconhecimento e classe social nesta pesquisa.

A seguir, tabela síntese com o estudo de origem, ano de realização, procedimentos metodológicos utilizados e números de sujeitos em cada estudo.

Tabela 1- Síntese para compreensão do banco de dados utilizado

Estudo de Origem	Ano	Procedimento metodológico	Nº de ACS
Abordagem Interdisciplinar dos Novos Processos e Condições de Trabalho em Saúde: o Caso dos Agentes Comunitários de Saúde do Rio de Janeiro	2007	Ofinas e Grupo focal	90
Almanaque do Agente Comunitário de Saúde: Produção, Sistematização e Difusão de Conhecimentos numa Perspectiva da Informação	2009	Oficinas	50

Fonte: A autora, 2013.

Buscando compreender e contextualizar os sujeitos da pesquisa, selecionamos narrativas nas quais os ACS discorrem sobre seu trabalho, seu cotidiano de relações nas equipes, sua história, suas lutas. Todos os registros foram realizados através da gravação em aparelho fonográfico, sendo transcritos posteriormente, mantendo a fidelidade das falas dos participantes.

O primeiro eixo que exploramos nas entrevistas e nos bancos de dados foi o que levou este indivíduo ser ACS.

Os resultados são trazidos com exemplos das falas, e os sujeitos foram recodificados a fim de evitar identificações através de números (ACS 1, ACS 2, etc.).

3 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Esta apresentação refere-se aos resultados referentes aos Discursos do Sujeito Coletivo focando nas relações de classes sociais produzidas pelo discurso dos indivíduos.

Após leitura flutuante e releitura os dados foram tabulados, identificando-se eixos temáticos relevantes, a partir da mobilização gerada pelos temas nos debates e reincidência narrativa, que deram origem às categorias: a) o que levou o sujeito a ser ACS; b) reconhecimento do ACS. A cada eixo temático corresponde um conjunto de Expressões-Chave, Ideias Centrais e Ancoragem, aqui apresentados em um quadro-síntese ao final de cada discussão. A expressão textual síntese da categoria temática, elaborada a partir das narrativas reincidentes, gerou os DSCs.

3.1 Categoria 1 - O que levou o sujeito a ser ACS

Durante a leitura e análise, nos deparamos com respostas ou explicações capazes de responder à pergunta: O que o levou a ser ACS? Nesta pergunta foi explorada a ideias do grupo ou do entrevistado à respeito das motivações que levaram ele a procurar esta atividade. Também nas entrevistas e oficinas, mesmo que a pergunta não tenha sido feita diretamente, os ACS contavam como haviam ingressado na profissão, trazendo as motivações e as questões que os levaram a decidir ser ACS. Todas estas narrativas em torno deste eixo foram recuperadas.

As narrativas se concentram em torno de quatro ideias centrais: Possibilidade de Trabalho Formal, Possibilidade de se tornar Funcionário Público, Trabalho Comunitário, Trabalho próximo de casa, além de outras ideias centrais, menos frequentes, agrupadas e apenas descritas, e não discutidas aqui. A ancoragem será trazida após a apresentação de cada IC.

Na narrativa abaixo, podemos perceber em uma só fala todas as ideias centrais apresentadas:

Assim, na época eu não tinha a experiência, né, que tenho hoje, mas foi a possibilidade de você poder tá trabalhando na comunidade, de tá desenvolvendo um trabalho dentro da comunidade, e hoje eu tenho essa visão do quanto isso foi importante, mas 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, não sabia muito bem, mas, pelo livro que a gente começou a estudar pra poder fazer o processo seletivo, aí eu comecei a conhecer um pouco do trabalho e vi que me identificava com aquele trabalho e era um trabalho que eu gostava de fazer, já fazia, e era uma coisa que eu gostava de fazer realmente. (Grifo meu)

Idéias centrais	Numero de Expressões-Chave
Oportunidade de Trabalho formal	25
Possibilidade de se tornar funcionário público	10
Trabalho comunitário	9
Trabalho próximo de casa	7
Outras IC	7

Quadro 1 - IC e Expressões-chave da categoria 1 – O que levou o sujeito a ser ACS
Fonte: A autora, 2013.

3.1.1 Oportunidade de trabalho formal

Essa ideia central está presente em 25 expressões-chave, manifestando explícita ou tacitamente o fato deste trabalhador estar desempregado como o que mais motivou este indivíduo a ser ACS. O DSC relativo a esta ideia central é:

“Eu estava desempregado(a), estava parado(a), havia a necessidade de trabalhar, e surgiu esta oportunidade.”

O ACS em sua trajetória desde sua criação desta função em 1991 acumula uma história de precarização de vínculos e de formação não desarticulados do contexto de toda uma sociedade neste período.

Para situar esta análise é importante resgatar o histórico social deste momento a transição dos anos 1980 para os 1990, onde houve uma queda dos salários e o crescente aumento do sub e do desemprego, desdobrando-se em um reconhecimento unânime que, de acordo com Laurell (1995, p. 151), apresentam-se como: “empobrecimento generalizada população trabalhadora e na incorporação de novos grupos sociais à condição de pobreza ou extrema pobreza”.

O trabalho do ACS surge neste cenário: o Estado reduz cada vez mais os gastos sociais; Aumento do nível de emprego, Redução da pobreza extrema, entretanto as condições de vida continuam precárias e podem ser expressas em numerosos indicadores sociais como de moradia, saúde e educação e ainda do baixo aumento da renda apesar do aumento do consumo dos indivíduos e famílias (MENEZES, 2011).

Como resultado, podemos obter deste processo a precarização das relações de trabalho: o desemprego, o subemprego, o emprego precário, temporário ou o trabalho informal caracterizam este processo. Valla (2005) aponta que as relações de trabalho precárias são aquelas em que o trabalhador não possui direitos, como aqueles regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) ou regime próprio do funcionalismo público, tais como jornada fixa de 8 horas diárias ou até 44 horas semanais, descanso semanal remunerado, férias anuais, 13º salário, vale transporte, licença médica, maternidade e paternidade, aposentadoria, entre outros.

Podemos verificar nas falas o quanto isto é importante para o trabalhador:

Eu falei “Por Hora Desempregado”. (risos) Porque na realidade eu não estava desempregado, eu estava na informalidade, no trabalho artesanal, que eu fazia, ainda faço até hoje, faço e vendo. Então não era um trabalho formal era informal. (ACS 09)

Já tinha trabalhado, mas não emprego formal. Informal, trabalhava como recreadora de festas, nos finais de semana. (ACS 15)

De carteira assinada não. É coisa simples. Mas certinho só aqui mesmo. (ACS 21)

Transportando todo este pano de fundo para o cenário de atuação do ACS, este profissional é morador de uma favela e apresenta, portanto, relações sociais dentro do que podemos caracterizar como um espaço propício para a demonstração das disparidades sociais existentes, pois a pobreza é persistente, e sua própria condição de trabalho se dá de forma precária. Conforme Valla pontua, a escolha por um trabalho não é apenas uma escolha, mas a possibilidade de sobreviver, o que não se separa da forma com que as classes populares se defendem diante dos que as dominam. Nas palavras Valla (2000, p. 42):

Quem não tem emprego fixo que se coadune com seus interesses dificilmente escapa do mercado informal e de um “trabalho frustrante”. Um trabalho frustrante para as classes populares não significa uma “má escolha”, mas quase sempre “a única escolha” por causa das poucas ofertas do mercado.

Nesta ótica, podemos perceber o quanto o desemprego leva a escolhas (ou imposições) que até então poderiam ser impensadas, quer seja pela personalidade, quer seja pelas próprias características do trabalho. O indivíduo por sua vez, está também ancorado na divisão da sociedade em classes. Quando no DSC desta pesquisa o sujeito relata que o que mais o motivou foi o fato de estar desempregado, ou a possibilidade de possuir um emprego formal, leva-nos a pensar que esta foi maneira imediatamente disponível que este indivíduo encontrou para sobreviver.

Podemos perceber isto nas narrativas:

A necessidade foi o que me levou a ser ACS. (ACS04)

Não, não tava trabalhando não. (ACS03)

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. (ACS07)

Eu sempre trabalhei na área de comércio, sempre fui vendedor, sempre trabalhei como vendedor e quando a situação ficava ruim o que aparecia a gente pegava. A gente não pode escolher trabalho, mas a minha área mesmo sempre foi vendas, quer seja externo, quer seja interno em empresa. Sempre foi vendas, apesar de ser tímido, um vendedor tímido. (ACS09)

E também nunca me imaginei na área de saúde, depois que eu vim ser agente que eume imaginei. Não em emprego formal, só informal. Já trabalhei em loja, como atendente e já trabalhei de telemarketing. Foi por acaso uma amiga ligou, eu estava há muito tempo sem trabalhar, tinha uns seis meses. Aí ela ligou dizendo que tinha inscrições abertas, meio sem saber, cai de pára-quedas para fazer a inscrição, aí fiz inscrição, a prova já era 02 dias depois. (ACS10)

Não. Não (risos) Fiz, porque estava desempregada, aí fiz... Tinha acho que 1 ano. Que (antes) eu era recepcionista num hospital. Aí, por não receber pagamento, aí eu pedi pra ser mandada embora. Aí eles me mandaram embora, aí fiquei em casa. Assim, eu vendia doce na porta da minha casa. Não, não. Eu vendia doce mesmo. Eu fazia tortas, doces, pudins, mousses e vendia na porta de casa. (ACS 16)

Eu estava trabalhando em laboratório de análises clínicas, só que não era de carteira assinada e a firma na qual eu estava queria me mandar pra cooperativa, sem direito trabalhista nenhum e aí surgiu a oportunidade. (ACS18)

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? Não é. 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. Por que eu sei que mesmo que eu deixe de ser agente de saúde, as pessoas que eu conheci, vão continuar tendo esses laços entendeu? Não vou perder esses laços. Mas assim, a gente tem que procurar crescer né. E eu quero isso. (ACS 20)

Então eu estava desempregada, casada, desempregada e eu queria trabalhar né? E não conseguia, porque não tinha experiência nenhuma, nunca tinha trabalhado, aí surgiu a oportunidade de fazer a prova, eu paguei, me inscrevi, fiz, passei em primeiro lugar. (ACS 21)

Eu trabalhei como... eu fiz um curso de auxiliar de enfermagem, já trabalhei como auxiliar de enfermagem, eu já fiz o curso... já trabalhei como, é... auxiliar de tesouraria, já trabalhei como vendedora, já trabalhei em várias coisas. (ACS25)

De carteira assinada foi o primeiro emprego. Já tava procurando emprego, aí então, eu aliei o útil ao agradável, né. Fiz a inscrição. (ACS30)

O desemprego possui um papel na sociedade capitalista, inclusive para o próprio capitalismo sobreviver, pois, ao transformar o indivíduo em nada apenas do que simples força de trabalho, e se esta não pode produzir (e se reproduzir) está fora deste ciclo. O sujeito tenta por diversas formas se inserir neste universo do trabalho, e aqui entram as diversas formas de subemprego, pois a qualquer custo o indivíduo sente necessidade de entrar neste ciclo.

