

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

EDENILSON BOMFIM DA SILVA

**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE:
TRAJETÓRIAS, SABERES E IDENTIDADE PROFISSIONAL**

Porto Alegre
2008

EDENILSON BOMFIM DA SILVA

**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE:
TRAJETÓRIAS, SABERES E IDENTIDADE PROFISSIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação.
Orientadora: Profa. Dra. Naira Lisboa Franzoi

Porto Alegre
2008

À Mariete,

Mesmo que a distância e o tempo nos separem, estamos sempre
juntos como a vida nos fez: mãe e filho.

AGRADECIMENTOS

Ofereço a todos que contribuíram de algum modo para execução deste trabalho os meus sinceros agradecimentos: pelas sugestões dadas à pesquisa, pela formação profissional, confiança, incentivo, solidariedade e manifestação de afeto.

Ao Programa de Pós-Graduação em Educação da UFRGS, em particular à professora Naira Lisboa Franzoi, por ter apostado nessa caminhada, pela confiança e orientação.

À Ângela Gomes, por sua contribuição e solidariedade para a conclusão desse estudo.

Aos trabalhadores do Serviço de Saúde Comunitária do GHC pela acolhida.

Aos Agentes Comunitários de Saúde pela abertura de partilhar comigo suas experiências de vida.

Aos amigos do Integrar pela convivência e por tudo que aprendemos juntos.

Ao povo lá de casa que reza por mim.

Ao Adelar que me atura na alegria e na tristeza, pelo carinho e paciência.

A quem nos concede a cada dia a generosidade do viver.

Muito obrigado!

*Mais que a dor do amor
Viver a dor me doeu
E eu quero mesmo é ser feliz*

Amar

Amor

Quem não semear

Não vai colher

Ai de quem é um

E nunca será dois

Por não saber

Quem irá me valer

São pessoas, é a caminhada

Quem irá me valer

São meus sonhos no pó da estrada

Quem irá me valer

É o sorriso que guardo comigo

Quem irá me valer

É o segredo de fazer amigo.

Milton Nascimento e Fernando Brandi,

Pra eu parar de me doer.

RESUMO

A presente pesquisa procura compreender as trajetórias, saberes e identidade profissional dos Agentes Comunitários de Saúde, uma nova categoria de trabalhadores, vinculada diretamente às ações de Atenção Primária à Saúde que são desenvolvidas através do Sistema Único de Saúde do Brasil. Analisa-se o processo de trabalho em saúde pública, a partir de uma perspectiva interdisciplinar, sustentada na Sociologia do Trabalho e das Profissões, na Ciência da Educação e na Psicologia Social. A pesquisa busca compreender as dinâmicas e as condições pelas quais se conforma e se modela o processo de construção das identidades profissionais em situações de trabalho. O ponto de partida da análise foram as representações de um grupo específico de trabalhadores entrevistados, atuantes em unidades básicas de saúde, do município de Porto Alegre, no âmbito do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. O ponto de partida para a análise são as transformações econômicas, políticas e sociais ocorridas no mundo do trabalho nas últimas décadas do século XX e suas influências para área da educação e da saúde. Traça um panorama das políticas de saúde no Brasil, seus antecedentes históricos e a constituição de um novo modelo para o sistema de saúde pública. Constata-se que as práticas do cuidado em saúde são influenciadas por novos paradigmas, modelos assistenciais e por constantes inovações tecnológicas que exigem dos trabalhadores novas atitudes e saberes para lidar com o seu universo de trabalho. A profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde é aqui entendida como processo e produto de construção da identidade individual e coletiva; um processo social onde o sujeito estabelece de forma progressiva a apropriação e significação do seu saber e do seu fazer. O objetivo é desenvolver ações multiplicadoras de informações de saúde, que levem à mudança de hábitos da população assistida. A essência do trabalho é a prevenção de doenças e a promoção da saúde, mediante ações domiciliares e comunitárias. As funções atribuídas aos ACS são complexas e de grande relevância no sentido da intervenção das políticas públicas com vistas à melhoria dos indicadores de saúde no país.

Palavras-chave: Trajetórias; Saberes em Saúde; Identidade profissional; Agente Comunitário de Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This study seeks to understand the trajectories, knowledges and professional identity of the communitarian agents of health, a new category of workers, straightly linked to the actions of health primary care develop through the Brazil's Unified National Health System. The work process is analysed in public health based on an interdisciplinary perspective supported by Sociology of the Work and Professions, Science Education and Social Psychology.

The research seeks to understand the dynamics and conditions by which its shaped and modeled the construction process of professional identities in work situations. The starting point of the analysis they were the representations of a specific group of interviewed workers, active in basic health care in Porto Alegre, in the context of the Service of Communitarian Health of Grupo Hospitalar Conceição. The point of departure for the analysis were the economical, political and social transformations occurred in world of work at the last decades of XX century and its influences on education and health. It draws a view of Brazil's health policy, their historical records and establishment of a new model for the public health system. It was noted that health care practiques has influenced by new paradigms, assistent models and a view of the politics of health in Brazil, his historical records and the constitution of a new model for the system of public health. It is noticed that the practices of the care health are influenced by new paradigms, models assistenciais and for constant technological innovations that demand of the workers new attitudes and knowledges to deal with universe of work. The profissionalization of communitarian agents of health is here understood as both process and product of building the individual and collective identity; a social process where the subject establishes in progressive form the appropriation and signification of his knowledge and performance. The objective is to develop into multiplying actions of informations of health, with a view to change of habits of the assisted population. The essence of the work is the prevention of diseases and the promotion of the health, through household and communitarian actions. The functions attributed to the ACS are complex and of great relevance in the sense of the intervention of the public policies with sights to improve the country health indicators.

Keywords: Trajectories; knowledges in Health; Professional Identity; Communitarian Agent of Health; Brazil's Unified National Health System.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

FAT – Fundo de Amparo ao Trabalhador

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

MS – Ministério da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSP – Processo Seletivo Público

PSF – Programa de Saúde da Família

SSC – Serviço de Saúde Comunitária

SUS – Sistema Único de Saúde

ULBRA – Universidade Luterana do Brasil

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1 ABORDAGEM METODOLÓGICA	14
1.1 AS PESQUISAS DESENVOLVIDAS SOBRE OS ACS	14
1.2 OBJETIVOS	17
1.3 CAMINHOS PERCORRIDOS	18
1.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO: ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	19
1.5 ASPECTOS ÉTICOS	22
1.6 CONTEXTO DA PESQUISA	23
1.7 PERFIL DOS ENTREVISTADOS	26
2 TRANSFORMAÇÕES NO MUNDO DO TRABALHO	28
2.1 MUDANÇAS EM CURSO NO MUNDO DO TRABALHO	28
2.2 TRABALHO E EDUCAÇÃO.....	32
2.3 TRABALHO E SAÚDE	37
3 DA CONSTITUIÇÃO DO SUS AO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	40
3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	40
3.2 O PROGRMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	45
3.3 A PROFISSÃO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	47
4 ACS: EDUCADORES PARA SAÚDE E CIDADANIA	55
4.1 MÚLTIPLAS TRAJETÓRIAS DOS ACS	56
4.2 CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO	63
4.2.1 Vínculo com a Comunidade	72
4.2.2 Vínculo com o SUS	78
4.2.3 Precarização do Trabalho	79

4.3 IDENTIDADE PROFISSIONAL DOS ACS	82
4.3.1 Profissionalização e Reconhecimento	88
4.4 FORMAÇÃO E SABERES PROFISSIONAIS	95
4.5 CONSIDERAÇÕES DA ANÁLISE	102
CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS	109
APÊNDICE	120

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação está estruturada em quatro capítulos. O primeiro, *Abordagem Metodológica*, discorre sobre as opções e percursos trilhados durante o desenvolvimento desta pesquisa, faz um resgate sobre a produção acadêmica referente aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além de apresentar os objetivos e os aspectos éticos para o desenvolvimento da pesquisa. O objetivo central é analisar o processo de formação, profissionalização e construção da identidade profissional dos ACS que acontece em interação com as políticas públicas de saúde, apropriando-se das suas especificidades enquanto profissão portadora de uma prática, de um saber e de uma função social.

O segundo capítulo, *Transformações no mundo do trabalho*, desenvolve uma aproximação com a temática geral da pesquisa construindo uma análise sobre o contexto das transformações em curso no mundo contemporâneo e em especial com foco nas questões relativas ao trabalho, à educação e à saúde. Esse panorama serve para situar conceitualmente o debate sobre o surgimento de uma nova profissão do campo da saúde, inserida no contexto das transformações econômicas, políticas e sociais ocorridas no mundo do trabalho nas últimas décadas do século XX, uma vez que as práticas em saúde são articuladas ao modo de produção histórico e socialmente produzido.

O terceiro capítulo, *Da constituição do SUS ao Agente Comunitário de Saúde*, traça um breve panorama das políticas de saúde no Brasil, seus antecedentes históricos até a constituição do Sistema Único de Saúde. Além disso, destaca a importância do Programa de Saúde da Família e sua contribuição para o sistema de saúde atual, bem como identifica nesse programa o fortalecimento dos ACS enquanto sujeitos fundamentais para a implantação das ações de saúde pública no Brasil. Sobretudo, inicia a análise sobre a profissão do Agente Comunitário de Saúde, suas especificidades e regulamentação.

No quarto capítulo, *Agentes Comunitários de Saúde: educadores para a saúde e cidadania*, analisa-se a partir das falas dos sujeitos entrevistados – os ACS atuantes em unidades básicas de saúde do município de Porto Alegre, no âmbito do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição –, as questões relativas às trajetórias, aos saberes e à identidade profissional dessa categoria de trabalhadores da saúde.

Esta pesquisa busca compreender as singularidades da construção de identidades profissionais, perpassadas por processos sociais amplos do mundo do trabalho, do campo da educação e das práticas de saúde. Tais práticas são influenciadas por novos paradigmas de promoção do *cuidado* e por constantes inovações tecnológicas que exigem dos trabalhadores novas atitudes e saberes para lidar com o seu universo de trabalho.

Como forma de aproximação do objeto de pesquisa apresentam-se algumas indagações que compõem o universo de questionamentos especulativos que dão sentido à pesquisa. De que forma é possível reconhecer-se enquanto profissional num período em que o universo do trabalho vem sendo radicalmente metamorfoseado? De que maneira é possível compreender a identidade enquanto construção social em um novo mundo do trabalho? Como identificar-se com uma atividade profissional aparentemente instável, precária e em formação? Quem são os ACS? O que fazem? Com quais saberes atuam? Quais perspectivas apresentam sobre as suas próprias trajetórias, projetos e representações acerca de sua atividade?

Esses questionamentos têm enfoque na construção de identidade profissional de um grupo peculiar de trabalhadores da saúde. A problemática geral da pesquisa diz respeito aos processos de trabalho em saúde pública, a partir de uma perspectiva interdisciplinar, sustentada na Sociologia do Trabalho e das Profissões, na Ciência da Educação e na Psicologia Social. Trilhando esse caminho, a pesquisa tenta compreender as dinâmicas e as condições pelas quais como se conforma e se modela o processo de construção de identidades profissionais em situações de trabalho de um campo profissional em constituição. Para tanto, os conceitos de trajetória, formação, saberes e identidade profissional, a fim de para compreender as representações dos sujeitos que vivenciam essa esfera social de trabalho.

A profissionalização dos ACSs é aqui entendida como processo e produto de construção de identidade individual e coletiva e, nesse sentido a categoria identidade assume forte importância para compreender a profissionalização como forma de representação do coletivo e do indivíduo. Nessa lógica, podemos falar de identidades individuais e de identidades coletivas, tais

identidades não aparecem com entes isolados, mas como uma unidade dialética entre o individual e o coletivo.

A identidade profissional não é um estado pré-estabelecido por sujeitos externos ao grupo profissional, por isso pressupõe-se que, para compreender o processo de construção da identidade profissional dos ACS, é necessário antes entender esse sujeito social e como ele estabelece relações progressivas de apropriação e significação de sua profissão e do seu fazer portador de uma prática profissional, um saber e uma identidade.

Um pressuposto inicial a ser considerado no desenvolvimento desta pesquisa é o de que a temática da profissionalização e as discussões sobre identidade profissional, presentes em variados espaços acadêmicos e nas discussões de outras categorias de profissionais do campo da saúde, encontram-se entre os ACS em estado ainda incipiente. Outra variável dessa discussão é que a forte marca de uma ação de origem comunitária, vocacional e assistencialista dos ACS ofuscam a autocompreensão desses profissionais como portadores de um saber específico e de uma identidade profissional.

Outro pressuposto inicial: os conhecimentos e saberes próprios do ACS são marcadamente resultantes de sua trajetória de formação popular, no qual o processo de educação não-formal é relevante para aquisição de tais conhecimentos. Por outro lado, é no processo de formação permanente, no exercício da sua experiência profissional e em contato com outros profissionais da saúde, que ele adquire outros conhecimentos necessários ao desempenho de sua profissão e apropria-se da linguagem e da identidade coletiva de trabalhador da saúde.

Esse conjunto de afirmações constitui a base das perguntas centrais que motivaram o desenvolvimento desta pesquisa; são, portanto, questões formuladas ao longo de uma trajetória acadêmica e profissional que vem despertando o interesse por essa temática.

A vinculação a essa temática constitui-se no processo de formação pessoal, na atuação junto aos movimentos sociais discutindo as transformações no mundo do trabalho, assim como as implicações destas para a vida dos trabalhadores. Na universidade, o interesse é influenciado pela forte discussão sobre educação, trabalho e formação profissional¹.

¹ Os estudos de Naira Franzoi sobre Trajetórias e Identidade Profissional contribuíram diretamente para a construção deste projeto de pesquisa.

Desde a graduação em Ciências Sociais que essa temática faz parte do universo de interesse acadêmico, através de três perspectivas: do conhecimento, de intervenção político-social, ou da atuação profissional.

No campo atuação profissional, o interesse afirma-se a partir do ingresso na área da saúde. Ingressei em junho de 2006, via concurso público, contratado como Técnico em Educação, no Grupo Hospitalar Conceição. Comecei a trabalhar na área de Gestão de Pessoas, cujo objetivo, entre outras responsabilidades, é desenvolver ações de educação permanente junto aos trabalhadores do grupo. O primeiro lugar onde atuei como responsável por promover ações de desenvolvimento e educação foi junto ao Serviço de Saúde Comunitária, no qual conheci a realidade dos ACS e identifiquei que havia poucos estudos sobre esses profissionais, o que reforçou minha opção por esse foco de pesquisa.

Assim, a delimitação do problema de pesquisa busca articular três áreas de conhecimento: a Educação, o Trabalho e a Saúde. Essa delimitação é também uma expressão de uma trajetória pessoal que percorre esses três caminhos que se cruzam e influenciam a minha identidade profissional.

Toda pesquisa passa por um processo de sucessivas aproximações do objeto a ser pesquisado. O primeiro passo parte das inquietações pessoais influenciado por trajetórias profissionais, por uma leitura de mundo, bem como pela postura de um sujeito implicado na realidade que se propõe pesquisar e, conseqüentemente, intervir. O caminho percorrido é sinuoso e cheio de surpresas; define-se um ponto de partida *a priori*, entretanto não se conhece o ponto de chegada. Trilha-se o caminho da pesquisa com alguns instrumentos na mão, muitas perguntas na cabeça, com algumas referências acadêmicas que servem de suporte e, ao final dessa caminhada, o objetivo é relatar a experiência do caminho transcorrido com riqueza de detalhes; apresentam-se as considerações que se alcançou elaborar; busca-se traduzir as sensações, os sentimentos e os aprendizados do processo. Por fim, poder-se-á dizer que todo caminho percorrido resultou em aprendizagens pessoais e profissionais e que toda pesquisa é uma experiência única em sua essência.

1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

1.1 AS PESQUISAS DESENVOLVIDAS SOBRE OS ACS

Ao examinar as pesquisas desenvolvidas sobre a temática do trabalho dos ACS, foram encontrados alguns livros, artigos e demais estudos acadêmicos que tratam do tema em diferentes abordagens. Conhecer esses estudos serviu como ponto de partida para as reflexões desta pesquisa no intuito de mapear e considerar as discussões existentes acerca dessa temática.

O artigo *O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre*, de Lucimare Ferraz e Denise Rangel, apresenta o resultado de uma pesquisa sobre o perfil do ACS, as ações desenvolvidas por eles e sua inserção profissional nas equipes de saúde. O resultado da pesquisa aponta que a principal atividade desenvolvida pelos agentes é a visita domiciliar e as atividades de educação em saúde. Nas atividades educativas desenvolvidas junto à população assistida, as orientações mais comuns referem-se à higiene, ao calendário vacinal, ao cuidado com os recém-nascidos, puérperas, gestantes e o uso correto de medicamentos. Quanto ao perfil, a pesquisa conclui que a grande maioria dos ACS é constituída por mulheres, na faixa etária entre 30 e 49 anos, com escolaridade média entre nove e onze anos de estudo.

A publicação *Agente comunitário de saúde – o ser, o saber, o fazer*, de Silva e Dalmaso, é o resultado de uma pesquisa sobre o cotidiano desses profissionais no município de São Paulo e, assim, apresenta o debate sobre os desafios para formação dos ACS e discute a tendência de ampliação do papel dos ACS em outros programas sociais. O texto aborda questões relativas à capacitação profissional, à identidade e ao saber que orientam as práticas profissionais dos agentes. A pesquisa destaca, ainda, questões a respeito da relação institucional dos agentes com sistema de saúde, a precarização nas relações de trabalho e o vínculo institucional no sistema de saúde.

A Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, através da Escola de Saúde Pública, apresenta uma publicação sobre o perfil profissional e a formação em saúde no Rio Grande do Sul, que, entre outros aspectos, discute a profissão dos ACS. O texto com o título de *Contra-regras do cenário da saúde: os agentes comunitários de saúde em foco* reflete sobre o perfil

epidemiológico² dos ACS, sua inserção nas rotinas de trabalho das unidades de PSF, bem como participação dos agentes nos espaços de capacitação e educação permanente. Esta pesquisa institucional produziu um material amplo e de muitas informações que serão retomadas no andamento do meu trabalho.

No campo acadêmico, duas dissertações foram encontradas e merecem atenção especial, por tratarem da temática com relativa proximidade ao que se pretende nesta pesquisa. Os trabalhos são: *Agente comunitário de saúde e seu papel no programa saúde da família em Porto Alegre*, de Lucimare Ferraz, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA); *Agentes comunitários de Saúde: discurso e prática em saúde bucal coletiva*, de Ananyr Porto Fajardo, do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Em virtude de que alguns artigos são emblemáticos por sua consistência na análise apresentada, contribuiriam com pistas e elementos para o desenvolvimento desta dissertação. O artigo de Mônica de Oliveira Nunes (NUNES et al, 2002), *O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico*, apresenta uma perspectiva antropológica peculiar ao analisar o processo de construção de identidade dos agentes comunitários de saúde a partir de sua inserção na equipe do Programa de Saúde da Família e da interação com os moradores dos bairros de cinco municípios do estado da Bahia.

Podemos citar ainda dois artigos que trabalham dentro da mesma perspectiva, ambos publicados em 2006 pela Escola Politécnica da Fiocruz. O primeiro é o artigo de Ana Lucia de Moura Pontes, *O processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde e a construção da Integralidade*, no qual a autora desenvolve questões relevantes sobre a necessidade de formação profissional dos ACS. O segundo é o Artigo de Morosini, Corbo e Guimarães (2007), *O Agente Comunitário de Saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções de trabalho e da formação profissional*, que faz um resgate da história da profissionalização e apresenta algumas pistas e elementos curriculares que devem participar da formação técnica do profissional ACS.

² O perfil epidemiológico é composto por indicadores demográficos, sociais e econômicos relacionados ao processo saúde-doença, que caracterizam uma população específica. Os indicadores são padrões de adoecimento, morte, morbidade e invalidez que contribuem para a caracterização da população estudada. O perfil epidemiológico serve para identificar tendências dos aspectos relacionados à saúde-doença com vistas à adoção de medidas de promoção, prevenção, diagnóstico e assistência à saúde de indivíduos e coletividades.

O que há em comum nos diferentes estudos identificados é o debate em relação às implicações para o trabalho em saúde a partir da atividade profissional dos ACS. Tais trabalhos centram o seu olhar sobre quatro temas: a) o perfil sócio-econômico dos trabalhadores ACS; b) a necessidade de promoção de ações de educação permanente dos agentes para lidar com as questões do território, da subjetividade e da ética profissional; c) condições de trabalho, baixa remuneração e precarização nos contratos empregatícios desses trabalhadores; d) as questões relativas à profissionalização e formação técnica dos agentes³.

Este breve resgate bibliográfico mostra que alguns estudos significativos têm sido realizados recentemente sobre o tema do trabalho, formação profissional e identidades dos ACS. Constata-se que essa temática tem despertado o interesse acadêmico em diversas áreas, embora, as pesquisas acadêmicas no Brasil sobre essa temática ainda sejam insuficientes, no sentido de constituir um referencial para entender essa atividade profissional e suas necessidades de formação e profissionalização. Há, então, muitas lacunas que podem ser estudadas com maior profundidade. Nesse momento, o desafio é ampliar o conhecimento sobre o tema, ponderar sobre o que já foi pesquisado e pensar sobre o que é novo dentro desse universo.

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), a partir da busca de artigos indexados. Foram utilizadas também outras fontes de informações como *home pages* de organizações de saúde, tais como: Organização Panamericana de Saúde (OPAS), Ministério da Saúde (MS), Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Pesquisas em periódicos brasileiros de notoriedade no meio acadêmico, sendo os mais frequentes: *Ciência & Saúde Coletiva*, *Cadernos de Saúde Pública*, *Saúde em Debate*, *Revista de Saúde Pública*. Foram consultados documentos, livros, textos, teses e dissertações relacionados ao tema abordado, os quais se encontram disponíveis em bibliotecas e no centro de documentação do Grupo Hospitalar Conceição.

³ As pesquisas tratam superficialmente o tema da profissionalização dos ACS.

1.2 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar o processo de formação, profissionalização e construção da identidade profissional dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que ocorre em interação com as políticas públicas de saúde, apropriando-se das suas especificidades enquanto profissão portadora de uma prática, de um saber e de uma função social.

Objetivos Específicos

- Estudar a origem, a função e a regulação da profissão de ACS dentro do contexto das transformações do mundo trabalho, da reforma do Estado e da Construção do Sistema Único de Saúde;
- Conhecer as trajetórias e o processo de construção da identidade individual e coletiva dos ACS;
- Caracterizar o fazer dos ACS em relação as suas representações, saberes e práticas profissionais;
- Contribuir para dar visibilidade à profissão de ACS como uma especialidade do conhecimento profissional da área da saúde.

1.3 CAMINHOS PERCORRIDOS

Esta pesquisa de tipo qualitativa escolheu como ponto de partida o olhar do sujeito e suas representações. O sujeito deste estudo é o Agente Comunitário de Saúde, profissão nova, que pertence à categoria de trabalhadores da saúde atuantes no âmbito do Sistema Único de Saúde. O ponto de referência desta pesquisa é o município de Porto Alegre, onde foram entrevistados oito ACS que trabalham em sete comunidades da zona norte do município.

Em virtude de se tratar de uma pesquisa qualitativa, optou-se por trabalhar a partir de um pequeno número de entrevistados. Inicialmente estava previsto entrevistar dez ACS, porém, em conformidade com a banca de qualificação, reduziu-se o número de entrevistados. Com essa orientação, procedeu-se a escolha das pessoas a serem entrevistadas. O primeiro procedimento foi o mapeamento prévio do quadro de ACS que atuam no Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). A escolha dos entrevistados foi resolvida com a realização de um sorteio para selecionar uma composição de pessoas oriundas de diferentes Unidades de Saúde. O sorteio foi proposto com o intuito de evitar o direcionamento na escolha. Esse recurso não teve a pretensão de aplicar o rigor estatístico na constituição da amostragem, apenas foi utilizado para fugir da indução, já que o pesquisador conhece a maioria dos agentes que atuam no GHC. Foram selecionados oito ACS compondo um grupo representativo da diversidade profissional desse contexto. A confirmação dos entrevistados pautou-se pelos seguintes critérios: a) representação de um agente por unidade de saúde; b) adesão voluntária à pesquisa; c) tempo de experiência profissional como ACS de no mínimo três anos; d) diversidade de gênero; e) diferenciação etária; f) formação e escolaridade diversificadas.

O instrumento de pesquisa escolhido foi a entrevista semi-estruturada como técnica de coleta de informações que possibilita trabalhar com um roteiro aberto (conforme consta no apêndice 1 desta dissertação). Ainda que previamente elaborado e detalhado, o roteiro serviu de fio condutor a fim de orientar as entrevistas, sendo complementado e alterado de acordo com a escuta dos entrevistados. As entrevistas foram registradas por meio de gravação e de notas do pesquisador, o que garantiu o registro fiel das expressões dos entrevistados e outras observações identificadas no processo. O tempo médio de duração da entrevista foi de aproximadamente uma

hora e trinta minutos. Realizadas em hora e local definidos em comum acordo, todas as entrevistas aconteceram no próprio local de trabalho dos entrevistados.

A partir das transcrições e notas, foram realizadas as análises sistematizadas nesta dissertação, sendo a construção de categorias empíricas o caminho percorrido para construir análise ora apresentada. O ponto de partida foi o exame das falas dos ACS na perspectiva de captar os significados e representações sugeridos. O segundo momento objetivou identificar as unidades de análise extraídas das informações e, posteriormente, estruturou a análise com identificação de categorias empíricas.

Esse conjunto de procedimentos está orientado com base nas recomendações e recursos da técnica de *Análise de Conteúdo* conforme já conceituada neste capítulo. De acordo com os indicativos apreendidos nesse método, as reflexões construídas acerca das respostas dos entrevistados foram organizadas a partir de significados atribuídos, classificação em unidade de análise e estruturação de categorias. Com a finalidade de enriquecer a análise construída e devolver aos entrevistados voz e autoria dos seus discursos, serão citados literalmente alguns trechos captados das falas em função de serem considerados significativos à compreensão das trajetórias, saberes e identidades profissionais dos ACS.

1.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO: ANÁLISE DE CONTEÚDO

O pressuposto conceitual para definir a abordagem metodológica desta pesquisa passa pela compreensão de que o método não é uma forma exterior, mas a própria *alma* do conteúdo. O objetivo do método é fazer a relação entre pensamento e existência e apresenta como premissa o fato de que a existência social determina a consciência. Em face da dialética, por exemplo, o método é o próprio processo de desenvolvimento das coisas e uma forma de compreender os fenômenos sociais. Dessa forma,

enquanto abrangência de concepções teóricas de abordagem, a teoria e a metodologia caminham juntas, intrinsecamente inseparáveis. Enquanto conjunto de técnicas, a metodologia deve dispor de um instrumental claro, coerente, elaborado, capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática (MINAYO, 2006, p. 16).

Em virtude disso, esta pesquisa trilha o caminho das pesquisas qualitativas referenciadas nas ciências sociais e nas metodologias de pesquisa social em educação e saúde. Toda forma de pesquisa é uma forma de produção de conhecimento mediada por um pesquisador que carrega suas concepções e subjetividades, por consequência surge a necessidade da adoção de um suporte metodológico claro como critério de cientificidade, visando reduzir a incursão excessiva de juízos de valor. (HAGUETE, 1992; TRIVIÑOS, 2006; MINAYO, 2006; BARDIN, 1977).

Nessa perspectiva, optou-se pelo método de análise de conteúdo, no intuito de refletir as questões colocadas e apreender a dinâmica de construção da identidade profissional através das representações dos ACS acerca do seu fazer, trajetórias e saberes. Enquanto método qualitativo, tem-se como ênfase a busca da análise identificando as especificidades do fenômeno em termos de suas origens e razão de ser.

A análise de conteúdo procura ir além da superfície, da aparência, da simplicidade dos fatos, a fim de alcançar um grau de profundidade na interpretação da mensagem analisada. O método é um instrumento que “visa a ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica” (MINAYO, 2006, p. 308). As interpretações e inferências serão sempre no sentido de buscar o que se esconde sob a aparente realidade, o que verdadeiramente significa o discurso enunciado; ou seja, o que querem dizer, em profundidade, certas afirmações que aparentemente podem ser tomadas como superficiais.

Mais do que ir além dos significados da leitura simplificadora da realidade, a análise de conteúdo constitui uma atitude do pesquisador em realizar atividades de sucessivas aproximações da realidade. Aplica-se a tudo que é dito em entrevistas, depoimentos e textos, como também a imagens de filmes, desenhos, pinturas e a todas as formas de comunicação – escrita, verbal e gestual. Tudo que é dito, visto ou escrito pode ser submetido à análise de conteúdo.

Em suma, a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas analíticas das comunicações. Enquanto método,

do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Para isso, geralmente, todos os procedimentos levam a relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e a articular a superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem (MINAYO, 2006, p. 308).

A classificação dos conceitos, a codificação e a categorização são alguns dos procedimentos indispensáveis na utilização do método de análise de conteúdo. Porém “todos esses suportes ‘materiais’ serão francamente inúteis no emprego da análise de conteúdo se o pesquisador não possuir amplo campo de clareza teórica” (TRIVIÑOS, 2006, p. 160).

Na operacionalização do método de análise de conteúdo, os conceitos servem para sensibilizar o pesquisador, dando-lhe um sentido de referência, produzindo uma imagem significativa que permite apreender uma dada realidade retratada a partir da linguagem do informante e da cultura por ele expressa.

Já o processo de codificação é a parte do instrumento de análise que compreende a escolha de unidades de registros que recortam os temas, as palavras, os personagens, bem como os acontecimentos destacados do contexto em análise.

As categorias são uma forma geral de conceitos, uma forma de pensamento, reflexos da realidade, sendo síntese, em determinado momento, do saber. Assim como a realidade, elas modificam-se constantemente. A categorização permite reunir um maior número de informações às custas de uma esquematização, e assim, correlacionar classes de acontecimentos para ordená-los. Enfim, viabiliza o acesso a um mundo conceitualmente mais simples e didaticamente possível de ser analisado.

Durante a interpretação dos dados, é preciso voltar atentamente ao marco teórico pertinente à investigação, uma vez que o referencial teórico é o embasamento e a perspectiva que serve de parâmetro para captar significados e desenvolver a análise do objeto de estudo. Logo, é a relação entre o dado empírico e a fundamentação teórica que dá sentido à interpretação.

O conjunto de procedimentos metodológicos que dão suporte ao desenvolvimento desta dissertação teve como ponto de partida a realização de uma pesquisa exploratória com vistas a delimitar, construir e fundamentar teórica e metodologicamente a investigação. Durante o processo, desenvolveu-se a pesquisa documental objetivando estabelecer o referencial teórico e seu marco conceitual, bem como se realizou o levantamento de dados complementares através do estudo de outras produções acadêmicas desenvolvidas no campo da mesma temática. Como suporte à pesquisa, a revisão teórico-metodológica centrou-se na discussão dos conceitos de profissão, ocupação, profissionalização, identidade profissional, trajetória, saberes e formação. Na seqüência do processo, desencadeou-se a pesquisa de campo, a partir da realização de entrevista semi-estruturada direcionada à ACS em atividade no município de Porto Alegre.

A entrevista semi-estruturada assegura ao pesquisador orientar-se mediante um roteiro elaborado a partir dos seus pressupostos de pesquisa. Nesse caso, a ordem dos assuntos pode não obedecer a uma seqüência rígida, sendo determinada pela preocupação, relevância e ênfase que o entrevistado dará ao assunto em pauta.

Entende-se por entrevista semi-estruturada

aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante (TRIVIÑOS, 2006, p. 146).

Para análise das entrevistas realizadas será utilizada a dinâmica de construção de mapas conceituais como um recurso metodológico de classificação das falas dos entrevistados na perspectiva de identificar unidades de análise e categorias centrais relevantes identificadas como expressão significativa dos diferentes relatos dos entrevistados. O exercício de construção do mapa conceitual é um recurso didático de sistematização e visualização dos conteúdos que revelam elementos comuns identificados e analisados nas experiências dos ACS.

Por fim, é importante ressaltar que a escolha do método não foi feita ao acaso ou em função de críticas a outras metodologias qualitativas, mas por acreditar que tal abordagem é o referencial adequado para tratar a temática como ela se mostra no espaço, no tempo e em dado contexto social.

1.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi desenvolvida em conformidade com as normas vigentes expressas na Resolução 196 de outubro de 1996 e resoluções complementares do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do GHC e, no seu desenvolvimento, foram observadas as orientações e demais normas e recomendações éticas para a realização de pesquisas no Brasil. Os ACS foram convidados a contribuir com informações a respeito do tema e dos objetivos da pesquisa. O termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue aos participantes, os quais ficaram de posse de uma cópia permanecendo outra com o pesquisador. O material coletado será de uso exclusivo do pesquisador, sendo utilizado com a

única finalidade de fornecer elementos para a realização desta dissertação e dos artigos e publicações que dela resultem. No processo de pesquisa, e mesmo na escrita da dissertação, será assegurada a confidencialidade dos dados e das informações que possibilitem a identificação dos participantes.