Podemos perceber na fala abaixo o quanto este indivíduo esta à mercê da necessidade de produzir mesmo que seja sem garantias de direitos ou até pra conquistá-la entrar em uma área impensada anteriormente:

Já trabalhei como auxiliar de produção em uma fábrica é chamada Mirus [...] e quando eu fui chamada no caso eu tava trabalhando com criação e montagem de bijuteria, trabalhava por conta própria, entendeu? Não tinha carteira assinada não. Parei, porque eu já estava há quase 4 anos com isso, aí você vai que meio que estressando um pouco, enjoando aí você vai tentar outras áreas né, aí eu tentei essa área, estou tentando. (ACS. 24)

Não, tava parado. Tava como autônomo, né? Sempre fui vendedor, vendia roupa aqui na comunidade. Minha mulher também, ela tinha confecção e tal. Ela inclusive continua nesse ramo. Então, eu vendia roupa, Mas não era uma profissão formal, né, não era carteira assinada. [...] – Não, eu tinha renda. (ACS32)

Em muita coisa... Eu trabalho desde os dezessete... Dezesseis anos de idade. Mas, muita coisa mesmo que você possa imaginar. É... Eu tenho muitas profissões assim... Olha, eu já fui bordadeira, eu já tive pizzaria... (Risos). Nada tem a ver com nada, né? Eu sou técnica administrativa, então, eu já fui, eu já trabalhei com administração, na parte técnica, é... Eu sou eletricitista, então, eu já trabalhei em obra, como eletricitista. Assim, tudo que você pode... Já fui babá, já fui muita coisa mesmo, muita coisa. Até... Às vezes, eu até perco a noção do que eu já fiz, na minha vida. Mas, assim, muitas vezes, a maioria das vezes, meu serviço sempre foi informal. A maioria das vezes de forma informal. (ACS 29)

Braverman (1987, p.320) confirma o exposto no texto:

Disto decorre a definição formal de classe trabalhadora como a classe que nada possuindo senão sua força de trabalho, vende essa força ao capital em troca de sua subsistência. Isto, como veremos, como todas as definições, está limitado por sua qualidade estática. Mas em si está perfeitamente correto e constitui o único ponto de partida adequado para qualquer pretensão de encarar a classe trabalhadora na sociedade moderna.

Portanto,mo fato deste trabalhador estar desempregado(a) ou subempregado(a) que popularmente chamamos de “realizando bicos”, antes de ser

ACS, e o que o motivou foi este fato, faz reconhecer este ACS como parte desta massa trabalhadora explorada pelo o capital, e que antes mesmo de ser ACS, já pertence a uma classe social determinada.

Esta realidade é desvelada quando refletimos sobre a constituição do mundo social, sendo ele a ação interligada das estruturas de categorias sociais e revelando uma desigualdade de tratamento vinculada à desigualdade econômica e não podemos esquecer que esta desigualdade é gerada principalmente pelas relações produzidas neste universo (social) - (QUADROS, 2002).

Sobre a inserção de classe teço uma reflexão como uma das causas do não reconhecimento pela equipe. Sendo parte de uma classe explorada, como explicitamos no referencial teórico, a reação será a dos conflitos entre classes. Não raramente podemos observar situações, nas relações das equipes, que podem ser pensadas a partir desta questão. Por exemplo, ao excluírem os ACS do planejamento das equipes, ao não escutar e dar a real importância à opinião dos ACS quando dizem que uma ação de educação em saúde não será eficaz, e que a população não irá ser receptiva, isto não é levado em consideração. O ACS usualmente se queixa de não ser ouvido, embora, ouvimos de profissionais supervisores durante um encontro de devolução de dados, estes afirmem que sim, os ouvem, surdos aos protestos de não escuta da parte dos ACS.

E às vezes o próprio medo em reagir a estas relações é para não voltar a integrar o exército de reserva, e nesse aspecto não é um detalhe o fato de a maior parte desta categoria ser integrada por mulheres. A respeito deste exército de reserva feminino, Braverman (1987, p. 326) aponta:

Ao mesmo tempo, em que um processo que discrimina raças e nacionalidades, a porção feminina da população tornou-se o principal reservatório de trabalho. Em todos os setores da classe trabalhadora, os que rapidamente crescem, são constituídos, na maioria mulheres, e em alguns casos, a maioria esmagadora dos trabalhadores. As mulheres constituem a reserva ideal de trabalho para as novas ocupações maciças. A barreira que confina as mulheres nas escalas de pagamento mais baixas é reforçada pelo vasto número em que estão disponíveis para o capital.

Isto se desdobra em diversas situações do não reconhecimento pela própria equipe ou em menor escala pela comunidade ou até da frustração do trabalho deste ACS, questão que será discutida no próximo eixo temático.

A narrativa abaixo ilustra esta discussão:

Olha, no trabalho do agente de saúde, descontando o lado da valorização do profissional, ser mais valorizado, ser mais reconhecido, que isso já ta em evidência, todo mundo sabe. Porque os próprios agentes de saúde não tem cobrado isso, os problemas que acontecem são com outras categorias e a única coisa que eu acho que deveria mudar realmente, é assim ter uma afinidade maior. (Grifo meu)

Apresento, portanto, diante do exposto um significado social à profissão do ACS como reprodução das relações sociais presentes na sociedade capitalista

3.1.2 As expressões sobre ser funcionário público

Esta IC aparece em segundo lugar, com 10 das narrativas falando do desconhecimento do que é ser ACS e sobre os modos de contratação, e do quanto esse ocultamento sobre o processo gerou, inicialmente, a ilusão de que seriam funcionários públicos efetivos.

Atualmente a forma como é ofertado o emprego leva o ACS a acreditar que será um funcionário público, já que na divulgação é feita uma chamada para um concurso, um edital. Não aparece explicitamente a perspectiva de ingresso como funcionário público, mas esta compreensão parece estar embutido no uso das palavras concurso, edital. O DSC relativo a esta ideia é:

“Surgiu um concurso, um edital para trabalhar na comunidade, a oportunidade de ser municipalizada.”

Esta IC aparece não por acaso em segundo lugar na prevalência das narrativas, já que possuir um emprego com garantias de estabilidade estaria em primeiro lugar no que mais motivou o trabalhador a ser ACS.

Esta é uma tensão no processo de profissionalização dos ACS. Em diversos momentos, a questão de como devem ser contratados os ACS surgiu, gerou debates, recomendações, normativas depois substituídas por outras normativas. O Ministério da Saúde lançou em 2006 um material que trata da precarização no SUS (BRASIL, 2006b), e neste material, em um bloco de perguntas e respostas colocado para as Entidades Sindicais, fala-se que o trabalho precário vai além de não possuir garantias trabalhistas, e reflete-se também pela falta de concurso público ou processo seletivo público.

Ainda em 2006 é assinada a Emenda 51 que em seu art. 2º postula que:

Após a promulgação da presente Emenda Constitucional, os agentes comunitários de saúde e os agentes de combate às endemias só poderão ser contratados diretamente pelos Estados, pelo Distrito Federal ou Municípios na forma do § 4º do art. 198 da Constituição Federal.

No § 4º do art. 198:

Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para a sua atuação.

Apesar de a contratação pública estar prevista na legislação, buscando reverter a precarização (lê-a-se: trabalho sem garantias laborais), a forma como foi e continua sendo veiculados os processos seletivos segue fornecendo uma esperança de solidificação de vínculo que na realidade não é verdade, uma vez que este trabalhador será contratado segundo a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), geralmente por um órgão terceirizado, podendo ser demitido a qualquer momento. Deve-se destacar, para atenção e análise, o momento atual, no qual a contratualização no município do Rio de Janeiro está nas mãos das Organizações Sociais de Saúde, cuja gestão vem evidenciando um modelo organizacional que gera um ritmo intensificado de trabalho, subordinação à gerência, com divisão hierárquica forte entre quem pensa e quem faz, e onde este trabalhador, se reagir individualmente, aumenta a ameaça de ser imediatamente desligado.

Portanto, o que o ACS procura na realidade é por uma modalidade de contratação que lhe dê uma estabilidade vinculada ao trabalho. Não estranhamente esta IC foi a segunda mais prevalente, entrelaçando-se com a primeira (oportunidade de trabalho formal).

As falas a seguir confirmam o exposto:

Na época eu estava desempregada, sempre trabalhei no comércio. E surgiu uma oportunidade de um concurso que estava sendo feito, uma seleção estava sendo feita na comunidade. (ACS 05)

Aí me falaram assim: “Ah, você vai ganhar muito menos, porque você fazendo festas você tem um bom rendimento.” Aí eu falei assim: “Não, mas é isso que eu quero. Quero sossegar um pouco. Quero não esquentar tanto a cabeça”. Assim não esquentar a cabeça de ficar noites igual eu ficava de festas e tal. Tem o horário direitinho, eu cumpro o meu horário e para mim está. (ACS 15)

É importante relembrarmos que não estamos falando de um trabalhador qualquer, mas sim de um trabalhador pertencente a uma classe social que entra num

ciclo vital para o capitalismo, como um exército de reserva, e que tenta fugir desta engrenagem, procurando um trabalho com garantias ou minimizações do terror do desemprego.

A necessidade, porque foi um concurso que saiu, aqui na comunidade, eu não ia fazer aí eu pensei que precisava ter curso de enfermagem, aí não ia fazer. No último dia da inscrição eu resolvi fazer, aí fiz, que na época precisava trabalhar mesmo, mas nem conhecia o programa. (ACS 4)

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. Aí eu me interessei em fazer para poder sair de um local de trabalho que eu estava há muito tempo, estava saturado do trabalho e aproveitando a oportunidade eu fiz a prova. Mas não que eu sabia qual seria a minha função, o que eu tinha de fazer, mais por uma opção mesmo. (ACS 6)

Eu acho que a gente... 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. "Vai abrir vaga para agente comunitário". Aí eu fiz a inscrição, um amigo que cortava o meu cabelo me deu a notícia, dessa forma fiz a inscrição e a contratação seria imediata, foi em 2003 (o processo seletivo) e aquela expectativa que a gente se classificou e foi aprovado, mas aí passou-se o tempo. E a gente não era chamadoeu sempre gostei de fazer concurso, aí apareceu essa oportunidade eu fiz a prova entendeu? (ACS 09)

Eu era comerciante, mas já estava muito cansada porque não tinha vida pra mim. E quando surgiu o concurso, com incentivo do meu marido eu fiz, mas não foi com muita boa vontade que eu fiz, não. Fiz por fazer. Fui aprovada, mas na entrevista fui reprovada, fiquei aguardando, fiquei em último lugar. Até hoje eu não sei como, porque foi só perguntar o nome e quanto tempo eu morava aqui e eu fui reprovada. (Risos). Acho que é porque eu falo demais. Aí depois de um tempo me chamaram, acho que fui uma das últimas desse módulo no primeiro concurso. E está sendo ótimo. (ACS 17)

É porque eu vi no edital, né. E vi também que era dentro do bairro onde morava. Não entendia bem a função, porque era uma coisa nova que estava sendo iniciada naquele momento, não tinha muita divulgação sobre a profissão agente comunitária de saúde: o que era e como é que a gente iria trabalhar... (ACS 28)

Sempre gostei. Aí vi o edital, um aviso na parede de um posto dizendo que abriria uma seleção, e eu me interessei por fazer. (ACS 35)

Eu soube por uma vizinha minha. Uma vizinha falou assim: "Mônica, tá abrindo aí um concurso. Olha, cinco reais. Baratinho". Eu tava desempregada, nessa época, meu marido tinha 09 anos de praça e também ficou desempregado. (ACS 34)

Percebo que na inserção deste trabalhador como ACS, este procura um vínculo mais estável. Em contrapartida, pode-se produzir um sentimento de duplo não pertencimento, tanto em relação à equipe quanto à comunidade. E este é um terreno de várias posições. Explico: de um lado está o ACS membro de uma equipe de saúde inserida em um sistema público de saúde, e não consegue se legitimar dentro da mesma; de outro lado, a comunidade que o enxerga não apenas como um morador, mas como uma pessoa que está trabalhando no sistema público de saúde (mas que, na realidade, a qualquer momento este pode perder seu trabalho em

função de seu vínculo precário). Ou seja, ele não é bem reconhecido integralmente como profissional, e nem como morado, gerando um duplo não pertencimento.