A pesquisa não oferece nenhum dano ou desconforto aos participantes e não será objeto de nenhum benefício, ressarcimento ou pagamento aos mesmos. O material coletado não será objeto de comercialização ou divulgação que possa prejudicar os entrevistados ou a sua comunidade. Nesse aspecto, os dados coletados serão guardados durante cinco anos pelo pesquisador, sendo destruídos tão logo esse prazo tenha findado.

É compromisso assumido pelo pesquisador manter os participantes informados sobre o andamento da pesquisa e, ao final de sua realização, comunicar-lhes os resultados e/ou devolver-lhes, de alguma forma, o produto alcançado. Cópias das publicações desta pesquisa serão entregues à Coordenação do Serviço de Saúde Comunitário e ao Centro de Documentação do GHC.

A realização desta pesquisa não pressupõe alterações na estrutura e dinâmica do Serviço de Saúde Comunitária do GHC. Não haverá ônus financeiros, ou investimento de recursos de qualquer natureza por parte da instituição GHC, e/ou por parte das pessoas pesquisadas. Para o desenvolvimento da pesquisa, foram utilizados recursos próprios do pesquisador, assumindo este a responsabilidade por todos os investimentos necessários em todas as suas etapas, não implicando em possibilidade de restituição de valores a qualquer título por parte do GHC.

1.6 CONTEXTO DA PESQUISA

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC), localizado em Porto Alegre, é uma instituição vinculada ao Ministério da Saúde e disponibiliza seus serviços exclusivamente para o SUS⁴. É formado por quatro unidades hospitalares: Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital da Criança Conceição, Hospital Cristo Redentor e Hospital Fêmina. As instituições citadas nasceram como instituições privadas e, no contexto de crise do setor da saúde da década de 1970, foram

desapropriadas pela União, tornando-se uma instituição pública, apesar de manter sua figura jurídica de direito privado, na modalidade Sociedade Anônima (S.A).

Os eixos estruturantes da missão GHC são a assistência à saúde, o ensino e a pesquisa. Conforme demonstra o quadro abaixo, os dados do GHC são significativos no intuito de compreender as dimensões desse complexo para o serviço público de saúde no estado do RS. O grupo é responsável pelo atendimento de 30% da demanda de assistência na região metropolitana de Porto Alegre e 20% do estado do RS.

DIMENSÃO DO GHC EM NÚMEROS

ITEM	INFORMAÇÃO
Nº DE TRABALHADORES – EMPREGO DIRETO	7.200
Nº DE LEITOS	1.800
Nº DE INTERNAÇÕES /MÊS	5.300
Nº DE CONSULTAS / DIA	5.000
Nº DE CIRUGIAS / MÊS	3.000
Nº DE PARTOS/MÊS	900

FONTE: GHC, 2008

O Serviço de Saúde Comunitária (SSC), onde se desenvolveu esta pesquisa, é o segmento do GHC responsável por prestar atenção primária à saúde. Possui 12 Unidades Básicas de Saúde localizadas na zona norte do município de Porto Alegre e atende a uma população aproximada de 125 mil pessoas, ou seja, aproximadamente 10% da população do município.

A origem do SSC do GHC está ligada à história da residência em Medicina Geral Comunitária, que nasce na década de 1980, a partir de preocupações com a formação médica adequada para atuação na atenção primária à saúde e sob influência do modelo inglês de saúde, posteriormente influenciado pelo Movimento Sanitário. Segundo afirma a pesquisadora,

⁴ A partir de 2003, no início do primeiro mandato do Presidente Lula, o grupo fez uma opção de atender exclusivamente ao SUS, deixando de atender por meio de convênios.

A emergência de movimentos nacionais que questionam e fazem proposição para a superação da crise da saúde pública no país irá influenciar o pensamento de profissionais e gestores do SSC, em especial o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (...). Como consequência dessas influências no contexto nacional, começa a romper-se neste serviço com o conceito mais restrito de Medicina de Família e a buscar estratégias que respondam mais amplamente às necessidades de saúde das comunidades, famílias e indivíduos atendidos nas unidades do SSC (RAUPP, 2006, p. 7).

Em 1989, nasce o SSC⁵, em decorrência do amadurecimento das experiências das unidades de saúde e o avanço de uma visão de Saúde Comunitária desenvolvida por profissionais de diferentes áreas na busca pela atenção interdisciplinar.

O SSC organiza-se a partir dos princípios da integralidade da atenção, continuidade do cuidado, porta de entrada do sistema de saúde e respeito às práticas e aos valores culturais da população. São desenvolvidos programas e ações que visam à atenção à saúde coletiva e individual. As ações estão direcionadas para a intervenção individual, familiar e comunitária com vistas à assistência, prevenção e educação em saúde.

As equipes estão estruturadas de acordo com o número de população do território e são constituídas por profissionais de diferentes formações: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem, ACS, Assistentes Sociais, Psicólogos, Odontólogos, Técnicos de Higiene Dental, entre outros profissionais. As equipes estão estruturadas também para ser um espaço permanente de formação de recursos humanos para profissionais da saúde servindo como campo de estágio e residência médica e multiprofissional para estudantes de 24 faculdades da área da saúde. Atualmente, o SSC conta com mais trezentos profissionais, sendo quarenta e quatro ACS, destes trinta seis são contratados pela prefeitura e oito contratados são funcionários do GHC. Cabe ressaltar que há muitos anos não são contratados ACS no grupo. Essa função faz parte das responsabilidades do município dentro do convênio com o PSF.

⁵ Primeiro nascem as Unidades de Saúde fruto de uma política de expansão dos serviços por parte do GHC em aliança com as demandas e reivindicações das comunidades locais que lutam por ampliação dos serviços de saúde na zona norte de Porto Alegre nos anos 1980.

1.7 PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Participaram desta pesquisa oito Agentes Comunitários de Saúde, sendo sete do sexo feminino e um do sexo masculino. Nessa profissão, assim como na maioria das profissões da área da saúde, há um predomínio da participação das mulheres na composição da categoria. O predomínio do gênero feminino nas profissões de saúde revela que o cuidado em saúde reflete a extensão do trabalho doméstico socialmente construído e historicamente justificado como uma função feminina.

Conforme apresenta o quadro abaixo, a maioria dos ACS está na profissão há quatro anos. Como exceção, há um dos entrevistados que está na profissão há dezesseis anos, sendo este remanescente do primeiro grupo de Agentes de Saúde contratados pelo GHC e também um dos primeiros a desenvolver essa profissão no Rio Grande do Sul.

Em relação ao perfil etário dos participantes, destacam-se dois grupos significativos: o primeiro concentra as pessoas com idade entre trinta e quarenta anos; o segundo é composto pela faixa etária de quarenta a cinquenta anos. A idade média dos entrevistados é de 35 anos.

Quanto à escolaridade dos participantes, o grupo pode ser dividido em duas situações: os que concluíram o ensino médio e os que estão com a escolaridade de nível superior incompleta, mas indicaram que estão estudando ou pretendendo retomar os estudos. Constatou-se que os pesquisados têm afinidades com as profissões oriundas do Serviço Social, da Psicologia e da Pedagogia, o revela uma identidade que vai se constituindo em torno das profissões sociais da saúde e da educação. Em momento algum da entrevista, houve indicação na perspectiva de formação profissional futura voltada para as áreas mais tradicionais da saúde – Medicina e Enfermagem, sendo isso um indicativo de uma identidade profissional que se constrói muito próxima da área social. É possível que seja uma particularidade desse grupo e, certamente, necessita ser melhor analisada, visto que em outra pesquisa encontram-se dados que apontam o campo da enfermagem como horizonte profissional de aspiração dos ACS.⁶

⁶ Pesquisa realizada com ACS do município de Viamão RS, segundo a qual “muitos têm vontade de fazer o curso técnico de enfermagem” (JUNGES, SCHNEIDER e OLIVEIRA, 2007, p. 167).

É importante destacar que a trajetória profissional do conjunto de participantes desta pesquisa pode ser caracterizada com a expressão múltiplas trajetórias⁷. São pessoas oriundas de diferentes áreas profissionais e situações de subemprego ou desemprego. Outro fator relevante a ser observado é a participação social, na medida em que a maioria dos entrevistados tem algum vínculo comunitário em suas trajetórias de vida.

QUADRO 1 – Perfil dos ACS entrevistados

QUADRO DE ENTREVISTAS REALIZADAS

QUEM	IDADE	ESCOLARIDADE	TEMPO DE ACS	TRAJETORIA PROFISSIONAL	PARTICIPAÇÃO SOCIAL
ACS1T	27	Superior incompleto	4 anos	Comércio e Autônomo	MOVA, Grupos comunitários
ACS2J	30	Ensino médio incompleto	4 anos	Prestação de serviços	FORMASUS
ACS3B	52	Superior incompleto	16 anos	Serviços domésticos	Igreja, pastoral da criança
ACS4H	40	Ensino médio	4 anos	Educação e Serviços comunitários	Mova, O.P, Movimento Popular
ACS5D	42	Superior incompleto	4 anos	Comércio, Indústria e Autônomo	----
ACS6L	45	Superior incompleto	4 anos	Educação e Serviços administrativos	Atuação comunitária Cidadã
ACS7D	36	Ensino médio	4 anos	Educação / Creches, Serviços domésticos	----
ACS8A	46	Ensino médio	4 anos	Autônomo e Comércio	----

Fonte: Entrevistas realizadas, 2008.

⁷ No capítulo referente à análise, este aspecto será tratado de forma mais aprofundada.

2 AS TRANSFORMAÇÕES NO MUNDO DO TRABALHO

2.1 MUDANÇAS EM CURSO NO MUNDO DO TRABALHO

O impacto das mudanças em curso no mundo do trabalho ainda não foi totalmente avaliado e compreendido. Todavia, estudiosos do tema produziram análises suficientes para constituir um referencial acerca das tendências estabelecidas no universo do trabalho no final do século XX e começo do século XXI.

Para alguns teóricos como Chesnais, Mészáros e Ricardo Antunes, vivemos hoje uma nova fase do capitalismo. Esse novo momento, que se inicia a partir dos anos 70, é gerado pela crise estrutural do sistema e trouxe ao mundo transformações qualitativas. Trata-se de uma crise estrutural do capitalismo, um desdobrar da crise de superprodução iniciada na década 60 e início dos anos 70. Características próprias desse novo momento levaram o regime de acumulação capitalista a um novo patamar, o que François Chesnais (1999) chama de “regime de acumulação predominantemente financeira”.

A fim de se compreender o movimento do capital nessa nova fase do capitalismo, é necessário apreender os movimentos oriundos da esfera financeira. Segundo Chesnais, a *mundialização financeira* é parte do movimento de ascensão do capital financeiro e das políticas neoliberais⁸ que lhe dão sustentação. A crise do capitalismo tem sua origem na incapacidade do capital produtivo de continuar tendo taxas de lucros tais como a do ciclo do pós-guerra, ou seja, a raiz da crise está no excesso da capacidade de produção.

Os capitais passaram a se deslocar exaustivamente para as finanças a partir do momento em que estava caracterizada a crise de superprodução com taxa de lucro insignificante, assim, os mercados já não podiam mais absorver todas as mercadorias que o sistema era capaz de produzir. A queda da lucratividade das economias foi o sinal de alerta interpretado pelos capitalistas como o momento para diversificar suas aplicações, não exatamente em outros setores do capital produtivo, mas sobretudo na esfera financeira especulativa.

⁸ Aquilo que se tem chamado de neoliberalismo constitui, em primeiro lugar, uma ideologia, uma forma de ver o mundo social, uma corrente de pensamento. Elas acentuam duas grandes exigências gerais e complementares: privatizar as empresas estatais e serviços públicos, além de desregular e diminuir a interferência dos poderes públicos sobre os empreendimentos privados (MORAES, 2001).

A globalização, ou segundo Chesnais, a “mundialização do capital”, é um processo econômico, mas também ideológico que impõe ao mundo a orientação capitalista como uma imposição dos tempos contra a qual não há alternativas. As políticas neoliberais e a conseqüente reestruturação produtiva visam à instauração de um novo ciclo de crescimento e de altos lucros.

O processo de “mundialização de o capital” revelou a importância dos investimentos externos diretos. É o momento de o capital valorizar-se diretamente em locais onde antes se buscava apenas trocar mercadorias. Ocorreu a expansão do capital para todos os lugares em que houvesse chances de lucros, mesmo nos mais distantes lugares do planeta, onde fosse mais barato produzir e reproduzir o capital, o que implica irradiar pelo mundo não apenas o modo de produzir capitalista, mas o conjunto de suas relações sociais. O que há de novo no fenômeno é o fato de não se tratar mais de uma globalização de trocas, ou de uma continuidade da ocidentalização do mundo como ocorreu no mercantilismo no século XVI, mas de uma globalização do capital. Isso implicou além do prosseguimento da constituição de um mercado mundial, uma globalização da relação capital e capitalismo.

A crise atual, diferente do que analisam os neoliberais, não é conseqüência do capital financeiro, ao contrário, o capital financeiro é uma conseqüência dessa crise:

a consideração de que a crise do fordismo-taylorismo é uma manifestação fenomênica de uma crise maior, de caráter estrutural, tem grande importância teórico-prática, coloca uma pá-de-cal na tese economicista que vincula a reestruturação produtiva a uma suposta Terceira Revolução Industrial (LEHER, 2002, p. 156).

Alguns cientistas sociais situam a crise do modelo de produção capitalista no contexto da emergência de um novo padrão de acumulação capitalista que começa a se desenvolver com base na produção flexível ou, como alguns preferem, com base na reestruturação produtiva. Compreende-se tal processo como a capacidade de dispor das novas tecnologias e formas de gestão do trabalho, para assim potencializar o processo produtivo de forma a responder com maior agilidade e rapidez às exigências dos mercados globalizados e ao acirramento da concorrência entre capitalistas.

O novo modo de operar do capitalismo não significa que ele esteja ficando mais desorganizado. Pelo contrário, o capitalismo tem se tornado cada vez mais organizado através da dispersão, da mobilidade geográfica e das respostas flexíveis nos mercados e processos de trabalho e nos mercados de consumo; tudo isso acompanhado por pesadas doses de inovação tecnológica (HARVEY, 1992).

Esse processo tem como elemento impulsionador uma nova onda tecnológica de base microeletrônica. São efeitos imediatos desse novo patamar tecnológico: a geração e rápida difusão de inovações tecnológicas e técnicas de organização do trabalho; as profundas mudanças na estrutura produtiva e nos padrões de concorrência em escala mundial; as mudanças radicais no perfil e composição do mercado de trabalho; um acentuado processo de desqualificação do trabalho, o aumento do desemprego e a exclusão social (ANTUNES, 2003). Para outros autores, o que há de mais relevante nas transformações ocorridas recentemente é a emergência de uma nova “*Questão Social*” e o enfraquecimento da *Sociedade Salarial*⁹, baseada no pacto social realizado, sobretudo no âmbito dos países industrializados, entre trabalhadores, empresas e Estado, sustentada na produção e no consumo em massa, na promessa de pleno emprego e na proteção social (CASTEL, 1998).

A reestruturação do mundo do trabalho é fruto de uma crise multifacetada onde os condicionantes sociais, econômicos e técnicos estão relacionados entre si e impulsionam uma nova maneira de fazer e compreender o mundo do trabalho e a relação capital-trabalho. Assim, como lembra Ricardo Antunes,

o trabalho permanece como referência central, não só em sua dimensão econômica, mas também quando se concebe o trabalho em seu universo psicológico, cultural e simbólico, fato perceptível quando se analisam as relações daqueles que vivenciam cotidianamente o flagelo do desemprego, do não-trabalho, do não-labor (ANTUNES, 2005, p. 13).

Como alternativa à crise intensifica-se, em diversos países do mundo, a adoção do neoliberalismo enquanto política do capital. Desde então, e num ritmo crescente, foram questionadas as políticas do Estado de Bem Estar Social como incapazes de fazer voltar a lucratividade do capital. São adotadas políticas que provocam desemprego a fim de reduzir os custos salariais e aumentar a exploração do trabalho.

Como resposta à [...] crise, iniciou-se um processo de reorganização do capital e de seu sistema ideológico e político de dominação, cujos contornos mais evidentes foram o advento do neoliberalismo, com a privatização do Estado, a desregulamentação dos direitos do trabalho e a desmontagem do setor produtivo estatal (ANTUNES, 2003, p. 31).

⁹ O mercado de trabalho no século XX foi fortemente marcado pelo fato de as relações de trabalho assumirem uma forma contratual, através da figura do emprego, capaz de estabelecer um conjunto de regras e proteções sociais denominadas de Estado de Bem Estar Social. O trabalho assalariado vincula-se às proteções sociais, matriz da sociedade salarial moderna (CASTEL, 1998).