Esta questão do tipo de vínculo do ACS desdobra-se tanto no campo da sua formação como no campo da gestão do trabalho, pois para ser contratado como funcionário público, este trabalhador precisa passar por um concurso ou seleção pública, e ter a formação exigida para que isto aconteça. Há divergências de opinião quanto ao modo de contratação e de formação do ACS.

Para Nogueira, Silva e Ramos (2000, p. [1]) “vínculos equiparados aos demais servidores da estrutura burocrática do município, [isto] pode favorecer a ruptura de seus laços comunitários”.

Morosini (2009, p. 172) argumenta sobre como o vínculo impacta no trabalho do ACS:

Por outro lado, se a situação da informalidade de precarização das formas de trabalho da população, em geral, também constitui um problema que concorre para a conformação do processo saúde-doença, como esta situação pode ser empregada e considerada funcional em uma política de saúde supostamente pretendia transformar a situação de saúde-doença dessa mesma população.

É claramente perceptível a divergência de posicionamentos, enquanto os para uns a questão de vínculo por estatuto proporcionaria um afastamento das raízes comunitárias, para a última autora citada, as formas de contratação fortalecem a questão determinação social na saúde e impactam diretamente na vida deste trabalhador e também na forma com que seu trabalho é desenvolvido.

3.1.3 Trabalho Comunitário

A IC em torno do trabalho comunitário se entrelaça às IC do desemprego e do trabalho como funcionário público – o ACS como liderança. O DSC é:

“Eu já fazia trabalho comunitário, e surgiu a chance de um emprego”

Esta característica surge na fala:

Eu já... Eu era voluntária na associação e surgiu a chance de ser remunerada. (ACS 30)

Eu vim conhecer essa profissão de ACS através da Bianca, que era a minha agente comunitária, que ela ia lá fazer as visitas, é, saber como estava a saúde da família e como ela estava... (IN) DST para adolescente. Então, houve uma época em que nós fizemos um trabalho conjunto, né, que eles fizeram... Ela e uma outra agente fizeram um trabalho na minha casa, voltado para adolescentes, que era, o tema era gravidez na adolescência. E eu já faço, assim, fora isso, eu sempre gostei de trabalhar com a comunidade, né. (ACS 26)

Bornstein (2007) destaca já na introdução de sua tese o contexto no qual o trabalhador ACS tem sido inserido na força de trabalho da saúde (PACS e PSF), o de ser uma pessoa da comunidade. Como já abordamos no referencial teórico, essa categoria de trabalhadores foi inicialmente incluída a partir de sua inserção na comunidade, em especial quando já tinham alguma experiência em trabalho comunitário.

Lacerda (2010), em seu trabalho de doutoramento, também aponta como uma das motivações que levou este indivíduo a ser ACS, além do desemprego, o fato de poder contribuir para a melhoria da comunidade. A autora coloca isto como um dos sentidos atribuídos ao trabalho pelos ACS, revelando a circulação de dádivas nas relações estabelecidas.

A circulação de dádivas como um sistema de ação social é descrita por Mauss (1985 apud LACERDA, 2010, p. 66) como sendo "de carácter voluntário, por assim dizer, aparentemente livre e gratuito e, no entanto, obrigatório e interessado".

Podemos apresentar o carácter de liderança do profissional ACS, assinalado desde o momento da procura por este emprego, como um aspecto que vai além da centralidade do trabalho na vida, como ação que se estende nas relações sociais, para ajudar um morador ou a coletividade.

Isto posto, podemos traduzir esta relação numa rede social estabelecida por pessoas que compartilham um cotidiano e também são da mesma classe social. Esta rede é fundamental para indivíduos de classe populares uma vez que o Estado se ausenta em muitos seguimentos (saúde, educação, segurança).

Podemos verificar isto, quando mesmo não sendo mais ACS este indivíduo continua desenvolvendo trabalhos dentro do local onde vive:

É eu continuo desenvolvendo esse trabalho comunitário, então..., eu saí do Programa de Saúde da Família, mas não deixei de desenvolver atividade na comunidade, então... Continuo,... Outro dia eu falei que, tive lá no posto pra resolver um problema aqui da comunidade, e falei que hoje eu continuo sendo agente comunitário sendo que sem receber nada, né? (ACS1)

Por diversos textos percorridos, e constantemente na minha prática deparome com um posicionamento sobre este trabalho comunitário, que por diversas vezes é encarado como solidariedade ou amor ao próximo, reconheço nestas expressões embebidas de um sentido muito comum nas práticas de saúde, pois para se tornar um “bom profissional é necessário ter amor” e não é ao acaso que “este amor” quase sempre é relacionado à figura da trabalhadora mulher.

Refletir sobre esta concepção se faz necessário, para entendermos o perfil social do ACS a partir destes valores, principalmente se compararmos as primeiras experiências de trabalhos comunitários, como o MOPS no qual este sentido de “amor e solidariedade” estão imersos num sentido político, acima de tudo, e de resposta a um sistema excludente de direitos. Por isto, estas pessoas precisam se apoiar mutuamente - para minimizar a ausência do Estado.

3.1.4 Trabalho próximo de casa

Esta IC aparece com sete narrativas, todas de ACS mulheres. Temos como DSC:

“Eu procurei este trabalho, pois é (era) próximo à minha casa, preciso cuidar dos filhos”.

Apesar de apenas três referirem explicitamente que precisariam trabalhar próximo de casa para cuidar dos filhos, podemos inferir que o restante também possui um motivo similar, ou que denote que a necessidade de trabalhar próximo de casa teria alguma relação com a divisão sexual do trabalho.

Discutir esta IC com a abordagem de gênero requer que haja compreensão sócio-histórica da mulher e sua inserção no mercado de trabalho bem como suas transformações (SANTOS, 2008).

Este autor cita Heilborn e Sorj (1999) ao definir a importância do gênero neste plano:

A instituição do parentesco desempenha um papel crítico na origem da situação peculiar feminina ao representar o lugar social sancionado de encontro entre os sexos mas o gênero enquanto princípio de classificação opera em outras instâncias do mundo social.

Santos (2008, p. 2 apud ABBOTT, 2000) ainda completa:

a noção de gênero como uma divisão social realça a ideia de que as diferenças de gênero são predominantemente de origem social e estrutural, de modo que o homem, como uma categoria, possui mais poder social, que a mulher, também como uma categoria.

Estas desigualdades demonstram que as relações de gênero interagem na realidade social e vão além do que meras categorias, mas se estabelecem como construções que se perpetuam na exploração das mulheres.

Trabalhar a categoria gênero nesta perspectiva inclina-me a demonstrar que não é de modo irracional que as escolhas destas mulheres são feitas mas que há intencionalidade de acordo com sua necessidade, sendo esta fundamentada em relações culturais e econômicas que formam um mosaico de motivos para efetivar suas escolhas, pois homens e mulheres entram no mercado de trabalho com inclinações, motivações e características para desenvolver seu trabalho de forma diferente.

Aquino, Menezes e Marinho (1995) revelam que a proximidade entre a casa e o local de trabalho é um dos critérios fundamentais de escolha de emprego, mesmo em detrimento de outros fatores como o salário e a satisfação profissional.

Ainda para os autores (1995, p. 283),

influência do papel da mulher na reprodução social é tão grande, que a própria escolha e a manutenção do emprego, da extensão das jornadas e dos turnos de trabalho profissional incluem entre os critérios a possibilidade de conciliação com o cuidado da casa e dos filhos.

Esta “escolha” de trabalho próximo de casa possui interface com a primeira IC (possibilidade de trabalho formal), pois nas narrativas podemos observar que a escolha por ter um trabalho formal foi o que mais motivou (neste caso a mulher) a ser ACS, pois estas aumentavam sua renda com artesanato, vendendo comidas em casa ou próximo de casa e à possibilidade de possuir garantias trabalhistas associadas à conciliação com o trabalho não remunerado.

Este cenário também traduz uma divisão social do trabalho, além de mostrar a face feminina da precarização, uma vez que no universo dos sujeitos analisados (174 no total) mais de 90% são mulheres e que revelam ter procurado a profissão de ACS pela justificativa de conciliar o trabalho remunerado e com garantias

trabalhistas com o trabalho de casa e o cuidado com a família (principalmente com os filhos).

Nas narrativas analisadas a fala de uma ACS em um grupo focal realizado em 2009 ilustra esta questão:

Assim, 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. (ACS2)

É assim antes de eu trabalhar como agente trabalhava... 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 então isso favorece bastante. 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)

E assim, a minha filha também completou 12 anos. Porque o meu medo era deixar ela só (ACS44)

E depois, eu comecei a trabalhar, quando veio as crianças, eu comecei a trabalhar em casa como bordadeira, mas não era carteira assinada, mas eu sempre trabalhei em casa. (ACS 30)

Resolvi trabalhar como agente comunitária pela flexibilidade do horário, né... A questão dos filhos. (ACS 28, grifo meu)

O que me faz continuar é que eu tô aqui perto da minha casa, a facilidade de passar mais tempo com minha filha, é uma área que eu conheço, eu conheço as pessoas. Eu posso dizer de coração que é um trabalho que eu gosto. (ACS 32)

Eu posso responder por mim, no meu caso eu tenho um filho, meu filho mais velho tem 20 anos, ele tá fazendo faculdade de administração, e aí minha mais nova tem 10. Ela fica em casa passa a tarde toda. Pra mim o trabalho é cômodo. Reúno o trabalho que eu gosto com a comodidade. Pra mim é bom, porque eu tô na comunidade, estou também de olho nela entendeu. No caso, estou trabalhando na comunidade, então ela tem 10 anos tô ali por perto, entendeu. (ACS 26)

Próximo a minha casa. Tem o horário direitinho, eu cumpro o meu horário e para mim está bom. E assim, a minha filha também completou 12 anos. Porque o meu medo era deixar ela só. [...] E aí para mim foi muito bom, foi uma experiência porque assim, aqui a gente aprende muito sobre relacionamento. É uma escola. Eu vejo o PSF como uma escola sabe? E eu acho assim, tudo na sua vida, você tem que aprender com aquilo. (ACS 15)

Pois é, eu entrei na profissão de agente foi assim meio que emergencial, é eu tinha acabado de ter a minha filha não tinha condições de tá saindo e procurando outras coisas, porque eu tenho técnico de laboratório e assim o que apareceu na hora, a minha filha tinha o que, uns 3 meses de vida, o que apareceu na hora foi a contratação pra ser agente comunitário de saúde, tanto que quando eu, cheguei pra me candidatar eu cheguei e falei assim "olha eu não conheço o trabalho de trabalho? não sei o que é, mas eu tô muito disposta a aprender". Porque até então eu tinha uma formação em saúde, mas que era totalmente voltada ao contrário vamos dizer assim, do que é a profissão de agente. Eu era formada pra diagnosticar

doença e todos os agentes etiológicos e tudo, não tinha nada formado pra promoção da saúde, da prevenção, nada disso. Então, eu fui mesmo na, intenção de tá buscando um trabalho e acabou sendo o trabalho de agente comunitário de saúde. (ACS 02)

Os critérios para a escolha do emprego, neste caso, quando ser morador da localidade faz parte não somente da escolha de quem procura o trabalho, mas de um critério pautado na própria lei que cria a profissão de ACS (Lei nº 10507/2002) - (BRASIL, 2002a) induzem ao ingresso da força de trabalho feminina.

A situação de trabalho precário e com face feminina também apresenta similaridade ao cenário em que a enfermagem apresenta possuindo em seu corpo, a predominância de mulheres e que muitas vezes essas profissionais também pertencem às classes populares.

Simões Barbosa et al. (2012) consideram que, relacionado ao trabalho das ACS, as esferas produtiva e reprodutiva estão envolvidas, e traz uma análise sobre o trabalho em saúde, pois no entrelace das duas esferas observamos a reprodução dos mecanismos de exploração das mulheres deste país e, neste caso, não podemos deixar de salientar que esta mulher acima de tudo faz parte de uma classe social, a classe popular/trabalhadora.

Além disto, não posso deixar de mencionar o papel de liderança que a mulher desenvolve dentro das favelas e este fato entrelaçado com tantos outros nos revela o porquê esta mulher se submete a ser ACS: o fato de poder ficar próxima dos filhos, o fato de poder conciliar o trabalho doméstico, o fato de ser uma figura respeitada na favela (até porque, em sua grande maioria, quem chefia a família dentro das favelas é a figura da mulher). Isto explica, em parte, porque tradicionalmente as profissões ligadas ao cuidado são compostas maciçamente por mulheres.

3.2 Categoria 2 – Falta de reconhecimento e valorização

Esta categoria nasce da pergunta: Quais são suas maiores insatisfações como ACS? Aqui, a questão de sentir-se reconhecido como trabalhador, e como sujeito importante para a comunidade e para o setor saúde apareceu em diversas narrativas, ou explicitamente a partir de queixas e denúncias de que não são

ouvidos, de que não há atenção em relação ao que pensam e dizem, ou permeando os diversos relatos que evidenciam que o ACS e seus saberes tendem a ficar invisibilizados dentro do trabalho de equipe. Também os ACS falam das formas como se expressa esta desvalorização, com foco na questão salarial, e também nas limitações que sentem para desenvolver seu trabalho.

A síntese, apresentada no Quadro 2, traz as ideias centrais identificadas e o número de expressões-chave:

Idéias centrais	Numero de Expressões-Chave
Falta de reconhecimento	35
Questão salarial	14
Limites do trabalho como ACS	4

Quadro 2 - IC e Expressões-chave da categoria – reconhecimento e valorização
Fonte: A autora, 2013.

3.2.1 Falta de reconhecimento

Esta IC aparece com 35 narrativas referindo que sua insatisfação maior como ACS, deve-se ao fato de não se sentirem reconhecidos.

Dentro desta narrativa, podemos observar que esta falta de reconhecimento se dá pela própria equipe, pelos governantes, por falta de qualificação sendo que todas elas são atravessadas pela questão de classe. Identifiquei como DSC:

“Eu não me sinto reconhecido”

A vocalização de não reconhecimento por este profissional aponta para os conflitos com a supervisão e equipe técnica de saúde, resultantes da organização do trabalho.

Tanto é que fica bem claro que muitas das vezes tem reunião da Equipe Técnica, 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. Você pode tirar, por exemplo, o tamanho da exclusão do agente de saúde pelos GATs e pela coordenação. Me aponta uma que tem um agente comunitário de saúde? Não temos isso, nós somos uma equipe, qual o diferencial, porque não? Aonde está a explicação disso? Porque não ter um agente de saúde na coordenação de área? Qual o impedimento legal para isso? Então, é cultural já essa

exclusão, infelizmente. Há necessidade urgente de mudança nesse sentido. Para que o Saúde da Família hoje dê certo no Rio de Janeiro tem que mudar as políticas e o entendimento tem que ser mudado. Hoje o profissional agente comunitário de saúde ele não consegue um acento no Conselho Distrital de Saúde como profissional, muito menos no (Conselho) Municipal, então da onde vem isso, por que isso com essa categoria? Então o agente comunitário de saúde ele fica isolado, totalmente isolado, aonde não se vê empenho da parte desde a supervisão de Área, em alguns casos, muitos casos, até a coordenação de CAPs, de resolver problemas do agente comunitário de saúde, de resolver situações que acometem o agente comunitário de saúde. Se vê muito resolver problemas de médico, enfermeiro, técnico, dentista, mas o agente comunitário não. (ACS 6)

A gente não tem reconhecimento, né? A gente é igual o programa fala, a gente “é parte fundamental do programa”, 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 102)

Não é reconhecido nem como profissional de saúde, nós não somos. Essa é uma das nossas insatisfações dentro do nosso trabalho. (ACS 8)

Há também a incompreensão do ACS como um profissional pertencente a equipe e não apenas comoum mero cumpridor de tarefas.

Joga tudo em cima da hora é obrigado. (ACS 36)

[...] Eles nem respeitam a atribuição real do Agente Comunitário de Saúde, parece que eles não estão nem aí para o nosso trabalho a nossa vida. (ACS 40).

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)

Para compreendermos como se dá um certo reconhecimento na sociedade capitalista, teremos que voltar ao conceito marxista de que esta construção é realizada a partir do modo com que são produzidas e reproduzidas as relações sociais.

Estas relações sociais são frutos de um determinado modo de vida, cotidiano, práticas culturais e políticas imergidas numa sociedade capitalista e a forma com que a equipe muitas das vezes trata o ACS revela a trama destas relações nos conflitos que aparecem nas equipes. Como é verificado na fala: “mas a equipe não sei até que ponto o reconhece 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.” (ACS 2)

Estes conflitos são resultantes de uma expansão do capitalismo que fortalece a classe dominante e tenta enfraquecer a classe trabalhadora. Segundo Antunes (2004), a classe-que-vive-do-trabalho experimenta situações que não afetam apenas a materialidade, mas a subjetividade e a consciência deste trabalhador.

Nesta perspectiva, sobre a produção de mecanismos de desvalorização do trabalho do ACS, Bornstein (2007) identifica em seu estudo sobre o processo de trabalho do ACS, práticas de desvio de função deste trabalhador. Com frequência, os ACS são convocados, no seu cotidiano de trabalho, para atividades não usuais, e que se apresentam como um tipo de “emergência” a ser resolvida, o que os leva a referir-se, sobre si mesmo, como um trabalhador “bom-bril”- aquele que serve para qualquer coisa, a qualquer momento.

É mais obrigação, mais obrigação e reconhecimento nenhum. Eu acho que o agente comunitário, ele tá muito... Como se diz? Ele é muito explorado e pouco reconhecido. Eu acho que deveria se valorizar muito a profissão ACS, pois é o agente comunitário ele que tá na vida cotidiana do paciente, ele é que pega as rebordosas na rua. É muita gente que chega (ao módulo) insatisfeita, até por outros lugares e quando você chega, conversa, você o conquista a trazer ao PSF. Onde eles começam aprender, a conhecer o que é um PSF. (ACS 17)

Para a autora, a recorrência deste fenômeno deve nos fazer refletir sobre a desvalorização do trabalho do ACS como mediador no trabalho educativo. Acrescentamos também que a desvalorização denota a compreensão do trabalho do ACS como de baixa complexidade, como se seu trabalho não possuísse um valor real em relação ao restante da equipe.

Assim, primeiro 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 ... (ACS 1)

Eles vêm mais, é, é a equipe técnica mesmo que fatalmente trata a gente de forma diferenciada. (ACS 30)

não como alienado, como foi colocado, ou muitas vezes como um office-boy de luxo, que vai entre o médico, entre o enfermeiro e o paciente, mas olhar pra esse lado, mas não tem nada assim. (ACS 58)

A minha insatisfação acho que é a de todos os agentes, todos devem falar a mesma coisa. Porque se fala muito no agente, fala que a gente é o mais importante da unidade, sem a gente não funciona, não anda, que todo mundo precisa da gente pra andar, pra ir pra frente. E a valorização se fala muito, falar se fala muito, mas de retorno para gente mesmo de coisas concretas a gente não vê. Acho que essa é a insatisfação de todos né, não é só a minha. É a falta de reconhecimento na prática, pois fala isso todo mundo fala, que a gente é isso e aquilo, mais na realidade mesmo a gente não vê isso. (ACS 12)

É agente de saúde não é marcador de consulta. Então o nosso trabalho a gente tá parando de fazer. Porque a gente não tem liberdade de tá fazendo. Então isso desestimula muito a gente. (ACS 19)

Eu acho que é, uma falta de reconhecimento. Por que nós, nós vamos até as pessoas, nós somos aqueles que captam realmente os problemas das pessoas e passamos por determinadas situações, e não somos reconhecidos. Porque eles costumam falar que o ACS é o braço, é como as pernas do programa, só que na

verdade, nós não somos vistos dessa forma, eles só mandam funções e funções, obrigações e obrigações e sem se preocupar com nossas insatisfações, com nossas angústias, com nossos problemas, não enxergam a gente como ser humano. (ACS 20)

sempre pensei que o PSF é... O PSF em si, ele vem do agente comunitário, porque quantos agentes comunitários... Somos nós que lá fora, detectamos o que está acontecendo, a prioridade que tem que ser trazida, tudo começa com o agente comunitário, porque se colocar só a gente que trabalha aqui dentro viraria um posto de saúde, as pessoas tinham que vir, ficar na fila, ver o que é e deixa que ser, aqui não quando o paciente chega aqui a pessoa que vai atender, seja o profissional médico ou dentista ou a enfermeira, ele já sabe até a qualidade de vida daquela pessoa, a situação financeira daquela pessoa, porque quando o agente passa o paciente para a gente, a gente fica por dentro do que está acontecendo com aquela família, porque a gente não vê o paciente, a gente vê a família, mas quem traz a família, quem traz os probleminhas que passam naquela família, a situação daquela criança, ou daquele idoso, ou daquele acamado que a gente vai visitar, é o agente, é ele que vai lá dentro da casa do paciente todo mês, ou às vezes até quem sabe até todo dia, a gente tá aqui dentro não sabe, porque tinha paciente meu que eu tinha que ir todo dia, porque se não fosse, a situação fica difícil, então quem trás pra cá é o agente, não quer dizer que o agente é melhor que o médico, claro que tem a hierarquia tudo envolve um trabalho, mais que tem que ser mais valorizado isso com certeza, tem que ser bem mais valorizado até porque ele é a peça principal do nosso jogo de xadrez, sem ele a gente não é nada aqui dentro, buscar na rua? Como que vamos buscar na rua, não tem como, é ele lá fora é ele lá fora, é ele que conhece a família, ele sabe o dia a dia daquela família, e ele sabe como fazer para chegar aqui dentro. (ACS 23)

Então, você vê que é um trabalho importante, é uma coisa importante. Mas na gestão, eu não vejo muito incentivo, já até falei, valorização. Eu acho que precisaria de um apoio maior, porque acho que assim, é a gente que traz as informações da comunidade. (ACS 27).