Outra característica marcante da adoção do neoliberalismo é o processo de desregulamentação, flexibilização e terceirização das relações de trabalho. Ou seja, em diversos países do mundo, o capital rompeu as amarras da lei e as regras que buscavam socialmente regulamentá-lo. Os Estados capitalistas trataram de implantar as políticas de privatização e desregulamentação necessárias ao êxito do capital, ao mesmo tempo que passaram a controlar os movimentos sociais e os mecanismos de democracia. A investida das forças capitalistas sobre as conquistas dos trabalhadores, o enfraquecimento dos sindicatos e a cooptação de parte dos movimentos sociais pelo Estado marcam toda uma ação do sistema que busca o retorno dos lucros e reprodução do capital com base na velha máxima da liberdade de ação do capital. Novamente, Ricardo Antunes aponta elementos significativos para compor a análise desse processo, ressalta-se que

é preciso que se diga de forma clara: desregulamentação, flexibilização e terceirização, bem como todo esse receituário que se esparrama pelo mundo empresarial, são expressões de uma lógica societal onde o capital vale e a força humana de trabalho só conta enquanto parcela imprescindível para a reprodução deste mesmo capital (ANTUNES, 2002, p. 38).

As transformações qualitativas não param na alteração da força política entre capital e trabalho. Tornou-se imperativa uma nova orientação ao processo de internacionalização capitalista, de modo que o capital globalizado tivesse mais liberdade de movimentação na esfera internacional entre os países e de um continente a outro.

Nos últimos trinta anos, o sistema capitalista não conseguiu impulsionar um novo ciclo de crescimento. A economia capitalista sobrevive artificialmente: apropriando-se dos fundos públicos; reestruturando o Estado; retirando garantias e avanços sociais; ampliando, assim, as condições para a reprodução ampliada do capital.

Apesar da variedade de posições dos estudiosos, esse conjunto de mudanças é visto, em geral, como um processo de superação do *Modelo Fordista* de organização social da produção (LEITE, 1994). Os autores, em sua maioria, defendem a tese segundo a qual vem se constituindo um novo paradigma tecnológico – nova forma de organização nos processos de trabalho – ou, ainda, a quarta geração de um processo de racionalização do trabalho, cujo ponto de partida encontra-se em Taylor.

2.2 TRABALHO E EDUCAÇÃO

O debate sobre trabalho e educação é complexo e deve ser considerado a partir das relações estruturais entre capital e trabalho. O trabalho assume formas e significados específicos em cada período histórico e em cada sociedade e sua compreensão depende da análise de como ele objetivamente se manifesta. A relação entre a educação e o trabalho é dialética e comporta uma tensão permanente entre capitalismo e democracia (ENGUITA, 2004). O capital tende a buscar novas formas de gerenciamento da produção, como mecanismos de aumento das suas taxas de acumulação, passando a exigir dos trabalhadores novos comportamentos e atitudes no que diz respeito ao seu maior envolvimento com o processo de produção. Nesse aspecto, o processo produtivo, ao se transformar, gera exigências para aquisições de novos conhecimentos e atribui à educação novos papéis (LAVAL, 2004).

A reestruturação produtiva e a inserção competitiva no mundo globalizado acirram a concorrência pelos mercados entre as empresas, regiões e países, e esse contexto requer uma força de trabalho qualificada, mediante aptidões e atitudes que favoreçam a sua maior integração no processo produtivo. Nessa perspectiva, o trabalho qualificado passa a ser visto como item diferencial na participação dos produtores em diferentes mercados, sendo que tais argumentos vêm justificando a retomada da importância da educação para o desenvolvimento econômico, o que recoloca o tema como elemento estratégico das políticas sociais.

Nesse contexto, o discurso do capital para a educação dá ênfase à formação de profissionais flexíveis, que acompanhem as rápidas mudanças tecnológicas em curso. O foco central é a formação de um trabalhador polivalente, participativo, com elevada capacidade de abstração e decisão, preparado para atender às novas necessidades do capital diante do alto grau de desenvolvimento tecnológico das forças produtivas. (FRIGOTTO, 1998).

A concepção de educação predominante na atualidade está pautada numa visão economicista, a qual considera o conhecimento um capital que deve ser voltado para o crescimento econômico. Nesse sentido, a educação é concebida apenas como uma instituição que qualifica pessoas para a ação na esfera econômica, sendo essa ação restrita ao mercado de

trabalho. Então, o conceito hegemônico recupera a essência da teoria do capital humano,¹⁰ colocando em uma só direção a relação entre educação e desenvolvimento econômico.

Assim, a educação na lógica do capital tem o objetivo de inserir os indivíduos no mercado de trabalho por meio do desenvolvimento de competências e habilidades, ou seja, além de uma formação escolar mínima, é exigido dos trabalhadores também um conjunto de atributos e características pessoais que os tornariam mais empregáveis no mercado de trabalho cada vez mais competitivo (LAVAL, 2004).

Para Paiva, o conceito de qualificação começa a ser substituído pelo de competência, no qual

Não se trata de considerar “competências” como tendo um sentido mais restrito que qualificação; mas certamente trata-se de um atendimento mais estrito (incluindo elementos atitudinais, características de personalidade, elementos menos mensuráveis objetivamente) das necessidades do capital, por um lado, e a um preparo adequado aos novos tempos em que é preciso encontrar alternativas ao desemprego, por outro (PAIVA, 2002, p. 52).

As competências referem-se à capacidade relacional de mobilização de conhecimentos e saberes direcionados às necessidades do capital, desloca o sentido da qualificação das instituições formais e da experiência adquirida para considerar aspectos individuais e disposições subjetivas, sendo as virtudes pessoais acionadas como parte das competências. Para o capitalismo, o sistema educacional tem como finalidade promover a capacitação dos trabalhadores a fim de que desempenhem as atividades profissionais. As empresas trabalham muito com a idéia de competência relacionada a virtudes pessoais; não basta apenas conhecimento, é necessário interesse, motivação e criatividade, transfere-se, assim, a responsabilidade pela qualificação do social para os indivíduos (PAIVA, 2002).

A noção de competência profissional pode ser definida pela capacidade de articular, mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas em uma dada situação concreta. Frente aos eventos produtivos, espera-se do trabalhador iniciativas que mobilizem seus diferentes saberes. Essa noção vincula-se à perspectiva da

¹⁰ Os economistas designam capital humano, o ‘estoque de conhecimentos valorizáveis economicamente e incorporados aos indivíduos’. São as qualificações adquiridas inicialmente, seja no sistema de formação, seja na experiência profissional. (...) Assim, segundo OCDE, o capital humano reuniria os conhecimentos, as qualificações, as competências e características individuais que facilitam a criação do bem-estar pessoal e econômico (LAVAL, 2004, p. 25).

produção flexível e encaixa-se perfeitamente com a necessidade de formar trabalhadores polivalentes e multifuncionais conforme as necessidades do mercado no contexto da Reestruturação Produtiva e as suas condicionantes – novas formas de organização do trabalho e da educação (DELUIZ, 2001).

Embora as competências sejam aquisições de habilidades, passam a constituir-se em atributos individuais, uma vez que se alimentam de conhecimentos que se formam socialmente. A noção de competência disputa espaço com a de qualificação, sobrepondo-se ela, de tal forma, que há uma supervalorização da noção de competências com fator econômico do capital e patrimônio subjetivo do trabalhador, que se afirma como a ideologia do capital no âmbito da produção e da educação.

Uma conotação sociológica da competência exigiria pensá-la também no plano complexo das relações sociais, políticas econômicas, portanto, indo além do sujeito isolado, para compreender as complexas transformações e implicações de sua apropriação pelas políticas de educação profissional e, em última instância, das relações de trabalho e de educação (RAMOS, 2001, p. 169).

É necessário considerar a noção de competência enquanto uma construção social, ou seja, uma concepção em disputa, eis porque não existe um conteúdo único que a explique, a não ser quando associada à utilização do conceito ao contexto do seu uso.

Os novos processos de produção fazem também emergir um novo conceito de qualificação. “O tradicional conceito de qualificação, implicando escolarização formal, supondo anos de escolaridade previamente determinados em seu conteúdo, bem como os correspondentes diplomas, tem uma relação direta com o assalariamento e a sociedade industrial” (PAIVA, 2002, p. 60). Já a sociedade da acumulação flexível passa a exigir outras respostas enquanto modelo de qualificação. Trata-se de uma nova relação entre educação e trabalho, onde os conhecimentos técnico-científicos e o desenvolvimento dessas habilidades são exatamente aqueles identificados como conteúdos da educação geral. Em outras palavras, o novo cenário do mundo do trabalho impõe uma aproximação de duas esferas até então bastante distintas: o sistema de educação geral e o sistema de educação profissional. Mais do que isso, esse novo cenário implica a introdução de um novo conceito de educação para o trabalho, que não pode mais se limitar às especificidades do posto de trabalho e exige dos trabalhadores uma maior qualificação.

É importante também ressaltar que analisar as mudanças dos requisitos de qualificação considerando somente as modificações aparentes pode resultar em conclusões equivocadas, haja vista que o novo cenário da qualificação vem acompanhado por uma dimensão contraditória e de igual importância à desqualificação. Conforme salienta Arroyo, qualificação e desqualificação se inserem em processos contraditórios onde

o próprio processo produtivo impõe limites a esse movimento mecânico de desqualificação da maioria e hiperqualificação da minoria, não só porque se dá uma permanente resistência à desqualificação, mas porque o movimento de valorização do capital, acumulação, e produção de excedente põe limites a essa desqualificação (ARROYO, 1990, p. 37).

O autor aponta que muitas análises sobre o tema simplificam a discussão acerca da desqualificação do trabalho capitalista, produzindo um certo reducionismo que dificulta o avanço na compreensão das dimensões formadoras, ou deformadoras, do trabalho:

a ênfase posta na qualificação - educação enquanto domínio do saber ou enquanto conhecimento dos processos de produção nos tem levado a não captar a totalidade da nova qualificação trazida pelas novas formas de produção. Padecemos de uma tradição pedagógica que apenas vê educação na informação, instrução, verbalização ou no cultivo do intelecto, enquanto o trabalho sempre cultivou a totalidade do aprendizado, da constituição humana (ARROYO, 1990, p. 39).

Segundo Marise Ramos (2001), a qualificação deve ser compreendida como o resultado de uma construção social dinâmica, síntese das dimensões conceitual, social e experimental. Ressalta que não se deve analisar essas dimensões de forma isolada, em função de que elas perdem o sentido.

Para a autora,

o conceito de qualificação exige que se enfoque o sujeito face à objetividade das relações sociais em que está inserido. Assim, a qualificação depende tanto das condições objetivas de trabalho quanto da disposição subjetiva por meio da qual os trabalhadores coletivos como sujeitos ativos, constroem e reconstruem sua profissionalidade. A qualificação individual é ao mesmo tempo pressuposto e resultado de um processo de qualificação coletiva, processo este dado pelas condições na organização da produção social (RAMOS, 2001, p. 54).

A responsabilidade do profissional – anteriormente fundada no comportamento, *disciplina e esforço* – apresenta hoje um conteúdo que se baseia na busca de manutenção do processo

produtivo. Do mesmo modo, o conhecimento ligado à experiência, à habilidade manual e à rotina requer maior domínio cognitivo, associado diretamente à capacidade de identificar e resolver problemas.

Essa realidade faz pensar que as expressões como formação profissional e qualificação profissional estão sendo gradativamente substituídas por educação profissional. Assim, não se trata apenas de atribuir um novo nome para as atividades educativas voltadas à formação para o trabalho; ao contrário, trata-se de uma nova forma de conceber a educação para o trabalho, na qual se atenuam os limites entre educação geral e formação profissional. Na visão de Kuenzen, trabalho e cidadania exigem desenvolvimento integral do indivíduo, o qual é, ao mesmo tempo, trabalhador e cidadão competente e consciente (KUEZEN, 2002).

Nesse sentido, cresce a interdependência de funções e níveis, o que resulta na relevância do trabalho em equipe, em detrimento dos postos de trabalho e na compreensão de que a constituição de parcerias propicia, por meio de trabalho conjunto e articulado, a criação de novos conhecimentos para superar os desafios surgidos em decorrência das mudanças no mundo do trabalho. Semelhante articulação pressupõe a disseminação do saber, da informação e da formação.

A educação permanece sendo tema inquietante, no contexto da reestruturação do mundo do trabalho, caracterizado por dificuldades e incertezas no plano econômico e no campo tecnológico. Poder-se-á, então, concluir que a educação e um de seus desdobramentos – *a formação profissional* – representam pontos centrais da revolução industrial contemporânea, fato que tem encontrado desdobramentos nos processos de trabalho e nas novas formas de produção em saúde (MANFREDI, 2002).

A relação entre trabalho e educação ganha novos contornos nesse cenário de intensa difusão das novas tecnologias dando origem a profundas modificações na estrutura da qualificação profissional. Nesse cenário, transforma-se o modo de executar o trabalho e, em consequência, o modo como se organiza a formação dos trabalhadores.

Nessa perspectiva, seria impossível escrever a respeito da educação sem estabelecer relações recíprocas de influência com o mundo do trabalho. Essa clara vinculação entre trabalho e educação constitui uma questão relevante para um mundo em transformações onde a educação

surge como uma necessidade fundamental para a produção, sistematização e a socialização de saberes que tem implicações diretas nos processos produtivos e nos avanços tecnológicos.

2.3 TRABALHO E SAÚDE

A produção na saúde se realiza, sobretudo, por meio do “trabalho ‘vivo em ato’”, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Mas o trabalho vivo interage todo o tempo com instrumentos, normas, máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias. Estas formas de interações configuram um certo sentido no modo de produzir o cuidado (MERHY, 2002).

Guardadas as devidas proporções e especificidades, o setor de saúde passa pelos mesmos processos de transformação do mundo do trabalho, e tais processos não estão desvinculados das mudanças de paradigma verificadas mundialmente no campo da saúde. “A semelhança do que acontece nos restantes domínios da atividade social e profissional, o campo da saúde vive mutações importantes, decorrentes da revolução tecnológica e informacional” (CANÁRIO, 2003, p. 119). As mudanças que invadem o setor alteram significativamente o modo de produzir o cuidado no campo da saúde, para que o setor seja hegemônico pelo núcleo tecnológico do trabalho, expresso na inserção excessiva de máquinas e procedimentos onerosos na terapêutica. A chamada reestruturação produtiva em saúde, em sua vertente de inovação tecnológica, é um processo que ocorre de forma desigual¹¹, gerando diversos graus de mudança no interior dos processos de trabalho em saúde.

As mudanças dos processos produtivos no campo da saúde podem ser verificadas na incorporação de novas tecnologias na organização do trabalho, no uso intensivo de equipamentos de alta tecnologia, na dependência do uso de remédios produzidos por um número restrito de

¹¹Desigualdade espacial: alguns centros urbanos concentram quase a totalidade das inovações tecnológicas. Desigualdade na distribuição setorial: alguns setores são altamente permeados por processos de trabalho e equipamentos de alta tecnologia, enquanto outros operam em condições precárias e tecnologicamente defasadas. Desigualdade no acesso: o que determina, muitas vezes, a introdução e o desenvolvimento tecnológico é a possibilidade de venda dos serviços (o mercado) e não a necessidade social.

laboratórios multinacionais e, até mesmo, nas mudanças de atitudes dos profissionais no modo de produzir o *cuidado*¹² (MERHY; FRANCO, 2006).

O avanço tecnológico impõe-se ao promover a inserção acelerada do setor da saúde no processo produtivo pautado pela dinâmica capitalista do lucro. A defesa da modernização sistemática dessa área costuma esconder os interesses do chamado complexo *médico-industrial*: empresas médicas, laboratórios, indústrias farmacêuticas e de equipamentos.

Por outro lado, verifica-se que a incorporação de altas tecnologias não significa, necessariamente, melhor qualidade de vida para a população assistida,

por isso, é interessante olhar com atenção o conjunto desses processos de reestruturação produtiva e de transição tecnológica, pois os grupos do capital financeiro vêm-se utilizando intensamente de dispositivos muito semelhantes aos modelos em defesa da vida, [...] voltando-se, entretanto, para a produção de capital e não de mais vida. Assim esse movimento não é na direção do usuário, mas na do próprio mercado da saúde (MERHY; FRANCO, 2006, p. 229).

Torna-se fundamental evidenciar que diferentes visões e interesses são subjacentes ao processo de reestruturação produtiva em saúde, uma vez que há dois modelos ideais de saúde em jogo. São ideais em virtude de que não existem na realidade tal como são descritos aqui, visto que eles coexistem e se interpenetram. O primeiro modelo, fundado na incorporação plena de altas tecnologias, parte do pressuposto da doença como expressão individual e tem como horizonte a realização do diagnóstico e do tratamento com base nas tecnologias e especialidades (compartimentadas) disponíveis, com vistas à cura do doente. O segundo é o modelo holístico que parte da integralidade do ser humano, um ser biopsicossocial que necessita de cuidado e acesso a todas as tecnologias necessárias para o restabelecimento de sua saúde. É com base nesses dois modelos que se constroem os sistemas, os programas de formação bem como os processos de trabalho em saúde.