É, minha maior insatisfação é: a forma com que as pessoas vêem o Agente Comunitário de Saúde. Isso me entristece muito, porque nem sempre eu fui Agente de Saúde, entendeu? Então eu tenho, assim, visão de quem é o Agente de Saúde. De que tipo de pessoa é, dessa comunidade aqui. Eu nasci e fui criada nela, eu moro em Inhoaíba desde que eu me entendo por gente, saí daqui pra casar e voltei, retornei pra morar aqui. Já vi de tudo aqui, tudo que você possa imaginar dentro desta comunidade. Então, é, eu. (ACS 29)

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. Não são nem no conceito nem na prática, porque, na prática, se o Agente de Saúde não trouxer, não tem trabalho para os demais técnicos. E no conceito também é uma questão de humanidade, de grandeza interior, porque pra mim não existe um trabalho mais importante nem mais digno que o outro, desde que honesto trabalho é trabalho, e é digno sempre seja ele qual for. 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)

[...] É um trabalho também estressante? É um trabalho estressante. É um trabalho que exige você é muito cobrado, entendeu R.? A comunidade cobra muito. A comunidade ela cobra mais o agente comunitário do que os outros profissionais. Isso tem uma explicação óbvia, né? O agente comunitário é o cara que vai lá, né, que tá lá participando da família e você passa a ter uma certa intimidade com o morador... O que é normal também, que é o que se chama de vínculo, né? Isso tá estabelecido pelo programa, né? (ACS 32)

Olha, existe um preconceito grande por parte dos outros profissionais, porque... O quê que acontece? Eu não posso falar nem... Meio... Nem de maneira específica, apontando pra você quem seria, até porque não tem mesmo, tá? Tô sendo bem franco com você: não tem essa pessoa, assim. É... É uma coisa geral, né? 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, ou que a qualificação na cabeça deles sejainformação? Tá bom!". Eu não sei o quê que passa pela cabeça dos gestores, não sei. Eu acho que os agentes comunitários deveriam ter esses cursos de capacitação. É importante. Não é só o cara cobrar o salário, eu acho que o salário ele tem que vim da... De como você trabalha, da tua produção, entendeu? Eu acho que é isso. Então, não é o agente comunitário somente cobrar melhores salários, não, não é isso. A gente quer um retorno também, a gente quer crescer na profissão. Enquanto eu tiver aqui, que eu não sei quanto tempo tô aqui, mas enquanto eu estiver aqui, eu queria ser mais bem capacitado, até pra que se cobrar melhor remuneração. (ACS 32)

Então existe esse preconceito. O agente comunitário tá na favela, poxa, a verdade é essa. 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)

Uma brincadeira, que os ACS são os 'Dalits' (referência a uma casta do hinduísmo). Porque existe, eu sei que existe a hierarquia e ela tem que ser respeitada, mas eu acho que o respeito é com o ser humano. O que atrapalha aqui dentro do módulo é que eles usam o pessoal em vez do profissional "Porque eu tenho um CRM, eu mando você calar a boca e você tem que ficar calada, você tando certa ou não. Porque eu tenho um CRM e você não tem. Eu tenho COREN e você não tem". Eu acho que a pessoa ela não é um CRM e nem um COREN. Então, isso é... Chateia. Isso chateia. Até porque, não é porque eu não tenho COREN que eu sou menos inteligente do que quem tem. Eu, simplesmente, não quis fazer, eu não escolhi esta profissão para mim. Então, não é porque eu tenho um posto acima de você que eu não vou te ouvir. Até porque o ACS ele é que, verdadeiramente, sabe o quê que tá acontecendo. Porque se eu não trouxer os pacientes lá de fora, aqui não vai funcionar. (ACS 33)

A luta dos ACS por regulamentação da profissão também é destacada:

O ACS é ligação entre a comunidade e a equipe, mas na prática não é isso que acontece. O ACS aprende que deve estimular que o cidadão exerça sua cidadania, mas os governos não reconhecem a profissão regularizada, não existe cargo de ACS no município, em contra partida os colegas da equipe (médico, enfermeiros) têm cargo na prefeitura, mesmo sendo o principal da equipe os ACS exercem funções que não são deles. (ACS 34)

Não podemos deixar de discorrer sobre a luta por regulamentação já que esta consiste em uma forma de enfrentamento das diversas formas de sofrimento deste profissional como utilização de estratégias de defesa para minimizar do sofrimento, através de uma ressignificação e tentativa de transformar este quadro de falta de reconhecimento a categoria luta por profissionalização, melhores salários e

reconhecimento perante a equipe quando sugerem e consegue inserir na Lei nº 11.350, a forma de contratação através de CLT e processo seletivo, na tentativa de mostrar que este trabalho possui capacidade suficiente de passar por processos de validação como as provas de seleção assim como qualquer outro integrante da equipe.

3.2.2 Questão salarial

Esta IC aparece com 14 narrativas referindo que sua insatisfação maior como ACS deve-se ao fato da questão salarial. Construiu-se o DSC:

“O que mais me incomoda é o salário”

A desvalorização vem acompanhada da precarização do trabalho. No caso dos trabalhadores sem formação específica, no geral, a baixa remuneração é motivo para insatisfação destes trabalhadores:

O salário é pouco. (ACS 52)

O ACS não tem aumento, o seu salário apenas é equiparado ao mínimo. Rio de Janeiro não há repasse de verba para o salário do ACS apenas o valor do M.S e em outros Estados cm São Paulo o ACS ganha R\$ 800,00. (ACS 36)

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. (ACS1)

E outra, o salário mesmo né? Que a gente sabe que a gente não tem reconhecimento, né?(ACS 13)

E não é reconhecido isso, né? Muitas vezes não é reconhecido. E não reconhecido também falando da parte do salário né? Que o nosso salário, hoje em dia... No início a gente ainda ganhava um pouquinho mais que o salário mínimo. Agora a gente tá ganhando um salário mínimo. Isso também às vezes desmotiva a gente, né? A gente sabe que a gente tem o nosso valor, a gente se empenha e na hora do reconhecimento, não é reconhecido, né? (ACS 7)

Uma que, quer queira, quer não, o lado financeiro conta. Já que nós somos importantes, porque né? Não olhar pra esse lado material, financeiro, que a gente quer trabalhar, mas a gente quer melhorar materialmente, quer crescer também, já que somos importantes. E outra coisa, tá sendo injusto com os outros profissionais. (ACS49)

Só o atraso de salário. O salário atrasa e atrasa vida de todo mundo, porque deixa de pagar o curso, deixa de pagar minhas coisas, mais o que? E... Sei lá é tanta coisa né? Que a gente fica insatisfeita. (ACS 11)

É, as vantagens né, tanto é que trabalhando como agente eu ganho menos do que ganhava, mas eu ia ganhar por outro lado, que era o tempo para mim poder estudar, fazer outras coisas e ter tempo né. (ACS 12)

A minha é como a de todos, é o salário. Acho que é mais o salário mesmo, por conta de tudo que nós fazemos aqui, de tudo que a gente aprende, a responsabilidade que a gente tem de passar, as coisas para as pessoas, de ter que estar buscando os problemas, eu acho que nós deveríamos ser um pouco mais reconhecidos, em relação ao salário, mas eu acho que a insatisfação é mais em relação ao salário. (ACS 22)

[...] Como vendedor eu ganhava até bem mais. Eu não deixei de vender, eu tenho um trailer aqui dentro também, então, eu tenho outra fonte de renda porque não dá pra me sustentar e sustentar minha família só com o dinheiro de agente comunitário. Então, eu tive que buscar outras alternativas, né? (ACS 41)

Veja bem, Roberta, eu já sabia quanto eu ia ganhar, ninguém me enganou, entendeu? Então, eu não peço nada, eu não cobro aumento, eu não cobro nada. A única coisa que eu acho que eu merecia receber era o dídido, porque o dídido é respectivo a todas as categorias, então, é do trabalhador o dídido. Mas eu não cobro nada, não cobro aumento de salário, não cobro nada. Eu já sabia quanto eu ia ganhar, e é por isso que eu estudo, porque eu quero algo melhor. Como todo mundo, né? As pessoas querem alguma coisa melhor, só que, às vezes, eu acho que a pessoa busca errado. (ACS 56)

Você sabia quanto você ia ganhar, né? Meu discurso também não é um discurso hipócrita do tipo, é... Poderia ter um maior empenho até da prefeitura pra resolver essa questão salarial, que eu acho que é importante. Eu acho que agora a coisa tá bem mais aberta, antes não existia um diálogo como existe hoje. Então, eu acho que tudo tá caminhando pra que os agentes comunitários, futuramente, não sei precisar em quanto tempo seria isso, teria uma... Mais satisfação, né, pro seu trabalho. A questão salarial implica também nessa satisfação, mas eu também não me deixo enganar. Volto a repetir, quando eu vim pra cá, eu já sabia quanto eu ia ganhar, então, eu não reclamo disso. Eu acho que eu tenho que melhorar, tenho que me capacitar pra partir pra uma função que me remunere melhor, embora eu ache que o piso tá muito abaixo, não é nem o piso, né, é um salário mínimo, isso não é um piso. Na verdade, o piso tá sendo votado agora, ainda não foi sancionado pelo presidente, enfim, não sei se você tá acompanhando essa questão toda. Então, tá pra surgir uma coisa melhor pra gente na questão salarial. Mas eu não me deixo enganar, eu já sabia quanto eu ia ganhar. Enfim, então, eu procuro cumprir com as minhas atribuições desde que eu cheguei aqui, né? (ACS 33)

O salário. O salário deixava muito insatisfeita, porque trabalha muito. É um trabalho árduo. Se tá chovendo, você tem que ir pra rua; se tá calor, você tem que tá, sempre tá na rua. É O salário. Eu acho que é merecedor que ganhe mais, pelo que faz... anda muito. É trabalho árduo. (ACS 32)

Mais respeito, mais reconhecimento, um salário mais, assim, digno, por que é muito pouco o que o Agente ganha, e mais respeito também, né? Eu gostaria muito, sabe, quando falam assim "lh, parece que vão efetivar o agente", aí eu falo assim "Ai, gente, tomara!". Eu não sou mais Agente, entendeu, mas eu acho que quem passa por Agente e, depois, é técnico tem uma outra visão do Agente, porque ama mais, porque respeita mais, sabe, você entende mais. Então, tem que perceber isso aí. Eu assim, torço pra que haja algumas melhorias pra que eles venham, assim, ser mais reconhecidos também. Eu acho que eles tão muitos, se expõem muito, até porque dentro da comunidade, na verdade, é eles que se expõem. (ACS 34)

A questão do salário né, que é assim, antes de eu entrar eu ganhava um pouquinho mais né e eu fiquei, pelas atribuições que você tem que fazer né, assim o salário é pouco, é pouco estou sendo sincera, entendeu? É pouco, a insatisfação é essa, porque às vezes fica muita coisa, muita coisa, muita coisa e você ganha pouco, aí você fica desestimulada. Assim, às vezes eu acho que com o salário, a gente é mal interpretado, alguns assim devido a

baixa escolaridade têm dificuldade de [...] é uma série de coisas, é complicado você se aprofundar nessa questão agora, eu vejo tanto o lado do agente, como o lado também da equipe técnica, de quem tá lidando com a gente. (ACS 2)

A baixa remuneração possui ligação com a baixa escolaridade exigida, e da escassa oferta de formação profissional como curso técnico. Entretanto, atualmente a discussão da Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (CONACS) esteja em torno do piso salarial, tomando a questão econômica como central nesta discussão.

Santos (2008) e Sobrinho (2001) são unânimes em apontar que a desigualdade de renda está diretamente relacionada a desigualdade na educação sendo o mercado de trabalho muito mais um transformador de desigualdade do que um gerador dela, ou seja, quando um trabalhador entra neste circuito ele já é fruto de diversas desigualdades.

Para Pereira e Ramos (2006), a formação precisa ultrapassar a lógica de reprodução do capital, pois a classe trabalhadora frequentemente é formada apenas para garantir força de trabalho produtiva para o capital. Formar indivíduos numa perspectiva transformadora consiste em incluir o aprendizado de ferramentas suficientes para que exerçam sua cidadania.

O que podemos observar é que desenvolver como formação treinamentos oferecidos com carga horária de uma ou duas horas, e considerar este trabalhador como capacitado, favorece um tipo de qualificação que visa meramente a expropriação e exploração do trabalho, para ser utilizado em forma de produção, sem vislumbrar a reflexão sobre as práticas e sua inserção no trabalho em saúde.

Em diretriz estabelecida pelo MEC e MS (BRASIL, 2004, p. 6), há menção da importância da formação vinculada ao trabalho deste:

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 posto mesmo, a necessidade de sua formação, feita em nível técnico e reafirma a intenção governamental de associar educação profissional à elevação da escolaridade.

Quando se toca na questão econômica o conceito de mais valia principalmente dentro do escopo deste trabalho precisa ser levado em consideração, pois, é o que favorece que uma minoria se aproprie de grande parte do que a maioria trabalhadora produz.

Para que esta apropriação da produção aconteça, é necessário um controle social. Há uma relação de poder entre os atores envolvidos colocando em cena os mecanismos de coerção entre explorador e explorado.