O modelo denominado holístico, pressuposto da organização dos serviços de saúde comunitária onde atuam os ACS, parte da integração das áreas de conhecimento das ciências humanas e biológicas, na tentativa de não só explicar o homem em seu ambiente e suas

¹² “(...) o cuidado em saúde é sempre atividade prática (entendida como ação frente a outro visando certos resultados práticos), que tem como referência a ciência e a técnica, exige também uma saber prático. O cuidado é sempre um exercício, não podendo seu objetivo estar definido *a priori*, nem as formas de alcançá-lo, mas representando na ação articulada de meios e fins” (AIRES, 2004, apud SILVA e DALMASO, 2002, p. 99).

necessidades de saúde, mas na de compreendê-lo enquanto um ser histórico, com autonomia para se reconhecer como sujeito de um processo integral. A concepção desse modelo propõe a superação do modelo tradicional, que fragmenta não só a assistência, mas o próprio trabalhador.

Segundo Merhy, analisar os efeitos da reestruturação produtiva nos processos de trabalho em saúde não é simples. Sendo assim, o autor aponta para a reflexão do caminho da “micropolítica dos processos de trabalho”, que consiste na análise do *trabalho em ato* que lida com três tipos de tecnologias de trabalho:

As centradas em máquinas e instrumentos, chamadas de tecnologias duras; as do conhecimento técnico (saberes), tecnologias leves-duras; e as das relações, tecnologias leves. Todas estas dimensões das tecnologias operam o “trabalho morto” e “trabalho vivo em ato”, compondo assim distintos processos de produção da assistência à saúde, que define o núcleo tecnológico do trabalho (MEHRY, 2006, P. 228)

As “leves” são as ferramentas associadas ao conhecimento que se revelam nas relações e se transformam no ato do trabalho em saber materializado no cuidado em saúde; poder-se-á citar como exemplos de tecnologias leves o *ato da escuta, a consulta e a visita domiciliar*. As “leves-duras” estão associadas às interações com os equipamentos onde requer o conhecimento da seleção das informações compatíveis com uma dada tecnologia; ou seja, ocorre na mediação por raciocínios mentais para codificação de uma informação de um saber. As tecnologias “duras” são materializadas em equipamentos, ferramentas e seus códigos de funcionamento. Para o autor,

Discutir a tecnologia não é discutir equipamento e nem o moderno e o novo, mas discutir o proceder eficaz de determinados saberes e suas finalidades. Em saúde, a tecnologia está nos diferentes saberes que procuram ler o nosso mundo humano do ponto de vista da saúde e da doença, do normal e do patológico, da vida e da morte, procurando construir procedimentos eficazes de intervenção nestes processos (MERHY, 2002, p. 124).

Assim, para além das máquinas e do conhecimento técnico, há algo nuclear no trabalho em saúde, mais precisamente as relações entre os sujeitos e o seu agir cotidiano. Nesse sentido, parece significativo e atual qualificar de que forma os sujeitos trabalhadores constroem os seus saberes, trajetórias e identidade profissional no universo do processo e das relações de trabalho em saúde. Por último, é importante compartilhar uma convicção de que o trabalho em saúde é sempre coletivo: não há trabalhador da saúde que consiga sozinho dar conta do complexo objeto do ato de cuidar, já que um profissional depende dos outros para produzir o trabalho em saúde.

3 DA CONSTITUIÇÃO DO SUS AO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A partir do final década de 1970, fatores de ordem política, econômica, social e sanitária criaram as condições para a realização de uma importante reestruturação na organização dos serviços de saúde no Brasil¹³, cujo princípio básico: “saúde como um direito do cidadão e dever do Estado”, tem como origem o movimento de Reforma Sanitária¹⁴ situado no processo de redemocratização do país e fortemente influenciado pelos ideais da Conferência Internacional de Alma-Ata¹⁵, realizada em 1978, sobre Atenção Primária à Saúde. Entre outros aspectos, essa conferência produziu um posicionamento crítico contra a elitização da prática médica e uma reação à acentuada medicalização da saúde. Por outro lado, elegeu a saúde como um dos direitos fundamentais do homem e estabeleceu como meta “Saúde para todos no ano 2000”, recomendando para isso a adoção de oito estratégias essenciais, a saber: (1) educação dirigida para os problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle; (2) promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada; (3) abastecimento de água e saneamento básico apropriados; (4) atenção materno-infantil, incluindo o planejamento familiar; (5) imunização contra as principais doenças infecciosas; (6) prevenção e controle de doenças endêmicas; (7) tratamento apropriado de doenças comuns e acidentes; e (8) distribuição de medicamentos básicos (OMS, 1978).

Nesse contexto dos anos de 1980, constituíram-se no Brasil diversas experiências alternativas de modelo de Atenção Primária à Saúde em contraposição ao modelo assistencial hegemônico e excludente, baseado na oferta de procedimentos e ações curativas centrados na

¹³ A implantação do SUS coincide com uma conjuntura de crise e reformas econômicas que propõem como alternativa o reordenamento do papel do Estado com a realização de ajustes nas políticas econômicas e sociais. Esse contexto é fator determinante para compreensão das fragilidades e descontinuidades na implantação da reforma sanitária ocorrida com a redemocratização do Brasil pós-governo militar (MENECUCCI, 2004).

¹⁴ O Movimento Sanitário questiona os efeitos do sistema econômico sobre a saúde e propõe novas formas de se fazer saúde, visando, principalmente, promover a democratização do acesso e a humanização do atendimento (MENDES, 1996).

¹⁵ Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, realizada em setembro de 1978, em Alma-Ata, URSS (atual Cazaquistão).

atenção hospitalar e em serviços especializados oferecidos de forma fragmentada. Dentre as experiências alternativas constituídas, poder-se-á citar as iniciativas organizadas nos municípios de Vitória (ES), Campinas (SP) e Porto Alegre (RS). De acordo com o resgate histórico produzido por FUHRMANN (2003), Porto Alegre abriga duas experiências pioneiras da concepção de Saúde de Família e Comunidade organizadas a partir de década de 1970 sob influência de Alma-Ata e do modelo inglês de saúde da família. A primeira é a unidade Sanitária Murialdo, mantida pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, cujas características de atendimento simplificado, organizado para comunidades em risco sócio-sanitário, tornou-se uma das referências para organização de serviços básicos de saúde; a segunda é a constituição do Serviço de Saúde Comunitária do GHC, que teve início em 1983 com a organização da unidade de saúde da família e comunidade do Hospital Conceição. Conforme registro da autora:

O Grupo Hospitalar Conceição descentralizou os serviços de saúde ambulatoriais, oferecidos até então nos hospitais da rede, em postos de saúde dentro de algumas comunidades pobres da zona norte da capital rio-grandense. (...) a descentralização dos serviços básicos de saúde da rede Conceição perdura até os dias de hoje (FUHRMANN, 2003, p. 3).

No momento em que se resgata a discussão sobre o projeto da reforma sanitária brasileira, constata-se que essa propõe como bandeira um sistema de saúde público, de caráter universal, com participação e controle social, racional no uso dos recursos e financiado pelo Estado. O Movimento de Reforma Sanitária é também um projeto que visa à democratização do Estado e ao combate das desigualdades sociais. Tal movimento culminou com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, a partir da qual, o governo reconheceu a necessidade de reestruturação do sistema nacional de saúde através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que representa um novo arcabouço institucional onde aparece pela primeira vez no Brasil a separação dos sistemas de saúde e de previdência.

Esses princípios foram incorporados à Constituição de 1988¹⁶ e à legislação complementar, dando origem ao SUS, que tem como princípios a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e o controle social (Lei 8080/90 e Lei 8142/90)¹⁷.

¹⁶ Na Constituição de 1988, a saúde passou a ser entendida como direito social universal, um direito de cidadania.

¹⁷ Lei 8.142/90 Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços.

O atual texto constitucional institui a saúde como direito de todos e dever do Estado enquanto acesso universal e igualitário às ações e serviços de produção, proteção e recuperação da saúde (art.201). Institui ainda a participação, em caráter complementar, das instituições privadas do setor no Sistema Único de Saúde. Igualmente institui a descentralização com direção única em cada esfera de governo, o atendimento integral com prioridade para atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação da comunidade. Compromete, quanto ao financiamento, a participação de recursos do orçamento de seguridade social, da União, dos Estados e Municípios, Distrito Federal e dos Territórios (COHN, 2003, p. 50).

O texto constitucional consagrou uma concepção democrática de política pública de saúde com vistas à superação do modelo médico assistencial, hospitalocêntrico¹⁸, baseado em ações curativas. Esse modelo constituía-se num sistema que não beneficiava toda a população, uma vez que somente os trabalhadores contratados pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que contribuía com a Previdência Social, poderiam dispor dos serviços de assistência à saúde, cujo papel do Estado restringia-se à regulação do mesmo abstendo-se do compromisso da promoção do acesso universal à saúde. Em outras palavras, quem necessitasse de assistência médica deveria pagar diretamente por ela, ser atendido em instituições filantrópicas ou, ainda, estar inserido formalmente no mercado de trabalho. O sistema era baseado na contratação de serviços médicos privados, estruturados em grandes hospitais vinculados ao governo federal. Esse sistema privilegiava o setor privado em detrimento do público que, sem investimento financeiro, encontrava-se defasado, se comparado ao primeiro.

As ações de saúde pública preventiva (vacinação, saneamento, controle de endemias) eram de acesso universal, mesmo que funcionassem paralelamente a ações curativas. Como resultado, o modelo de atenção dispendido à saúde era inadequado às reais necessidades da população como um todo. Não havia integralidade devido à nítida separação existente entre a prevenção e a cura.

Conforme aponta MENDES (1996), neste século, o sistema de saúde no Brasil transitou do modelo sanitário campanhista para o assistencial privatista, até chegar, no final dos anos 80, ao modelo plural, hoje vigente. Para o autor, o SUS é um processo em construção que vem implantando mudanças significativas no paradigma de atenção à saúde. Longe de ser uma unanimidade, o SUS se constrói na trajetória política do debate permanente entre as instituições e grupos de pressão favoráveis a sua plena efetivação e a resistência de alguns setores da

¹⁸ Esse modelo toma o hospital e as especialidades médicas como centro de organização do sistema de saúde.

sociedade¹⁹. Pode-se assim afirmar que a identidade do SUS é forjada na disputa política entre o interesse público e o privado (MENEUCUCCI, 2004).

É importante ressaltar que, no contexto dos anos 1980, o debate sobre o modelo de saúde adequado à realidade brasileira ocorre simultaneamente a outro de inspiração neoliberal. Este último é pautado por programas de ajuste econômico, privatização e controle dos gastos públicos. Em virtude disso, a aprovação legal do SUS como uma política de ampliação de direito social constitui-se num cenário contraditório – sua aprovação e implantação ocorrem sob a orientação de governos aliados às políticas neoliberais, que se orientam pela redução da ação do Estado em diversas áreas, sobretudo a da saúde.

Enquanto concepção, o SUS é uma tentativa de superação de dois modelos paralelos de prestação de serviços em saúde: um deles focado nas ações individuais e curativas; o outro nas ações coletivas e preventivas²⁰. Este último parte da concepção de que o processo *saúde-doença-cuidado* é um todo indivisível. O modelo focado na prevenção pretende articular ações de caráter preventivo com aquelas essencialmente curativas e se orienta pela desconcentração das ações nas esferas predominantemente hospitalares e privadas.

O SUS está ancorado na perspectiva da afirmação do Estado democrático de direito, construído com a participação da sociedade e se caracteriza pela introdução de um novo modelo de pacto federativo baseado na descentralização do poder para níveis de responsabilidades. O sistema tem como pressuposto o controle social, a co-responsabilidade entre as esferas de governo e a gradativa municipalização do setor de saúde, fazendo emergir uma nova realidade institucional no campo da organização dos serviços de saúde no Brasil.

Em síntese, o SUS pode ser compreendido como um conjunto de ações e serviços de saúde sob gestão pública, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta ou indireta ou de fundações mantidas pelo poder público. O sistema está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas com abrangência em todo território nacional e direção única em cada esfera de governo. As ações e os serviços prestados

¹⁹ Os maiores críticos do SUS são os grupos com interesses econômicos que pretendem um sistema baseado na racionalidade do mercado (MENDES, 1996).

²⁰ É necessário promover mudanças na prática sanitária através da transição de uma prática centrada na atenção médica, estruturada por serviços médicos individuais, com objetivo de curar ou reabilitar o paciente através do uso crescente de tecnologias, para a de vigilância da saúde, que implica ação integral no processo saúde-doença, entendendo por ação integral as ações de promoção da saúde, prevenção das doenças e atenção curativa (MENDES, 1996).

pelo SUS podem ser executados por prestadores públicos ou por serviços privados contratados ou conveniados que integram o sistema e são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da Comunidade.

Parágrafo único – o Sistema Único de Saúde será financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

O texto constitucional demonstra claramente a concepção de um novo modelo de saúde pública com base no compromisso do Estado promotor do bem-estar social. A fim de alcançar esses compromissos, o sistema está estruturado em cinco princípios centrais:

- UNIVERSALIDADE – é dever do SUS atender a todos, sem distinções, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo;
- EQUIDADE – é dever do SUS disponibilizar recursos e serviços com justiça, de acordo com as necessidades de cada um, canalizando maior atenção aos que mais necessitam;
- INTEGRALIDADE – é dever do SUS oferecer a atenção necessária à saúde da população, promovendo ações contínuas de prevenção e tratamento aos indivíduos e às comunidades, em quaisquer níveis de complexidade.
- CONTROLE SOCIAL – é um direito e um dever da sociedade participar das gestões públicas em geral e da saúde pública em particular; é dever do poder público garantir as condições para essa participação, assegurando a gestão comunitária do SUS;
- DESCENTRALIZAÇÃO – é o processo de transferência de responsabilidades com definição de competências entre Municípios, Estados e União.

O Brasil possui hoje um sistema público de saúde de caráter universal, que abrange um amplo leque de ações, por isso tornou-se uma referência obrigatória para se discutir políticas públicas de inclusão em saúde em âmbito internacional. Mesmo que pese sobre esse sistema um

conjunto de falhas e descaminhos, não se pode negar que ele disponibiliza gratuitamente e de forma universal, desde procedimentos de baixa complexidade até os mais complexos, como são os casos dos tratamentos oncológicos, do tratamento e a distribuição de medicamentos para o combate à AIDS, além dos tratamentos do topo da cadeia de procedimentos médicos como a realização dos transplantes de órgãos humanos.

Esse breve resgate da trajetória demonstra que o SUS não é uma estrutura isolada e está inserido no contexto de reestruturação das políticas públicas implantadas a partir da nova Constituição Federal, os quais necessitam de aperfeiçoamento e controle social que resultem na sua afirmação e plena execução.

3.2 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A partir de 1994, o Ministério da Saúde iniciou a implantação do Programa de Saúde da Família²¹ como uma das estratégias estruturantes para o SUS. Esse programa tem por objetivo reorganizar a prática assistencial de saúde até então centrada na doença e com ênfase nas ações curativas individuais e estruturadas de forma fragmentada. O PSF pode ser compreendido como um modelo de assistência à saúde que desenvolve um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, situadas no nível primário dos sistemas de saúde, voltadas à promoção, prevenção de agravos e proteção à saúde, que atua através da ação das equipes multiprofissionais de saúde, que fazem atendimento na unidade local, no nível da atenção primária.

Conforme descreve o Ministério da Saúde ao PSF compete: (1) planejar e realizar ações de saúde no âmbito da atenção básica; (2) conhecer a realidade das famílias e comunidades onde a equipe atua; (3) criar vínculo de confiança e co-responsabilidade com a comunidade; (4) lidar com as diferentes necessidades e demandas individuais e coletivas; (5) atuar na prevenção de agravos de saúde lidando com questões socioambientais e familiares; (6) contribuir com a organização e o desenvolvimento comunitário; (7) estimular a participação e o controle social das

²¹ Saúde da Família representa uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida. Um dos seus principais objetivos é gerar práticas de saúde que possibilitem a integração das ações individuais e coletivas, práticas essas cujo desenvolvimento exige profissionais com visão sistêmica e integral do indivíduo, da família e da comunidade na qual ela está inserida (BRASIL, MS, 2007).

políticas públicas de saúde; e (8) desenvolver processos educativos através de grupos voltados à recuperação da auto-estima, troca de experiências, apoio mútuo e melhoria do autocuidado (BRASIL. MS, 2007).

O PSF surge a partir da experiência do Programa dos Agentes de Saúde implantado no Ceará, em 1988, com a finalidade de combater a pobreza e as graves condições econômicas e sociais da região. Esse programa obteve êxito na promoção de ações de combate à mortalidade infantil e serviu de inspiração para o Ministério da Saúde criar, a partir de 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), projetado para desenvolver ações referentes ao controle da mortalidade infantil e materna, desnutrição, entre outras ações educativas. Esse programa apresenta como elemento dinamizador do processo de desenvolvimento de ações primárias em saúde a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS) – pessoa oriunda da própria comunidade, que após passar por um curso de capacitação, terá o papel de multiplicador de informações para a saúde.

O programa representa um processo de ampliação em todo o país da experiência do PACS e tem como meta contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS. Deve ser compreendido como um modelo substitutivo da rede básica de saúde tradicional, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde com definição de responsabilidades, criação de vínculo e coresponsabilidade entre os serviços de saúde e a população. Pretende reforçar um modelo de atenção mais voltado para a saúde do que para a doença, tendo orientação predominantemente preventiva em relação às necessidades assistenciais básicas.

O acesso dos usuários ao sistema de saúde deve ter como porta de entrada a Unidade de Saúde da Família (USF), a quem cabe a assistência integral e contínua, desenvolvida por profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) na própria unidade e também em domicílios. As equipes devem trabalhar por territórios com uma população adscrita e mapeada por localidades, sendo compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e entre quatro e seis ACS. Nos últimos anos, estão sendo incorporados a ESF um profissional Odontólogo e um Técnico em Higiene Dental. Outros profissionais como Assistentes Sociais, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais também passaram em algumas localidades a fazer parte da ESF ou, em alguns casos, constituem-se em equipe de apoio, referência técnica para ESF. No programa, cada equipe é responsável por uma população de 4.500 pessoas e aos ACS

cabe acompanhar em sua área de cobertura um número aproximado de 750 indivíduos por Agente.

O papel das USF e a sua relação com sistema de saúde como um todo deve ser compreendida como parte da rede de assistência à saúde que estabelece relações complementares de responsabilidades e co-responsabilidades. Nesse sentido:

As unidades da Saúde da Família são concebidas como a 'porta de entrada' para o atendimento mais complexo do sistema. Aqui cabe ressaltar que a expressão 'porta de entrada' leva algumas vezes ao entendimento distorcido da expressão, que passa uma mensagem inadequada das unidades, como se essas fossem um mero local de triagem e encaminhamentos de pacientes. Ao contrário, as unidades do de saúde do PSF têm sob sua responsabilidade todo um plano terapêutico do paciente por elas atendido. Quando da indicação médica para tratamento especializado, a equipe do Saúde da Família encaminha o paciente para os níveis mais complexos do sistema (FUHRMANN, 2003, p. 11).

O SUS, através do PSF, coloca em seu horizonte o compromisso de tornar-se um sistema mais humanizado, com maior integralidade de ações e baseado num trabalho de equipe multiprofissional vinculada a um território e a uma clientela definida. O olhar da saúde focalizado na família amplia as perspectivas de ação em saúde e de relação com a comunidade, tornando o trabalho em saúde mais complexo pelas especificidades e peculiaridades de cada família. Dessa forma, busca-se dar ênfase às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos a partir de seu núcleo familiar e comunitário, criando-se assim um vínculo mais permanente entre a equipe de saúde e a população sob sua responsabilidade assistencial. Portanto, esse programa é a expressão mais completa de uma política pública com ênfase na promoção da saúde, prevenção e educação para o autocuidado.

3.3 A PROFISSÃO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

No contexto de fortalecimento das ações de atenção básica em saúde, coerentes com os princípios do SUS, organizam-se programas de saúde onde a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem sido oficialmente afirmada como estratégica para implantação de tais políticas. Surge um novo perfil de profissional de saúde que irá atuar direta e prioritariamente nas áreas rurais e periféricas dos municípios. O ACS é uma alternativa adotada com o objetivo de facilitar

o diálogo com as populações carentes no intuito de divulgar, reforçar, avaliar e monitorar os cuidados primários em saúde.

Na literatura e nos documentos oficiais do governo brasileiro, podemos encontrar diferentes denominações para classificar a figura pública que desenvolve ocupação profissional similar aos ACS, a saber: Vigilante Sanitário, Visitador Sanitário, Ajudante Sanitário, Atendente de Moradores, Guia de Saúde, Educadores de bem estar da família, Promotores de Saúde, Agente de Saúde Pública, Agente de Combate às Endemias, (FARJARDO, 2001; SILVA e DALMASO, 2002; NUNES, et al, 2002). Essas ocupações estão vinculadas ao desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, vigilância sanitária e educação e têm a intenção de produzir uma ação multiplicadora de informações de saúde que levem à mudança de hábitos da população assistida. Os objetivos atribuídos à função, seja qual for a denominação, traduzem em sua essência uma ação complementar desenvolvida de forma articulada com outros profissionais da saúde e, em alguns casos, nas regiões distantes dos grandes centros urbanos, sobretudo no Norte e no Nordeste do Brasil, cumprem uma função de substituição da presença de outros profissionais da saúde.

A profissão de Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste (Lei 10.507, 2002, art.2º).

A profissão de ACS é um elo fundamental para entendermos a política pública de saúde vigente no Brasil e o fortalecimento do modelo de atenção básica. A relevância da atenção básica se dá pelo acompanhamento do usuário em todo o processo *saúde-doença-cuidado* e, nesse modelo, a atuação do ACS é imprescindível.

Assim como as demais profissões, essa também emerge e se desenvolve em certos contextos históricos, como resposta às necessidades que estão postas pela sociedade em determinado cenário. Além disso, é uma das mais novas profissões instituídas no Brasil. Reconhecida recentemente (pela Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002 e Lei nº 11.350 que em 2006 regulamenta as atividades dos ACS) seu exercício dar-se-á, exclusivamente, no âmbito do SUS. Essa profissão carrega em sua origem um elemento essencial que a difere das demais profissões do campo da saúde. Ela não pertence a nenhum ramo ou sub-ramo hierárquico das profissões clássicas da saúde – medicina e enfermagem. Trata-se de uma profissão que vem se

afirmando na interface do campo da saúde e da ação social. Caracteriza-se por ter origem na ação social e nas práticas comunitárias de atenção à saúde. Tem, em sua origem no Brasil, três vertentes centrais: a primeira constituída pelas práticas embasadas na religiosidade e saberes populares; a segunda pelas campanhas e os mutirões de saúde; a terceira é constituída pelas lutas sociais por políticas voltadas para a ampliação do direito à assistência pública em saúde.

As práticas populares e as formas tradicionais de cuidado com a saúde têm como exemplos clássicos a atuação das benzedeiras, parteiras, práticos em enfermagem e outras figuras presentes no cotidiano de ações culturais, populares e religiosas – todas elas incidindo diretamente nas questões de saúde. As campanhas e mutirões de saúde apresentam como exemplos típicos, as campanhas públicas de combate às endemias. Essas campanhas foram realizadas em diferentes momentos da história brasileira e sempre se ancoraram, de alguma forma, na figura de um agente público desenvolvendo uma função que guarda alguma semelhança com a função dos atuais ACS. As campanhas e mutirões também têm origem em iniciativas da sociedade, muitas vezes ligadas às religiões e a outras organizações sociais, a exemplo das pastorais da Saúde e da Criança – ações promovidas pela Igreja Católica. A terceira vertente, igualmente relevante para explicar a origem da figura do ACS, são as lutas sociais da História recente do Brasil. No contexto das lutas sociais por ampliação e implantação das políticas públicas de assistência à saúde, que ganham força no âmbito das lutas gerais do processo de redemocratização do país, entre as décadas de 70 e 80 do século passado, surgem organizações e lideranças sociais e populares que, além do trabalho de reivindicação, passam a desenvolver ações típicas para a promoção da saúde, prevenção a doenças e educação em saúde – ações que lentamente são incorporadas pelo poder público e passam a constituir a função institucional dos ACS.

O reconhecimento legal da função dos ACS como profissão é muito recente, cujo marco de regulação da profissão ainda está sendo estabelecido. As funções atribuídas aos ACS são complexas e de grande relevância no sentido da intervenção das políticas públicas com vistas à melhoria dos indicadores de saúde no país. Essa preocupação está presente nos documentos oficiais das políticas de saúde pública e tem sido objeto de reflexões em vários espaços e por diferentes grupos e associações. Discutir a profissionalização dos ACS e sua identidade enquanto profissão constitui-se num desafio teórico e prático, já que a ação dos ACS tem características

específicas e se desenvolve em situações particulares, o que lhe confere uma dada singularidade em relação a outras profissões.

Os programas formulados pelo Ministério da Saúde quando tratam dos ACS estabelecem seis objetivos principais como responsabilidade direta da ação deste profissional:

- Fortalecer o elo entre a comunidade e os serviços de saúde;
- Contribuir no desenvolvimento do trabalho de vigilância sanitária e promoção da saúde;
- Promover a organização social estimulando a participação nos conselhos de saúde;
- Ampliar o acesso à informação sobre saúde na comunidade;
- Transmitir informações e conhecimentos aumentando assim a capacidade da população para o autocuidado;
- Intervir para melhoria dos indicadores de saúde.

Esses objetivos estão presentes nas atribuições específicas do cargo ACS, formando um espectro amplo de ações que comportam atividades como visitas domiciliares, orientações, organização de grupos, realização de cadastros, participação em reuniões e articulação da comunidade. Espera-se que o Agente atue na execução das seguintes ações:

1. Realizar mapeamento das famílias de sua área;
2. Cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro;
3. Identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;
4. Identificar áreas de risco;
5. Orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, quando necessário;
6. Realizar, por meio de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;
7. Informar aos demais membros da equipe, sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situação de risco;
8. Registrar nascimentos, doenças de notificação compulsória e de vigilância epidemiológica e óbitos;
9. Desenvolver ações de educação e vigilância em saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças;
10. Promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente;

11. Traduzir para a equipe a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites;
12. Identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pela equipe.

Ao analisar essas atribuições, identificam-se os elementos centrais indicativos da constituição da identidade desse profissional: (1) a essência do seu trabalho está no ato da *visita domiciliar*; (2) o método de sua ação é a escuta e o estabelecimento de vínculo com as pessoas e a comunidade; (3) o foco é o estímulo à organização da comunidade, a proposição de ações educativas em saúde e o fomento ao exercício da cidadania.

São muitas as expectativas e as exigências colocadas no campo da atuação desse profissional, por isso torna-se necessário refletir sobre as reais possibilidades do exercício desta profissão frente às condições em que ela se desenvolve. Considerando que tais profissionais devem ser selecionados dentro da própria comunidade, as exigências básicas colocadas para ingresso nessa profissão são: ter concluído o ensino fundamental; ser maior de 18 anos; ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades; residir na região há pelo menos dois anos e participar de uma formação básica específica para o desenvolvimento da função²² (BRASIL, 2004). O perfil desejável é o de uma liderança comunitária, porém a forma de ingresso através de processo seletivo público nem sempre garante que as pessoas selecionadas tenham perfil de liderança e vínculo com a comunidade – na perspectiva de intervenção social e particularmente na área da saúde. Contudo, qualquer que seja o perfil do selecionado durante o processo de profissionalização, este deixa de ser uma liderança espontânea da comunidade e torna-se um agente público investido do poder de representação do Estado, assumindo a partir de então a condição de ACS.

A forma de contratação produz uma das controvérsias em relação ao pleno desenvolvimento da profissão de ACS, já que na maioria das vezes, a contratação de Agentes ocorre a partir de processos simplificados de seleção que geram vínculos empregatícios precários. Apesar de as exigências legais recomendarem a contratação dos ACS via Concurso ou Processo Seletivo Público (PSP) e vetarem a contratação temporária ou precarizada, a maioria dos ACS

²² A formação básica prevista para capacitação do ACS é estabelecida de acordo com as necessidades locais e deve ser organizada dentro da rede do serviço de saúde, visto que não há carga horária pré-definida nem percurso formativo determinado.

são contratados de forma precária (SILVA e DALMASO, 2002). Em que pese a possibilidade de prejuízos em relação ao vínculo e identidade do selecionado com comunidade, O Ministério Público do Trabalho, por exemplo, tem se posicionado exigindo a realização de Concursos ou PSP para a seleção dos Agentes. Muitas prefeituras não promovem os concursos para a contratação direta e preferem estabelecer contratos terceirizados,²³ na medida em que estão mais preocupadas com o impacto da contratação na folha de pagamento do que alcançar os objetivos do programa. Há, também, setores da saúde refletindo que o acesso universal, por meio de concurso, poderia distorcer o papel do ACS, levando à perda do vínculo com a comunidade e trazendo prejuízo no desenvolvimento do PSF, visto que esses aspectos são considerados um ponto de sucesso do programa.

A aparente contradição apresenta-se como uma das questões chaves para afirmação do Agente enquanto profissão. Esse é um dilema real que, no entanto, tem servido para justificar a precarização nas relações de trabalho negando a profissão. Esse processo gera como consequência um retardamento para a implantação da formação técnica de tais profissionais. Formar técnicos significa também ter de pagar melhores salários.

A regulamentação da profissão e a discussão jurídica para delimitar o fazer e as formas de contratação do profissional ACS revelam o grau de reconhecimento e institucionalização dessa profissão. Tais estratégias de legitimação aparecem de forma similar ao processo ocorrido em outras profissões. A Sociologia das Profissões ressalta a presença de alguns parâmetros essenciais para refletir “profissões”, a partir do processo pelas quais diferentes ocupações organizaram-se para exercício do trabalho nas sociedades modernas (FREIDSON, 1988; BARBOSA, 1993). Dentre esses parâmetros, é possível destacar: as questões relacionadas à regulamentação da prática e do saberes profissionais; a identidade profissional representada através de um conjunto de saberes, valores e princípios éticos; o controle sobre a profissão a partir de um corpo burocrático que articula a relação com o Estado; a regulamentação da profissão e a formação de novos membros.

Outro elemento que explicita o processo de regulamentação e reconhecimento da profissão de ACS é o debate em torno da construção do Referencial Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário em Saúde. Em meados de 2004, o Ministério da Saúde e o Ministério da

²³ Este é caso do município de Porto Alegre, que utiliza de diversas estratégias para terceirizar a contratação dos ACS.

Educação publicaram o Referencial Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, instituindo a formação técnica desse trabalhador²⁴. Entretanto, a operacionalização da formação em nível técnico dos ACS não constitui tarefa simples, já que a formação dos ACS transcende o setor da saúde. O trabalho dos ACS lida com questões relativas à cidadania, à política, às condições de vida e à organização dos grupos e suas relações, incluindo a família. Assim, exige o aporte de conhecimentos que extrapolam o campo da saúde, e que precisam estar sistematizados na formação dos ACS, além dos saberes específicos que perpassam a prática cotidiana da sua atuação. Para o setor saúde, a formação do agente comunitário requer, então, a identificação técnica, ética e humanística das competências que ele deve desenvolver para a realização de seu trabalho.

Para o curso Técnico de ACS, estão propostas as seguintes competências profissionais:

- desenvolver ações que busquem a integração entre as equipes de saúde e a população adscrita à unidade básica de saúde, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;
- realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adscrição da unidade básica de saúde;
- desenvolver, em equipe, ações de promoção da saúde visando à melhoria da qualidade de vida da população, a gestão social das políticas públicas de saúde e o exercício do controle da sociedade sobre o setor da saúde;
- desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco ambiental e sanitário para a população, conforme plano de ação da equipe de saúde (MOROSINI, CORBO e GUIMARÃES, 2007).

Conforme Pontes (2006), o referencial curricular para o Curso Técnico de ACS relaciona competências em diversas áreas do conhecimento distribuídas em três campos de atuação: mobilização social; promoção da saúde e prevenção da doença; promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário. Também estabelece um percurso de estruturação do curso composto por três etapas formativas: a) etapa formativa I – formação

²⁴ Em 8 de julho de 2004, a proposta de habilitação técnica para a profissão de ACS foi aprovada em parecer do Conselho Nacional de Educação (CNE/CEB 19/2004). A execução dos cursos de formação técnica dos ACS fica a cargo principalmente das Escolas Técnicas do SUS e dos Centros Formadores de Recursos Humanos em Saúde (MOROSINI, CORBO e GUIMARÃES, 2007, p. 271).

inicial: acesso a todos os ACS inseridos no SUS, independente da escolarização; b) etapa formativa II: concluintes da etapa formativa I, com certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do ensino fundamental; c) etapa formativa III: concluintes das etapas formativas I e II, com certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do ensino médio.