A exploração produz um meio no qual as desigualdades são justificadas sobre o que é produzido. Em um sistema de produção atrelado a relações sociais, como no trabalho em saúde, isto é demonstrado de diversas formas, sendo a questão salarial é apenas mais uma, legitimando a falta de educação, negada historicamente, não apenas aos ACS, mas às classes populares, e fortalecendo posições de autoritarismo da equipe em relação aos ACS. Vale lembrar que, durante quinze anos, os critérios para seleção do ACS foram apenas saber ler e escrever. Como não associar isto a uma população explorada e destituída de direitos?

Ainda refletindo sobre todo este cenário, e imersa na teoria marxista a partir do texto de Waitzkin (1980), pergunto-me como podemos ter a ESF retratada nos documentos, principalmente após a NOB 96, como uma estratégia para mudança de modelo, se possui seu principal profissional perpetuando as formas de exclusão dos direitos à cidadania.

Waitzkin (1980, p. 6) faz um comentário pertinente sobre este olhar:

O ponto de vista marxista questiona se os melhoramentos mais importantes no sistema de saúde podem ocorrer sem transformações profundas na ordem social mais ampla. Um avanço neste campo- um postulado que também é aceito por muitos não marxistas – é que os problemas do sistema de saúde refletem os problemas da sociedade como um todo e não podem ser separado deles.

Portanto, isto implicaria em uma transformação política e cultural nos serviços de saúde, com seus trabalhadores, modificações estas que precisariam ser tratadas tendo como primeiro plano as desigualdades estruturais geradas pela forma de produzir e distribuir a riqueza do país.

3.2.3 Limitações do trabalho do ACS

Esta IC aparece com quatro narrativas referindo que sua insatisfação maior como ACS, deve-se ao fato do trabalho ser limitado. O DSC construído é:

“O meu trabalho é muito limitado”.

Em trabalho de final de curso de graduação desenvolvido em 2009 com ACS do Rio de Janeiro, este discurso também se apresentou como situação complexa, pois por diversas vezes os ACS se deparam com situações que extrapolam seu campo de ação, o que foi entendido pelas autoras como situações em que os ACS se deparam no cotidiano e são difíceis de resolver, por ausência do Estado e/ ou inoperância do Sistema de Saúde, gerando neste trabalhador uma carga de sofrimento devido ao sentimento de limitação (GRAJAUÍ; CARMO; SOUZA, 2009).

Uma família hiper problemática, a mãe tem câncer no cérebro tem 30 anos, o marido tem 50 anos é cardiopata grave, são 4 crianças, a menorzinha de um ano tem anemia falciforme. É uma família bombástica e você fica sem saber o que fazer para dar um pouco de conforto para esta família. (ACS 58).

E essa parte que ela falou da questão de você se deparar com muitas situações e você não conseguir às vezes ajudar as pessoas, você ficar ali, vamos dizer... Impotente. (ACS 71)

O que me chama mais atenção é que eu me questiono bastante, eu paro e penso a resolutividade que tem o trabalho. O ACS ele se dá, porque querendo ou não, você se envolve com problemas, por exemplo, eu tenho 160 famílias, e eu tô envolta com todos eles, e você têm que separar o seu pessoal do profissional. Muita coisa você poderia resolver, mas por causa dos tramites de dentro do módulo, você não consegue resolver, é meio frustrante. (ACS53)

Com frequência, há desproporção entre a solução esperada pela população e a apresentada, desencadeando uma série de esforços do ACS para superar os problemas identificados, tanto pelo próprio, como pela equipe de saúde da família. Também se observa no cotidiano que expectativas de várias naturezas são depositadas no ACS como: identificação, iniciativa, busca e resolução de problemas, dentre outras, que quando não correspondidas este trabalhador se sente pressionado, principalmente pela comunidade.

É muita demanda. Porque são problemas que a gente leva, a gente dá orientação. (ACS 64)

Mas, podemos, por diversas vezes, observar que o ACS se sente é reconhecido pela população, sendo um fato que o motiva a continuar no serviço.

A comunidade não, a comunidade vê como um apoio entendeu? A comunidade tem muito carinho pelo Agente Comunitário. (ACS 29)

Este apoio pode ser entendido como uma consciência de classe, para Marx “a classe oprimida é munida de sua própria consciência”, pois o fato de conviverem numa realidade demarcada pelas formas de produção e como esta é repartida entre

as classes, favorece uma consciência e uma identificação entre o ACS e a morador, facilitando a mediação realizada.

Não, a maioria das pessoas é... do... em volta da gente, em torno da gente. A comunidade não, a comunidade vê como um apoio entendeu? A comunidade tem muito carinho pelo Agente Comunitário. Têm casas que você não consegue sair, tem casas que eu tenho dificuldade de sair sem tomar um café. (ACS 29)

Em relação a comunidade, foi o que eu falei: a comunidade gosta do nosso trabalho, apesar dos problemas que em todos os lugares têm, né, de algumas resistências. Mas assim, a gente é bem aceito na comunidade. (ACS 27)

Na comunidade, pelo menos na minha área eu vejo reconhecimento das pessoas. Elas entendem que... ah vê a gente trabalhando nesse sol, nossa debaixo dessa chuva...eles reconhecem o nosso trabalho e vê que o nosso trabalho é difícil entendeu? É, até os profissionais aqui também, os supervisores, alguns né, reconhecem isso. Claro que tem pessoas de diversas formas né, e que entendem de diversas formas. Mas assim, a maioria deles também reconhece entendeu, o nosso trabalho. (ACS 20)

Podemos perceber pelas falas que existe reconhecimento por parte dos moradores aos ACS e que de alguma forma seria a parte prezeirosa do trabalho, realizar algo por estas pessoas próximas ao seu convívio.

Autores, como Nogueira, Silva e Ramos (2000, p.7), apontam o papel social do ACS no qual lhes confere “legitimidade e eficácia humana ou cultural” ao perfil deste trabalhador. Os autores afirmam que estes atributos sociais são: “valores culturais compartilhados, com a confiança que o ACS desperta nas pessoas, com sua liderança natural e com uma ação que não se restrinja aos objetivos da saúde.” (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000, p.10).

Problematizar este papel social se faz necessário, pois esta “confiança que desperta nas pessoas” não se dá de forma naturalizada, como induz a interpretação do texto extraído na íntegra acima, pois as classes populares possuem até como forma de sobrevivência suas redes formadas. O que a inserção de trabalhadores comunitários apenas faz é aproveitar estas redes de integração pré-formadas (e há tempos) para inserir e dar eficácia às ações de saúde.

4 CONCLUSÃO

Ao estudar este tema e investigar a respeito dos ACS e como se configura seu reconhecimento social e profissional, a partir do conceito de classe, percebo que a literatura não mergulha nesta categoria, apenas aponta como um dos problemas no trabalho dos ACS a falta de reconhecimento, sem avançar ou problematizar a questão.

Percebo que a percepção/sentimento de classe dentro do universo pesquisado é vocalizada em todas as narrativas. Exatamente em cada discurso podemos perceber algum elemento que senão nos remete a, é explicitamente narrado sobre este reconhecimento de classe e sobre o conflito entre classes.

Todo cenário descrito me faz refletir sobre como o papel deste ACS se configura no serviço de saúde e como se revela sua trajetória e de tantos outros trabalhadores brasileiros a partir da dificuldade ao acesso de direitos básicos, como: educação, renda, trabalho, na própria negação de direitos à cidadania.

Foram identificadas questões que subsidiam e formam um pano de fundo e outras questões que são centrais a todo este estudo, e que poderiam e deveriam levar a estudos mais aprofundados. Como pano de fundo, podemos elencar:

- a) o fato de estar desempregado ou em formas de subemprego e isto ser a maior motivação em ser tornar ACS;
- b) se sentir motivado para atuar como ACS, pois a veiculação do processo seletivo o faz acreditar que será contratado por um estatuto gerando um sonho em ser funcionário público para sair de um exercito de reserva, e ter garantias trabalhistas sólidas, afastando a possibilidade de voltar a estar desempregado;

Já como questão central, podemos destacar:

- a) o fato de ser morador de uma favela e, portanto, historicamente colocado na margem de todo de um sistema o faz pertencente a uma classe social, a classe trabalhadora;
- b) a grande maioria destes trabalhadores são mulheres e mulheres dentro de uma favela que precisam estar perto de casa para exercer seu papel também como educadora dos filhos, mas, além

disso, precisa aumentar sua renda ou até mesmo exercer seu papel como provedora de uma família inteira o que não deixa de sinalizar sua classe social;

- c) a questão salarial retrata um pertencimento econômico, a princípio a uma determinada classe social, a classe explorada pelo capital.

O pertencimento a uma classe social historicamente explorada é trazido à tona quando este ACS relata não ser reconhecido pela equipe e isto representou grande parte das narrativas analisadas. Isto fica claro quando a equipe o coloca para realizar outras tarefas que não são de sua competência sendo o “faz tudo da unidade”. Além de não reconhecê-lo como um profissional pertencente à equipe e que precisa fazer parte do planejamento das ações.

Apesar de não fazer parte do escopo deste trabalho questiono inclusive a forma com que esta equipe encara a participação do usuário no plano terapêutico, pois se não consideram o ACS como uma pessoa capaz de participar das decisões da equipe, será que o mesmo não acontece pelo fato do usuário pertencer a mesma classe social deste trabalhador?

Refletir sobre o sentimento e o pertencimento de classe social leva também a questionar sobre os motivos pelos quais temos, no Brasil, hoje, quase 300 mil ACS. Que papel exatamente este trabalhador está tendo, dentro da trama social de produção social da saúde brasileira?

As expressões de satisfação, vínculo e compromisso com sua comunidade, apesar das inúmeras demandas diárias, aponta para uma outra lógica de produzir relações sociais para produzir saúde, que no entanto parece possuir valor apenas nos discursos dos textos oficiais.

Podemos também nos perguntar a respeito do futuro desta profissão. O que acontecerá com os ACS, neste contexto que cada vez mais o coloca como mero auxiliar não qualificado de apoio às ações de saúde de base tecnicista?

Inclusive observamos nas narrativas que muitos ACS deixam a profissão, motivados às vezes, pelo próprio trabalho procurando aumentar sua escolaridade ou até por insatisfação do que está sendo obrigado a desenvolver.

Em diversas narrativas é exposto que fala principalmente da gestão é que este profissional é os olhos da equipe e que seu trabalho é de fundamental importância, mas surge um questionamento se é de fundamental importância, porque este trabalhador não é tratado e até inserido no serviço de modo a ser

considerado como ator fundamental para reorientação de modelo proposta pela ESF?

Diante disto podemos nos perguntar sobre o papel desempenhado atualmente pela ESF como estratégia de mudança na reorientação de modelo de atenção à saúde e como consolidação do SUS, pois pensar no ACS apenas como um faz tudo sem devido reconhecimento, formação e condições na qual desenvolva seu papel como um trabalhador singular não apenas na mediação de saberes, mas também nas práticas de saúde.

Posso perceber presente neste contexto a força de um modo de produção que aliena o trabalhador, destituindo-o do seu processo de trabalho e reforçando a estrutura de classes presente na sociedade. E isto interfere no reconhecimento social e profissional do ACS.

Apesar do discurso que reconhece o valor social do trabalho não o vemos na prática um reconhecimento deste profissional, quer seja pela equipe, pelas ações, no tratamento com os ACS, e até na questão nas questões mais amplas como, por exemplo, na oferta pelo curso técnico ou até por uma remuneração mais justa.