4 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: EDUCADORES PARA SAÚDE E CIDADANIA

Toda relação com o saber, enquanto relação de um sujeito com seu mundo, é relação com o mundo e com uma forma de apropriação do mundo: toda relação com o saber apresenta uma dimensão epistêmica. Mas qualquer relação com o saber comporta também uma dimensão de identidade: aprender faz sentido por referência à história do sujeito, às suas expectativas, às suas referências, à sua concepção da vida, às suas relações com os outros, à imagem que tem de si e à que quer dar de si aos outros (CHARLOT, 2000, p. 72).

Neste capítulo, desenvolve-se a análise dos dados da pesquisa realizada com base em três linhas centrais de raciocínio. A primeira é o embasamento teórico a partir de leitura de conceitos e categorias como suporte e vigilância crítica à análise desenvolvida; a segunda é análise das falas dos ACS e seus significados; enquanto a terceira caracteriza-se pela construção de *mapas conceituais* desenvolvidos a partir da sistematização das informações. Essa é uma forma utilizada para estruturar a análise das entrevistas realizadas com inspiração no método de *análise de conteúdo* (BARDIN, 1977). É um caminho encontrado para produzir uma análise horizontal que parte das falas dos ACS como linhas de uma teia que se cruza em pontos de interseção denominados unidade de análise. A partir das unidades de análise, revelaram-se categorias centrais para estruturar a construção da análise ora apresentada.

Os mapas conceituais construídos identificam sete categorias que servem como forma didática para o desenvolvimento da análise: trajetórias, processo de trabalho, trabalho precário, saberes, identidade profissional, relações profissionais, ética profissional, vínculo com o SUS e vínculo com a comunidade. Adverte-se de antemão que indícios do que pode ser a categoria identidade profissional estão presentes em todas as outras categorias, no entanto para a sistematização da análise é necessário delimitá-la a fim de desenvolver um raciocínio lógico.

O horizonte da análise é captar as representações relativas às trajetórias, aos saberes, às práticas e identidade profissional dos entrevistados. Pretende-se desvendar quais são suas atividades e o que é específico do *trabalho* dessa profissão; procura-se, ainda, sistematizar as diferenças e as similaridades relacionadas às trajetórias profissionais em relação ao cotidiano de trabalho dos ACS, as interações com outros profissionais da equipe de saúde e a comunidade.

4.1 MULTIPLAS TRAJETÓRIAS DOS ACS

A identidade profissional acontece na construção de processos realizados ao longo de uma vida, de um percurso, de uma trajetória²⁵. O conceito de identidade profissional é mais amplo do que a idéia de identidade com o trabalho (desenvolvimento de uma atividade específica), que ocorre com a identificação única com a realização de uma tarefa qualquer. A identidade profissional revela-se mais ampla do que isso, sendo uma maneira de reconhecimento no campo profissional. Ela se constitui a partir das diferentes trajetórias de vida e trabalho onde se formam representações sociais acerca do trabalho e são apreendidos saberes, valores, linguagem e práticas ocupacionais vinculadas a uma atividade profissional.

Assim, a identidade profissional passa a ser entendida, neste trabalho, como o próprio processo de identificação onde as trajetórias ocupam lugar fundamental e são reveladoras de experiências, saberes, identidade e busca de reconhecimento profissional no mundo do trabalho que se encontra em constantes transformações.

O mundo do trabalho no novo período de transformação, diversificação e inovação tecnológica referente aos “anos da modernização” fragmenta os grandes grupos sociais e altera a identidade dos trabalhadores. A construção da identidade passa por um “período de permanentes transações entre as imagens do passado e as do futuro” (SAINSAULIEU, 2001). Os elementos que colaboram para a formação clássica²⁶ da identidade profissional comportam quatro princípios fundamentais: a) a obra, no que diz respeito à materialização do trabalho; b) o pertencimento, no que se refere ao sentimento de pertença a um grupo social; c) a trajetória, que trata dos aspectos de formação e percurso da profissionalização; d) a resistência, no sentido de identificar-se com as lutas e conquistas enquanto coletivo. As mudanças nos processos e nos múltiplos vínculos dos trabalhadores com o mundo do trabalho alteram a forma clássica de composição da identidade desses trabalhadores e acrescenta outras perspectivas de construção de trajetórias e identidade profissional dentro e fora do trabalho (idem, 2001).

²⁵ “entende-se por trajetória um processo estruturado social e historicamente que abrange ‘o conjunto de estratégias e vivências no marco de uma oferta social determinada no tempo e no espaço’” (PLANAS, 1995, apud FRANZOI, 2006, p. 19).

²⁶ A formação clássica da identidade está relacionada ao período industrial, pleno desenvolvimento da Sociedade Salarial e a formação do operariado.

Em todos os períodos de profundas mutações, é necessário se debruçar sobre a realidade vivida para apreender a emergência de novas modalidades sociais de produção da identidade. Análises sociológicas recentes, ainda parciais, permitem vislumbrar o aparecimento de uma busca identitária que se fundamenta na dupla implicação dos indivíduos nas atividades de trabalho e de vida profissional (SAINSAULIEU, 2001 p. 69).

Frente ao exposto, outros conceitos devem ser considerados para se entender como são constituídas as identidades profissionais no mundo do trabalho em transformação que geram trajetórias ocupacionais fragmentadas. A definição do conceito de trajetória ocupacional pode ser entendida a partir da perspectiva de análise da formação profissional e inserção no mercado de trabalho, privilegiando-se a reconstituição das trajetórias ocupacionais dos trabalhadores ao longo de um determinado espaço de tempo. O fator tempo torna-se um elemento central para compreender as trajetórias, uma vez que possibilita acompanhar as experiências anteriores dos trabalhadores, suas vivências dentro e fora do mercado de trabalho, bem como as influências dessas nos seus destinos ocupacionais.

Acreditamos que as trajetórias ocupacionais mais efetivamente desenhadas no curso da vida de um determinado sujeito são, certamente, o resultado do entrecruzamento de suas próprias estratégias de emprego (constituídas nas negociações entre identidades individuais, com toda a sua carga biográfica e os constrangimentos sociais), mas que essas se combinam às estratégias de preenchimento de postos de trabalho em ação pelos empregadores (CASTRO et al, 1997, p. 7).

O conceito de trajetórias ocupacionais traz para a análise outros elementos além da inserção no mercado de trabalho obtida pelos indivíduos. Considera-se ainda como fator fundamental as modificações nas condições socioeconômicas que ocorrem no mercado de trabalho. Assim, a trajetória ocupacional é determinada não somente pelas estratégias de ação do trabalhador ou por sua qualificação profissional, mas também pela valorização conjuntural e socialmente variável de atributos individuais (sexo, idade, condição racial), redes de contatos eficazes, a forma como o desemprego impacta a estrutura familiar e as estratégias das empresas para a criação ou extinção de postos de trabalho e de preenchimento de vagas existentes (GUIMARÃES, 2002).

Com base nas leituras citadas, é possível concluir que trajetória é o processo social experimentado ao longo do tempo por indivíduos ou coletividades que se estruturam a partir de

percursos formativos, sociais, de vida e trabalho. Nesse processo, adquirem-se experiências, saberes e constituem-se identidades.

Objetivamente, com base nesse conceito, passa-se a analisar as trajetórias dos ACS entrevistados apresentando o primeiro mapa conceitual.

MAPA CONCEITUAL 1 – TRAJETÓRIAS DOS ACS

FALA DOS ACS	UNIDADE DE ANÁLISE	CATEGORIAS
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Eu tive vários trabalhos...</i> • <i>Então eu sempre fui um pouco inserida nas questões comunitárias...</i> • <i>Eu já trabalhei com a educação, mas a saúde era uma coisa, assim bem nova...</i> • <i>Pois é, antes de entrar aqui eu nem sabia que existia agente de saúde...</i> • <i>Eu trabalhei durante muito tempo com pesquisa...</i> • <i>Olha, quando eu passei no processo eu até fiquei um pouco assustada...</i> • <i>Eu tenho Auxiliar de Enfermagem que eu fiz, em 97, 98, eu só não concluí...</i> • <i>Meu primeiro emprego foi de babá, depois foi de doméstica, já trabalhei em fábrica...</i> • <i>Eu creio que a gente não vai considerar destino, foi acaso, porque nesse momento que apareceu o edital do concurso eu tava desempregada...</i> 	<p>PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA; TRABALHO E DESCONTINUIDADE; DESEMPREGO; PROCESSO SELETIVO PÚBLICO - PSP.</p>	<p>TRAJETÓRIAS</p>

Observando o mapa conceitual, chega-se à conclusão de que um dos elementos significativos é a diversidade das trajetórias. As entrevistas revelam trajetórias profissionais com percursos não lineares, constituídas como *trajetórias ocupacionais fragmentadas* (GUIMARÃES, 2002; FRANZOI, 2006). São muitas as atividades profissionais exercidas antes de ser ACS, cujos relatos indicam que os entrevistados tornaram-se ACS por afinidade com a função social a ser desenvolvida e por identificar no Processo Seletivo Público uma oportunidade melhor de trabalho do que exerciam anteriormente²⁷. Em muitos casos, a situação de desemprego foi o fator determinante para ingressar na profissão.

Eu trabalhei como auxiliar administrativo, depois eu fiquei cinco anos numa empresa; depois fui bancário, depois eu trabalhei num departamento de compras numa construtora; depois fui pra outra construtora também no departamento de compras; aí eu resolvi que ia trabalhar por conta, daí eu abri um restaurante, fiquei 12 anos; aí eu fui trabalhar numa gráfica, depois da gráfica eu abri uma serigrafia, Então, fiz o teste seletivo para Agente de Saúde e tô aqui (ACS5).

Eu tive vários trabalhos, eu trabalhei com pré-escola durante sete anos, eu trabalhei como agente de alfabetização do MOVA (Movimento de Alfabetização de Adultos), trabalhei na assessoria de um vereador também na área comunitária. E aí, depois desse trabalho com o vereador, eu fiz o processo seletivo, daí eu comecei a trabalhar como ACS (ACS4).

Eu trabalhei durante muito tempo com pesquisa, fui pesquisadora: política, política social, mercadológica, opinião pública, tudo que é tipo de pesquisa que você puder imaginar eu já trabalhei; trabalhei como promotora de eventos, e também trabalhei como cuidadora de clínica geriátrica. Eu fiz o curso de Auxiliar de Enfermagem e comecei a tomar gosto pela coisa de estudar sobre a saúde, daí que começou essa história de agente comunitário. Comecei a fazer aqueles cursos que havia, e eu acho que hoje já não existem mais que é o Qualificar²⁸ pelo sindicato, na verdade eu fiz o FORMASUS de 99 a 2000; inclusive até fiquei grávida na época do meu segundo filho; aí, tomei uma paixão pela causa (...) (ACS2).

Os três recortes apresentados foram escolhidos porque mostram diferentes trajetórias representativas do grupo de entrevistados. A primeira trata-se de uma pessoa que não tinha vínculo e participação social comunitária anterior ao processo seletivo, ou mesmo, desenvolvia qualquer atuação na área da saúde; tornou-se agente pela oportunidade de emprego que se apresentou naquele momento. A segunda fala informa uma trajetória pessoal e profissional com

²⁷ Independente da trajetória, todos identificam no PSP uma oportunidade de trabalho mais estável.

²⁸ QUALIFICAR – RS, Programa de Qualificação Profissional da Secretaria do Trabalho do estado do Rio Grande do Sul, desenvolvido com recursos do FAT – Fundo de Amparo ao Trabalhador. O curso FORMASUS foi realizado através da Federação dos Trabalhadores da Saúde e Central Única dos Trabalhadores.

afinidade e vínculo com organizações comunitárias, iniciativa de educação popular e vínculo com a área da saúde que se estabelece através do pai que é uma liderança comunitária com participação em conselhos de saúde e outras iniciativas sociais.

Assim, meu pai ele, ele participa desde que começou o orçamento participativo, a intercomunitária, conselho gestor do hospital e aqui do posto. Então, muito dessas coisas eu participava junto com ele, então eu tinha uma noção, assim pelo trabalho dele. Mas na área da saúde era pouquíssima coisa que eu sabia (...) (ACS4).

A terceira fala recupera a trajetória de uma pessoa que já desenvolveu muitas atividades profissionais em diversas áreas e estava buscando uma profissionalização na área da saúde. Fez o curso de Auxiliar de Enfermagem, porém não teve condições de concluí-lo; alguns anos depois, ingressou no programa de qualificação do estado participando do curso FORMASUS, que faz uma formação básica para atuação na área da saúde articulada com a certificação do ensino fundamental. Essa trajetória revela as tentativas de continuidade do processo de profissionalização e, ao mesmo tempo, uma identificação com a área da saúde, que é viabilizada pelo ingresso como agente da saúde via PSP.

É necessário, nesse momento, recuperar algumas afirmações apresentadas no capítulo dois desta dissertação. Ao fazer o resgate da origem dos ACS, trabalhou-se com três formulações explicativas sobre a origem histórica da profissão: *a primeira constituída pelas práticas embasadas na religiosidade e saberes populares; a segunda pelas campanhas e os mutirões de saúde; a terceira constituída pelas lutas sociais por políticas voltadas para a ampliação do direito à assistência pública em saúde.* Cabe ressaltar que as trajetórias do grupo estudado estão mais próximas da origem social, comunitária e no campo da educação. A origem popular-religiosa não foi identificada na trajetória de nenhum dos entrevistados. Tudo indica que há um distanciamento entre ser ACS hoje, desenvolvendo uma atividade institucionalizada, e as práticas populares e ou religiosa de cuidado à saúde. Tais práticas sociais permanecem vivas enquanto expressão do universo popular-religioso e se manifestam em atividades paralelas e às vezes complementares aos serviços de saúde com o uso de terapias alternativas, rezas, uso de chás e etc. No entanto, os agentes entrevistados compõem um perfil mais institucionalizado vinculados ao programa de saúde tradicional e o encontro com o conhecimento popular-alternativo ocorre por iniciativa da população que ora busca o recurso da medicina tradicional e ora o popular-religioso, promovendo assim o diálogo desses conhecimentos.

Um elemento novo, que se faz presente em todas as trajetórias, é a variável do PSP não explicitada no momento inicial da pesquisa; toda via alguns esclarecimentos contribuem para compreender melhor essa situação. São poucas exigências formais para ingresso²⁹ no cargo ACS, o que possibilita a adesão de um universo imenso de pessoas em busca de aprovação nas vagas ofertadas nos PSP, independente da afinidade ou conhecimentos prévios na área da saúde. Outro fator relevante é a oportunidade identificada de ingressar para atividade pública, emprego público. À primeira vista, participar de um PSP apresenta-se como uma alternativa de estabilidade no cenário de desemprego e escassez de trabalho. Como já explicitado anteriormente, a seleção via concurso torna universal e mais transparente o ingresso nos cargos públicos, representa uma necessidade das sociedades democráticas, no entanto, essa forma tem privilegiado os indivíduos portadores dos conhecimentos escolares, códigos e saberes formais.

Esse caminho de institucionalização da profissão de ACS representa uma situação similar ao que ocorre com as demais profissões. Percorrem uma trajetória na direção de distinguir-se entre uma simples ocupação de uma profissão – “qualquer ocupação que pretenda ser profissão se baseia no corpo de conhecimento sistemático adquirido através de um treinamento escolar” (SILVA e DALMASO, 2002, p. 81). Nesse sentido, o PSP contribui para essa profissão caminhar na mesma direção de outros processos de profissionalização, que se deslocam das experiências populares, do saber prático das ocupações tradicionais, para a institucionalização de saberes formais regulamentados nos moldes das profissões.

O processo seletivo também influencia diretamente na composição do perfil dos ACS. Nos termos da Lei 10.507, no Artigo 3º, para o exercício da profissão são necessários os seguintes requisitos: “residir na área da comunidade em que atuar; haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde; haver concluído o ensino fundamental”. São exigências mínimas que não refletem o perfil dos agentes segundo dados acerca da escolaridade desses trabalhadores do próprio MS. Os dados obtidos revelam que aproximadamente 60% dos agentes possuem ensino médio completo ou incompleto; 18%, o ensino fundamental completo e 22% estão por concluir o ensino fundamental³⁰ (BRASIL. MS, 2004), não constando nessa pesquisa os dados da escolaridade de

²⁹ Conforme descrito no capítulo 3 desta dissertação (Ser maior 18 anos, residir na área de atuação, haver concluído o ensino fundamental e curso básico de formação para ACS).

³⁰ A exigência de ter concluído o Ensino Fundamental é um requisito da lei da profissão dos ACS, embora os dados revelem que 22% dos profissionais não possuam tal requisito, refere-se aos profissionais que já estavam em atividade antes da criação da lei.

nível superior. Em relação a esta pesquisa a maioria dos agentes tem escolaridade superior às exigências legais, conforme foi demonstrado no perfil dos entrevistados descrito no capítulo um.