A profissionalização ganha força, assim como a ampliação da escolaridade, pois seria a tentativa de ser mais reconhecido, embora eu tenha dúvidas sobre a esta legitimação do ACS após a conclusão do curso técnico. Não quero afirmar que não seja importante, pois tenho convicção, pela minha própria experiência, de que é; pois sei que não se trata de um trabalho simples daí a importância de legitimá-lo com suporte teórico. Mas fundamentá-lo em relações sociais mais justas é de suma importância para que realmente mudar o cenário da saúde neste país, pois como dito anteriormente, o ACS é um morador da comunidade e se este não merece reconhecimento fatalmente esta configuração irá ser refletida no usuário que faz parte de uma dada classe, a explorada.

O fato do processo saúde-doença na ESF estar ainda pautado na lógica biomédica, mesmo que o discurso caminhe em outra direção, dificulta a participação de todos os atores envolvidos, do usuário aos outros profissionais, e em particular os ACS, que se situa em uma classe social pré-definida. A lógica de manter uma ideologia biomédica aparta todas as premissas de interferir nos determinantes sociais da saúde, favorecendo assim um posicionamento que enfraquece a autonomia de todos os profissionais da equipe.

A questão de gênero, tão forte na nossa sociedade, também apresenta-se marcante neste contexto do setor saúde, e no recorte que faço, analisando o reconhecimento social e profissional do ACS, vejo que são reproduzidos mecanismos de exploração das mulheres. Vale destacar que não é qualquer mulher, mas sim uma mulher que já está em uma classe social explorada, e que vai para o mercado de trabalho para muitas vezes garantir a subsistência da família. E traz consigo toda uma bagagem comunitária.

Transformar o modelo de atenção à saúde requer necessariamente transformar primeiramente a forma relacional com que este trabalhador é visto, permitindo que direitos inerentes a todo cidadão como o da educação e de renda sejam de fato respeitados e colocados em prática.

Vislumbrar mudanças efetivas requer que interesses muitas vezes opostos sejam confrontados para construção de políticas públicas, sendo um avanço, mas que por si só não mudam o cenário (se fosse assim só o arcabouço jurídico do SUS se valeria) mas, necessitam de vontade política para que seja realmente colocadas em prática.

Ao redigir esta dissertação faço como uma forma inclusive de busca de libertação da opressão vivenciada antes como ACS, outrora como enfermeira e atualmente como gerente de unidade, pois a hegemonia do pensamento biomédico interfere em todos estes papéis.

Escolher como metodologia o DSC me fez refletir o quanto este ACS está insatisfeito com a atual configuração do seu trabalho, não sendo reconhecido. Suas narrativas me fizeram associar seu estado com a obra expressionista *O Grito*, de Edward Munch, a qual apresento:



Figura 1 - O Grito
Fonte: Munch, 1893.

Ao pesquisar sobre esta obra me deparei com um artigo de Seligmann-Silva (2003) que diz: “a arte desde romantismo tendeu cada vez a apresentação do “real” daquilo que escapa do simbólico”. Portanto, comparo as falas analisadas como um grito que não ecoa, mas que desespera o oprimido, o grito não ecoa, mas distorce o ambiente natural.

Atualmente, a situação nas ESF de todas as A.P pesquisadas (e ousou dizer que isto se estende ao município do Rio de Janeiro), é de encarar os ACS como apenas um cumpridor de tarefas (ou devo dizer metas?), e que faz parte de uma engrenagem para alcançar indicadores para repasses financeiros.

Espero que este “grito” ecoe em algum momento e que esta dissertação não seja apenas mais uma pesquisa, mas que sirva como mais um instrumento para somar e ajudar no eco deste grito, que acredito ser não só do ACS, mas de todos que acreditam ser possível um sistema de saúde mais equânime e integral para todo cidadão.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. **A dialética do trabalho**. São Paulo: Expressão Popular, 2004.

AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G. M. S.; MARINHO, L. F. B. Mulher, saúde e trabalho no Brasil: desafios para um novo agir. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 281-290, abr./jun. 1995.

AYRES, L. F. A. As enfermeiras visitadoras da cruz vermelha brasileira e do departamento Nacional de Saúde Pública no início do século XX. 2010. 162f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BATISTELA, C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F. (Org.). **O território e o processo saúde- doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007. p. 25-49.

BERMAM, R. Do dualismo de Aristóteles à dialética materialista a transformação feminista da ciência e da sociedade. In: JAGGAR, A.; BORDO, S. (Org.). **Genero/ corpo/ conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.

BORNSTEIN, V. J. **O agente comunitário de saúde na mediação dos saberes**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

BORNSTEIN, V. J.; DAVID, H. M. S. L.; ARAUJO, J. W. G. Agentes Comunitários de Saúde: a reconstrução do conceito de risco em nível local. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v.14,n.32,p.93-101, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-3883201000010008>. Acesso em: 05 dez. 2011.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Cienc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 259-268, 2008.

BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BRASIL. **Lei nº 10.507**, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providencias. Brasília, DF, 2002a. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/lei10507_10_07_02.pdf> Acesso em: 30 nov. 2011.

BRASIL. **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 nº51 de fev de 2006, e dá outras providências. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03_Ato2004-2006/2006/Lei_11.350.htm>. Acesso em: 30 nov. 2011.

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/fulltex/pc/monografias/ms/referencial_Curricular_ACS.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: **DesprecarizaSUS**: Perguntas & Respostas: Comitê Nacional Interinstitucional de desprecarização do Trabalho do SUS. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília, DF, 2006c. 300p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf>. Acesso em: 14 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde**: um pacto tripartite. Brasília, DF, 2002b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contratacao_agentes.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2011.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.

CANDAU, M. G.; BRAGA, E. Novos rumos para a saúde pública rural. **Rev. Serv. Esp. Súde Pública**, v. 2, n. 2, p. 569-590, 1948 apud RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. O serviço especial de saúde pública e suas ações de educação sanitária nas escolas primárias (1942-1960). **Educar em revista**, Curitiba, n. esp. 2, p. 277-290, 2010.

CASTRO, R. P. Trabalho abstrato e concreto. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

CHAUÍ, M. **Brasil, mito fundador e sociedade solidária**. 5. ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMARIOS À SAÚDE. Declaração de Alma-Ata, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.com.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2011.

CUETO, M. The Origins of primary health care and selective Primary health Care. AM J Public Health, p. 11, nov. 2004 apud LACERDA, A. **Rede de apoio social no sistema da dádiva**: um olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do Agente Comunitário de saúde. 2010. 197f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

DAVID, H.M.S.L. **Abordagem interdisciplinar dos novos processos e configurações de trabalho em saúde**: o caso dos agentes comunitários de saúde. Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio de Janeiro, Edital Prioridade Rio, 2007. Projeto de Pesquisa.

DAVID, H. M. S. L. **Sentir saúde**: a religiosidade como categoria metodológica no trabalho de educação em saúde junto às classes populares. 2001. 249 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

DURÃO, A.V.; MOROSINI, M.V.G.C.; CARVALHO, V. Os agentes comunitários de saúde e o conceito de comunidade na configuração de sua qualificação. In: VIEIRA, M.; DURÃO, A. V.; LOPES, M. R. **Para além da comunidade**: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011. p.119-160.

FACCHINI, F. A. Por que a doença? A interferência causal eos marcos teóricos da análise. In: BUSCHINELI, J. T.; ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M. (Org.). **Isto é trabalho de Gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. São Paulo: Vozes, 1993. p. 33-55 apud PEDUZZI, M. Trabalho em equipe. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

FERNADES, F. **Sociologia**. São Paulo: Atica, 2008.

FORTUNA, C. M. et al. O trabalho em equipe no programa saúde da família: reflexões a partir dos conceitos do processo grupal e de indivíduos operativos. **Rev. latino-am. enferm.**, Ribeirão Preto, v.13, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200020>. Acesso em: 08 jan. 2013.

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: 19 nov. 2012.

GARCIA, R. L. (Org.) **Victor Vicent Valla**: companheiro de lutas, de idéias, de vida. Recife: Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Educação, 2009.

GODIM, S. M. G.; FISCHER, T. O discurso, a análise de discurso e a metodologia do discurso do sujeito coletivo na gestão intercultural. **Cadernos Gestão Social**, v. 2, n. 1, 2009.

GIFFIN, K. Produção do conhecimento em um mundo "problemático": contribuições de um feminismo dialético e relacional. **Rev. Est. Femin.**, Florianópolis, v.14, n.3, set./dez. 2006.

GRAJAÚ, C. A. G.; CARMO, D. A.; SOUZA, V. M. **O trabalho do agente comunitário de saúde**: prazer e sofrimento. 2009. 47f. Monografia (Graduação em enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

GRAMSCI, A. **Cadernos do Cárcere**. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999. v. 1 apud BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

HEILBORN, M. L.; SORJ, B. Estudos de gênero no Brasil. In: MICELI, S. **O que ler na ciência social brasileira**. São Paulo/ Brasília: APOCS/ CAPES, 1999. p. 223-235.

JODELET, D. **Representações sociais**: um domínio em expansão. Rio de Janeiro: Eduerj, 2002.

LACERDA, A. **Rede de apoio social no sistema da dádiva**: um olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do Agente Comunitário de saúde. 2010. 197f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

LAURELL, A. C. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: LAURELL, A. C. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995.p.151-178

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Depoimentos e discursos**: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília, DF: LiberLivro, 2005.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos). Caxias do Sul: Educs, 2003.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. **O discurso do sujeito coletivo**: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs, 2000.

LOPES, M. R.; DURÃO, A. V.; CARVALHO, V. A disputa sobre os sentidos do trabalho e da formação dos Agentes comunitários de saúde. In: VIEIRA, M.; DURÃO, A. V.; LOPES, M. R. **Para além da comunidade**: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011. p.161-208.

LUNARDELO, S. E. R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família de Ribeirão Preto**. 2004. 154f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MARX, K. **Luta de classes e luta política**. 2004. Disponível em: <<http://www.marxists.org/portugues/marx/1847/04/luta-class-luta-polit.htm>>. Acesso em: 14 dez. 2012.

MARX, K. **A miséria da filosofia**. 2. ed. São Paulo: Global, 1985.

MARX, K. O 18 Brumário. In: MARX, K. **O 18 Brumário e cartas de Kugelmann**. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

MARX, K. Processo de trabalho e processo de valorização. In: MARX, K. **O capital crítica da economia política**. São Paulo: Nova Cultural, 1996. p. 297-315.
Disponível em: <<http://www.marxists.org/portugues/marx/1867/ocapital-v1/index.htm>>. Acesso em: 10 out. 11.

MAUSS, M. Essai sur le don: fome et raison de l'échange dans les sociétés archaïques. In: MAUSS, M. **Sociologie et anthropologie**. 9. ed. Quadrige; 1985 [1923-1924]. p. 145-27.

MENEGOLLA, V. L.; POLLETO, D. S.; KRAHL, M. O Agente Comunitário de Saúde no desenvolvimento do seu trabalho. **Boletim saúde**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, jul./D Dez. 2003.

MENEZES, C. A. F. **Trabalhadeira, mulher e guerreira**: o (precário) trabalho das agentes comunitárias de saúde em uma abordagem de gênero. 2011. 126f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1992.

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

MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D.; GUIMARÃES, C. O Agente comunitário de Saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. In: FONSECA, A. F.; STAUFFER, A. B. **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: ENSP / FIOCRUZ, 2007. p. 189-211.

MOSCOVICI, S. **A Representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978 apud TEIXEIRA, E. T. N. Adiantamento da maternidade: do sonho a maternagem. 77f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

MOSCOVICI, S. **A Representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOTA, R. R. A. **Agentes comunitários de saúde: trabalho e formação profissional numa perspectiva emancipatória**. 2010. 110f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Faculdade de Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

MOURA, M. M. Testemunho de um trabalho de campo: matéria prima do texto. in-folio, **Boletim Informativo do Serviço de Biblioteca** e documentação da FFLCH/USP, n. 6, set. 1992.

MUNCH, E. **O grito**. 1983. pintura em óleo. Disponível em: < <http://www.munch.museum.no> > Acesso em: 13 Fev 2013

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B.; RAMOS, Z. V. O. **A vinculação institucional de um trabalhador *sui generis*: o agente comunitário de saúde**. Rio de Janeiro: IPEA, 2000 (Temas para a discussão, 735). Disponível em: <<http://www.nesp.unb.br/polrhs/Temas/td0735.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade deste personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 8, n. 6, p.1639-1646, nov./dez.2002.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe. In: PEREIRA, I. B. ; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

PEREIRA, I. B.; RAMOS, M. N. **Educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.120p.

PIRES, D. **O Processo de trabalho em saúde, no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho**. 1996. 356f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, São paulo.1996

QUADROS, J. W. **A evolução recente das classes sociais no Brasil**. Textos para Discussão, IE/UNICAMP, n. 148, nov. 2002.

RAMOS, T. **Formação técnica e desprecarização dos ACS**: uma luta por cidadania. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / FIOCRUZ, 2007. Aula inaugural.

REIS, V. M. **O trabalho do enfermeiro no PSF e a vivência de situações de prazer e sofrimento no trabalho**. 2007. 123f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. O serviço especial de saúde pública e suas ações de educação sanitária nas escolas primárias (1942-1960). **Educar em revista**, Curitiba, n. esp. 2, p. 277-290, 2010.

RIBEIRO, D. **O povo brasileiro**: a formação e o sentido do Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, L. G. A teorização sobre processo de trabalho em Saúde como Instrumental para Análise do Trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Publ.**, Rio de Janeiro, v. 20, n.2 , p. 438-446, mar./abr. 2004.

RIZZOTTO, M. L. F. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90**: um projeto de desmonte do SUS. 2000. 267f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

RIZZOTTO, M. L. F. A origem da enfermagem profissional no Brasil: determinantes históricos e conjunturais. In: GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISAS "HISTÓRIA, SOCIEDADE E EDUCAÇÃO NO BRASIL". **Navegando na história da educação brasileira**. Campinas: Unicamp, [s.d]. Disponível em: <www.histedbr.fae.unicamp.br>. Acesso em: 18 jan. 2013.

ROCHA, S.; FERREIRA, V. Reformas do Estado e Seguridade Social: o caso da saúde. In: VILELLA, MONTEIRO, S. (Orgs.). **Gênero e saúde**: Programa Saúde da Família em questão. São Paulo: ABRASCO; UNFPA, 2005.

SANTOS, J. A. F. A Classe social e a desigualdade de gênero no Brasil. **Dados rev. ciênc. sociais**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 2, p. 353-402, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/dados/v51n2/05.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2013.

SANTOS, J. A. F. A Classe social e a desigualdade de gênero no Brasil. **Dados rev. ciênc. sociais**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 2, p. 353-402, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/dados/v51n2/05.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2013. apud ABBOTT, P. "Gender". In: PAYNE, G. (Ed.). **Social Divisions**. New York: ST. Martin ress, 2000. p. 55-90.

SANTOS, J. B. F. **O Averso da maldição do Gênesis**: a saga de quem não tem trabalho. São Paulo: Annablume, 2000.

SANTOS, M. O território e o saber local: algumas categorias de análise. **Cadernos IPPUR**, Rio de Janeiro, ano XIII, n.2, p.15-26, ago./dez. 1999.

SARGENTINI, V.M.O. A noção de formação discursiva: uma relação estreita com o corpus da análise do discurso. In: BARONAS, R. L. (Org). **Análise do discurso**: apontamentos para uma história da noção conceito de formação discursiva. São Carlos: Pedro & João Editores, 2007.

SAUSSURE, F. **Curso de linguística geral**. São Paulo: Cultrix, 1991 apud GODIM, S. M. G.; FISCHER, T. O discurso, a análise de discurso e a metodologia do discurso do sujeito coletivo na gestão intercultural. **Cadernos de Gestão**, v. 2, n.1, p. 9-26, 2009.

SAVIANI, D. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 34, p. 3-5, jan./abr. 2007.

SELIGMANN-SILVA, M. Arte, dor e Kátharsis ou variações sobre a arte de pintar o grito. **Alea, estudos neolatinos**, v. 5, n. 1, Rio de Janeiro, jan./jul. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1517-106x2003000100003&script=sci_artex&tlng=pt>. Acesso em: 31 jan. 2013.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface comum. saúde educ.**, Botucatu, v. 6, n. 10, p.75-94, fev. 2002.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. **Agente Comunitário de Saúde**: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

SIMÕES- BARBOSA, R. H. et al. Genero e trabalho em saúde: um olhar critico sobre o trabalho de agentes comunitarias/os de saúde. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v.16, n.42, p. 751-765,jul./set . 2012. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=s1414-32832012000300013&script=sci_arttex>. Acesso em: 02 jan. 2013.

SOBRINHO, N.F.S. Desigualdade e pobreza: fatos estilizados e simulações. **Rev. Paran. Desenv.**, Curitiba, n.100, p.109-133, jan./jul. 2001.

SOUZA, J. **A construção da subcidadania**:para uma sociologia política da modernidade periférica.Belo Horizonte: UFMG, 2003. Disponível em: <<http://books.google.com.br/books?isbn=857041384X>>. Acesso em: 10 dez. 2012.

SOUZA, J. Senso comum e a justificação da desigualdade. In: SOUZA, J. **A Ralé brasileira**: quem é e como vivem. Belo Horizonte: UFMG, 2009. p.41-48.

STAVENHAGEN, R. Estratificação social e estrutura de classes: um ensaio de interpretação. In: VELHO, G. (Org.). **Estruturas de classes e estratificação social**. Rio de Janeiro: Zahar, 1973. p.118-146.

STOTZ, E.; DAVID, H. M. S. L.; WONG UN, J. A. Educação popular e Saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 8, n. 1, p. 49-60, 2005.

THOMPSON, E. P. A formação da classe operária inglesa. In: _____. **A árvore da liberdade**. São Paulo: Paz e Terra, 1987. p. 9-14.

VALLA, V. V. Globalização, a questão social a nova pobreza. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N.; ALGEBAILLE, E. B.(Org.). **Para compreender a pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro: Contraponto; Escola Nacional de Saúde Pública, 2005.

VALLA, V. V. Mantendo severa vigilância sobre a população favelada O Relatório SAGMACS, 1958-1960. In: VALLA, V. V. **Educação e favela**: política para as favelas do Rio de Janeiro, 1940-1985. Petrópolis: Vozes, 1986.

VALLA, V. V. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 4, n. 7, p. 37-56, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v4n7/04.pdf>> . Acesso em: 30 dez. 2012.

WAITZKIN, H. **Uma visão marxista do atendimento médico**. São Paulo: Avante, 1980.

APÊNDICE – Roteiro de perguntas

Roteiro de perguntas de Motta (2009)

1- Perguntas de Identificação:

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

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

3- Já tinha trabalhado antes de ser ACS?

4- Qual era a sua idéia do trabalho de ACS?

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

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

7- Quais são/eram suas insatisfações como ACS?

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

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

10-Quais são seus planos para o futuro?

ANEXO - Pareceres dos Comitês de Ética dos Estudos cujas bases de dados foram analisadas



Universidade do Estado do Rio De Janeiro/Sr2
Comissão de Ética em Pesquisa – COEP

Rua São Francisco Xavier, 524, bloco E, 3º. andar, sala 3020 - Maracanã
 CEP 20550-900 – Rio de Janeiro, RJ
 e- mail: etica@uerj.br – Telefone/Fax: (21) 2569-3490

PARECER COEP 001/2007

A Comissão de Ética em Pesquisa – COEP, em sua 1ª Reunião Ordinária realizada em 08 de fevereiro de 2007, analisou a resposta ao parecer COEP 077/2006 referente ao protocolo de pesquisa nº. **039.3.2006**, segundo as normas éticas vigentes no país para pesquisa envolvendo sujeitos humanos e emite seu parecer.

Projeto de pesquisa: “Avaliação das Condições de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do Município do Rio de Janeiro ”

Pesquisadora Responsável: Helena Maria Scherlowski Leal David

Instituição responsável: Faculdade de Enfermagem/UERJ

CEP de origem: COEP-UERJ

Área do conhecimento: Enfermagem – cód. 4.04 **Área Temática:** Grupo III

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador, Agente comunitário.

Considerações Iniciais: Trata-se de um projeto que pode contribuir para o gerenciamento da saúde no Município do Rio de Janeiro. O campo da pesquisa será o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro, desenvolvidos nas Áreas Programáticas 5.2, 2.2 e 2.1, incluindo um total de 138 ACS, podendo a amostragem ser ampliada. Segundo a pesquisadora responsável, já foram feitos contatos com a Coordenação de PACS/PSF da Secretária Municipal de saúde do Rio de Janeiro.

Sumário:As condições de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são instáveis e pouco definidas, como indicam alguns estudos, e também a análise preliminar de dados da pesquisa “Condições de trabalho e saúde dos profissionais de saúde do SUS de Mesquita e Nova Iguaçu”, realizada com 16 ACS de Mesquita. Os desdobramentos ou impactos das condições e do processo de trabalho de ACS na sua saúde ainda não são conhecidos. O presente estudo objetiva analisar, considerando o processo cotidiano de trabalho de ACS para identificar os riscos reais ou potenciais à sua saúde. Os objetivos específicos incluem i) conhecer o perfil de saúde ocupacional do ACS; ii) coletar e sistematizar dados para subsidiar a gestão de riscos no trabalho de saúde desenvolvido na comunidade; iii) ampliar o conhecimento e estimular o desenvolvimento da consciência crítica dos ACS envolvidos quanto às suas condições de trabalho; iv) identificar elementos relevantes para o processo de educação permanente do ACS; e v) dar visibilidade e valorizar este profissional no âmbito da Atenção Básica e do SUS. A estratégia metodológica é constituída por uma abordagem qualitativa, e a

realização de entrevistas individuais com aplicação de questionários sobre a autopercepção de saúde e condições de trabalho. A análise será baseada na perspectiva ergonômica e da psicodinâmica do trabalho, identificando as situações de sofrimento, penosidade ou prazer no trabalho.

Objetivo geral: Avaliar, as condições de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do Município do Rio de Janeiro e identificar riscos reais ou potenciais à saúde do trabalhador.

Objetivos específicos: Conhecer o perfil de saúde ocupacional do ACS; coletar e sistematizar dados para subsidiar a gestão de riscos no trabalho de saúde desenvolvido na comunidade; ampliar o conhecimento e estimular o desenvolvimento da consciência crítica de ACS quanto às suas condições de trabalho; identificar elementos necessários para um processo de educação permanente de ACS; dar visibilidade e valorizar o ACS como profissional no âmbito de Atenção Básica e do SUS.

Considerações Finais: O projeto é de alta relevância social e pode contribuir para a melhoria das condições de saúde pública do Município do Rio de Janeiro. A apresentação da proposta foi considerada abrangente, mas adequada aos objetivos. A estratégia metodológica envolve o uso de questionários validados e a realização de oficinas para sistematização de experiências, e discussão de resultados por todos os envolvidos. A equipe é constituída por profissionais de reconhecida competência.

A COEP analisou a resposta ao Parecer COEP 077/06, e considerou que as solicitações foram atendidas. A COEP é favorável à execução do projeto, devendo ser utilizada, junto aos sujeitos da pesquisa, a versão de 23 de janeiro de 2007 do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - **previsto para fevereiro de 2008**, para cumprir o disposto no item *VII.13.d da RES. 196/96/CNS*. Além disso, a COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Situação: projeto aprovado

Rio de Janeiro, 14 de fevereiro de 2007.

Prof. Dr. Olinto Pegoraro

Coordenador da Comissão de Ética em Pesquisa - UERJ