Silva e Dalmaso (2002) resgatam o trabalho de Machado (1995) e apresentam os cinco passos determinantes no processo de profissionalização de uma ocupação. Não se trata de adotá-los como modelo, porém têm-se fortes indícios de que esse processo vem ocorrendo com os ACS. Apresentam-se os passos conforme elaboração das autoras:

1. O trabalho torna-se uma ocupação em tempo integral, decorrente de necessidade social em relação a determinado trabalho.
2. Criam-se escolas de treinamento, ou seja, a transmissão do corpo esotérico de conhecimento.
3. É formada a associação profissional, definem-se os perfis profissionais o que garante, ao grupo, uma identidade.
4. A profissão é regulamentada. Esse é um passo essencial para a atividade profissional, já que se define o “território profissional” assegurando desse modo, “monopólio de competência não só do saber, como da prática profissional”
5. Adota-se um código de ética. Estabelecem-se normas e regras profissionais, enquadrando-os, ao mesmo tempo em que são excluídos os não profissionais (SILVA e DALMASO, 2002, p. 81).

A fim de analisar a trajetória de profissionalização dos ACS, adotam-se como exercício de reflexão os mesmos critérios citados fazendo-os dialogar com a realidade específica dessa profissão e acrescenta-se, ainda, um novo aspecto:

1. a atividade desenvolvida no campo social enquanto ação voluntária deixa de ser ocupação espontânea e passa a ser uma atividade desenvolvida em tempo integral contratada a partir de uma necessidade do Estado;
2. regulamenta-se o curso técnico de ACS e o exercício da profissão exige a conclusão da formação básica como requisito de ingresso na profissão;
3. constituição de sindicatos e associações para atuar em prol dos interesses da categoria;
4. profissão regulamentada por lei específica;
5. não existe um código de ética, entretanto já é evidente o discurso sobre a importância da ética profissional para a categoria;
6. aspecto institucional da profissão que nasce no contexto da reforma do Estado pautada pela política do “Estado mínimo” onde funções sociais são parcialmente assumidas e regulamentadas (a profissão de ACS não está colocada no mercado e sim como uma função a ser desenvolvida no âmbito do Estado, que assume essa demanda em decorrência das pressões provenientes das forças sociais que resistem as políticas do Estado mínimo).

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

O debate em torno do processo de trabalho dos ACS passa por estabelecer alguns parâmetros que contribuem para caracterizar os conceitos de *trabalho*, *processo de trabalho* e *processo de trabalho em saúde*, com vistas a fazer dialogar tais conceitos com as práticas e representações dos Agentes em relação ao seu fazer.

O dicionário Houaiss da língua portuguesa traz numerosas significações do termo trabalho, dentre elas destacamos: esforço incomum; luta, lida, faina, conjunto de atividades, produtivas ou criativas, que o ser humano exerce para atingir determinado fim; atividade profissional regular, remunerada ou assalariada; exercício efetivo dessa atividade; local onde é exercida tal atividade; cuidado ou esmero empregado na feitura de uma obra; conjunto de exercício que se destina ao treinamento, desenvolvimento e aprimoramento físico, artístico, intelectual.

O trabalho não é um conceito universal, ele aparece nas sociedades com diferentes significados: processo de produção de coisas; como forma de sobrevivência; disciplina; forma de realização, forma de castigo, entre outros. O trabalho é também associado à fonte de prazer e sofrimento. O processo de produção, a organização, o conteúdo da tarefa e as relações sociais que no trabalho se estabelecem exercem impacto no funcionamento psíquico do trabalhador gerando sofrimento ou prazer. Nessa linha de raciocínio, afirma Dejours (1992), “o trabalho nunca é neutro em relação à saúde, e favorece seja a doença, seja a saúde” (DEJOURS, 1992, p. 13).

A dimensão trabalho constitui-se como uma categoria central do pensamento marxista. O trabalho é descrito enquanto esforço físico e intelectual que transforma toda a sociedade. Das relações de trabalho derivam toda regulamentação social, política, econômica e cultural da sociedade. Pelo trabalho, o ser humano não só produz objetos, mas também comportamentos, cultura e significados. “O trabalho é atividade resultante do dispêndio de energia física e mental,

direta ou indiretamente voltada à produção de bens e serviços, contribuindo, assim, para a reprodução da vida humana, individual e social” (LIEDKE, 1999). O trabalho aparece como uma forma de relação do homem com o meio no qual está inserido. Por meio do trabalho, o ser humano modifica seu meio e modifica a si mesmo. Trabalhar é agir sobre a natureza, agir sobre a realidade, transformando-a em função dos objetivos, das necessidades e desejos humanos. Assim, o trabalho não é apenas a relação do homem com a natureza, é também uma relação que ocorre entre os próprios homens (FRIGOTTO, 1998; KUENZER, 2002).

A sociedade estrutura-se em função da maneira pela qual se organiza o processo social de produção, assim o trabalho ocupa lugar central na história da realização do ser social, permitindo a produção e reprodução da existência humana. “O trabalho é o ponto de partida para humanização do ser social e motor decisivo do processo de humanização do homem” (ANTUNES, 2003, p. 123).

O trabalho humano diferencia-se do trabalho animal pela criatividade. Já que o trabalho animal é uma ação instintiva e repetitiva e o trabalho humano é uma ação consciente e proposital, expressa no ato de conceber o produto na imaginação do trabalhador antes de construí-lo. Ao tomar consciência da possibilidade concreta de concepção e planejamento do objeto a ser construído, o ser humano descobre que ele não se limita somente a uma evolução natural e biológica, é ele o criador da sua própria história com inteligência, criatividade e arte.

O processo de trabalho caracteriza-se por ser uma construção sócio-histórica e a sua concepção e significados só podem ser atribuídos conforme cada contexto histórico identificado. Suas necessidades e transformações são oriundas das relações que se estabelecem no e pelo trabalho. São três os elementos centrais que compõem do processo de trabalho:

- a atividade – ação do homem que opera uma transformação sobre um objeto;
- os instrumentos ou meios de produção – matérias, ferramentas e tecnologias utilizadas no processo de trabalho;
- o objeto – o trabalho carrega em si uma finalidade que tem por objetivo produzir algo – projeto prévio de alcançar o produto desejado que está na mente do trabalhador (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2006).

Segundo as autoras, o objeto de trabalho não é um objetivo natural, não existe enquanto objeto por si só, porém é recortado de um olhar que contém um projeto de transformação, com uma finalidade. Os instrumentos de trabalho tampouco são naturais, mas construídos

historicamente pelos sujeitos que, assim, ampliam as possibilidades de intervenção sobre o objeto. *O objeto e instrumentos de trabalho só podem ser configurados por referência à sua posição relacional; intermediada pela presença e ação do agente do trabalho, torna-se possível o processo de trabalho – a dinâmica entre objeto, instrumentos e atividade* (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2006 p. 201).

O processo de trabalho em saúde tem suas particularidades, tendo como finalidade a ação terapêutica de saúde. O objeto são os indivíduos, grupos de pessoas (família), ou coletividades. Os instrumentos de trabalho em saúde são as tecnologias – *leves, leves-duras e duras* (MERHY, 2002). Tem como produto final a própria assistência à saúde que é produzida no mesmo momento em que é consumida (PIRES, 1998).

O processo de trabalho em saúde segue as leis do trabalho em geral: transformação efetivada pelo trabalho humano, através dos meios e instrumentos de produção com vistas a um fim marcada por uma direcionalidade. Em saúde, o trabalho não pode se limitar à polarização entre aqueles que o *produzem* (trabalhadores da saúde) e aqueles que o *consomem* (usuários dos serviços), tendo em vista que se constrói na relação dessas pessoas um processo permanente de inter-relação com a sociedade em que vivem, seu modo de produção, seus valores, costumes, sentimentos, razões que estão em movimento modificando-se e cristalizando-se ao mesmo tempo (MERHY, 2002).

O trabalho em saúde pode ser produzido por diversas formas, como a realização de uma consulta, uma cirurgia, um exame diagnóstico, indicação de uma medicação específica e outras orientações gerais que abrangem desde o cuidado com o corpo, alimentação, estilo de vida, sexualidade, afetividade, entre outros aspectos. Essa assistência é realizada por profissionais que detêm conhecimentos específicos e que podem atuar e intervir em atividades de cunho investigativo, preventivo, educativo, curativo, ou com objetivo de reabilitação.

Em síntese, poder-se-á concluir que o processo de trabalho do ACS é o modo com que se organiza a prestação de serviço, cujo *objeto* é a ação dos agentes. É a forma como estes interagem com a *finalidade* de produzir o cuidado em saúde, utilizando-se das ferramentas disponíveis próprias da natureza desse trabalho. O trabalho do Agente caracteriza-se pela atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas. Conforme demonstrado anteriormente, os elementos centrais para descrever o processo de trabalho desse profissional está no ato da visita domiciliar, ação que se

pauta pela escuta e o estabelecimento de vínculo com as pessoas e a comunidade. Tem como foco o estímulo à organização da comunidade, a proposição de ações educativas em saúde além do fomento ao exercício da cidadania.

A tarefa fundamental do ACS é fazer a ligação entre a comunidade e o serviço de saúde, visitando cada família pelo menos uma vez por mês, realizando o mapeamento de sua área, o cadastramento das famílias e estimulando a comunidade à participação social. O ACS é, ao mesmo tempo, membro da equipe de saúde e da própria comunidade onde atua, salientando-se que ele deve ser morador dessa comunidade há pelo menos dois anos, de forma que possa conhecer as pessoas e a realidade da comunidade e ser conhecido por elas. Suas atividades são extensas, englobando desde a identificação de indivíduos e famílias expostos a situações de risco, até o desenvolvimento de ações de educação e vigilância à saúde. Faz parte também de suas responsabilidades a mobilização comunitária, a identificação de parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pela equipe (NUNES et al, 2002).

O ACS atua no apoio aos indivíduos e coletivos sociais, realizando atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos, por meio de ações educativas e de acompanhamento a indivíduos, famílias e grupos, mobilizando práticas de promoção da vida em coletividade e de desenvolvimento de interações sociais. Tais características apontam para uma singularidade e especificidade profissional, que o situa na interface da saúde, ação social, educação e meio ambiente (SILVA e DALMASO, 2002).

Nesse aspecto, é possível afirmar que profissionalmente o ACS interage em campos de saberes distintos: ações de saúde, educação e organização comunitária. Segundo as autoras citadas, é possível identificar duas dimensões principais do fazer desse profissional. Uma dimensão de cunho técnico, relacionada ao atendimento ao indivíduo e famílias, a prevenção de agravos e situações de saúde e vigilância sanitária. Outra de cunho político no sentido da organização da comunidade e de transformação das condições de saúde.

O agente tem a função de prestar informações à população sobre as atividades desenvolvidas na unidade e as formas de acesso. É o agente também que leva o caso da família para discussão na reunião de equipe e que, muitas vezes, é o desencadeador da vinda de outro profissional à casa. Na relação do agente com a família e com a equipe, estão em jogo não só procedimentos necessários aos cuidados da saúde, mas também relações de barganha e poder (SILVA e DALMASO, 2002, p. 169).

Os instrumentos de trabalho do ACS são visitas domiciliares, entrevistas, cadastro de famílias, mapeamentos das comunidades, reuniões comunitárias e reuniões com a equipe de profissionais da saúde, os quais, ao colocarem esses instrumentos em movimento, estabelecem relações com outros profissionais.

Conforme se pode observar no mapa conceitual apresentado a seguir, o aspecto do processo de trabalho dos ACS mais lembrado é a visita domiciliar, na linguagem usual entre eles, a expressão utilizada é *fazer VD*. As visitas são as atividades externas à unidade realizadas pelas equipes, sobretudo pelo ACS, e compreendem uma possibilidade de incorporação das tecnologias leves no cuidado. Ser o ACS o profissional que mais realiza visitas domiciliares é justificado pelo fato de ser ele o responsável pela integração entre a equipe de saúde e a população (BRASIL, MS, 2004).

Conforme Cecílio (1997), a prática de prestar assistência nos domicílios, nos lares, nos locais de vivência e trabalho das pessoas favorece a aproximação da realidade, a qual é complexa e dinâmica. Possibilita reflexões e mudanças de atitude dos profissionais na busca de transformação do cuidado em saúde necessário a ser desenvolvido conforme a especificidade da situação identificada.

As visitas domiciliares são uma forma de acesso do serviço público ao espaço privado. Ela possibilita o conhecimento do ambiente, do modo de vida dos indivíduos e suas relações familiares. Pode proporcionar uma relação duradoura ao longo do tempo entre profissionais da saúde e população, facilitando o reconhecimento e o acompanhamento de várias situações de saúde. Por outro lado, as visitas domiciliares podem se transformar em instrumento de controle e de fiscalização da esfera pública sobre a vida privada. Podendo, às vezes, significar intromissão na vida das pessoas. Há também o viés da inspeção para obtenção de informações técnicas, distanciando dos objetivos da promoção e proteção à saúde, restringindo-se ao controle biológico da doença.

Em seu aspecto positivo, a visita surge como um mecanismo de criação de vínculo, sendo este representado como um estado de respeito e de confiança conquistado pelos profissionais da saúde em relação à população atendida. O vínculo é construído por meio de convivência, do contato constante, da aproximação e da escuta do outro.

MAPA CONCEITUAL 2 – PROCESSO DE TRABALHO

FALA DOS ACS	UNIDADE DE ANÁLISE	CATEGORIAS
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Visita, os médicos fazem, os enfermeiros fazem, assim, os outros profissionais fazem. Mas eu acho que é bem essa, porque assim, o Agente Comunitário ele mora na comunidade, então ele conhece as coisas da comunidade.</i> • <i>Uma visita que de repente foi para abordar um assunto e tu vai ver cinco, seis que precisam ser abordados e tu vai acabar abordando outro que não tem nada a ver com aquele que tu foi, porque aquele que tu foi não é o momento....</i> • <i>As visitas domiciliares é uma coisa que o Agente realiza todos os dias. Só que dentro dessa visita tem muitas coisas para fazer...</i> • <i>Posso fazer uma visita domiciliar para acompanhar uma gestante, essa visita domiciliar pode ser uma visita de assistência domiciliar para acamados que é um programa que nós temos; a visita domiciliar pode ser uma busca de vacina, uma visita domiciliar pode ser uma orientação, pode ser um cadastro...</i> • <i>Tem os grupos de educação e saúde, todos que tiver tu faz visita, tu orienta, tu busca faltosos, que é uma coisa importante, de vacina, de consulta, de revisão de bebê, isso aí, tudo é uma coisa que faz parte da nossa função....</i> • <i>É a busca que ele faz na comunidade, vendo, identificando problemas e que ele possa trazer pra equipe, discutir na equipe...</i> • <i>Eu sempre uso a equipe, eu sempre digo assim: eu sozinha não sou nada, a equipe sim consegue ajudar, eu sozinha não...</i> 	<p>VISITA DOMICILIAR ESCU EDUCAÇÃO ORIENTAÇÃO TRABALHO EM EQUIPE SAÚDE ORGANIZAÇÃO PARTICIPAÇÃO</p>	<p>PROCESSO DE TRABLHO</p>

A partir da fala dos ACS, percebe-se que há um consenso de que todos os profissionais que atuam com Atenção Primária à Saúde realizam visitas domiciliares, no entanto os ACS afirmam que o seu fazer diferencia-se dos demais por diferentes razões:

1. a visita do agente é uma ação que tem continuidade (duradouro);
2. é o momento onde se pratica a escuta e a observação;
3. é o espaço privilegiado para estabelecer vínculos, relações de confiança e proximidade.

O depoimento a seguir descreve a visão do agente sobre vínculo:

O Agente é uma pessoa mais simples, mais chão, mais próximo de te, tu conversa, tu questiona e assim, às vezes pra outro profissional tu já tem mais dificuldade, não fala sobre tal coisa com o médico. Eu acho que o Agente ele é mais próximo assim ele vai com frequência na casa das famílias, ele entra a família expõe as coisas e tu tem a chance de estar observando bem. Tem um acesso eu acho maior, eu acho porque daí tu tem que tá observando mais de perto, assim o que tá acontecendo, o que ta mudando, eu acho que o médico, o enfermeiro, enfim ele vai com uma coisa mais específica, eu vou fazer tal visita pra ver tal coisa, é claro que nisso ele vê o contexto, mais ele não tem nem chance de ta voltando tantas vezes e tá observando as coisas de outra forma. O Agente consegue tá observando as coisas mais de perto porque tu tem disponibilidade, estar visitando mas as famílias, assim, não sei se não é uma coisa que o outro profissional não faça, mais eu acho que faz diferente. Eu acho que o Agente é mais próximo das pessoas, assim, é mais fácil muitas coisas, eles chegarem pra gente do que pro médico ou outro profissional. (ACS5)

Outro elemento presente nessa fala é a identificação com a população assistida. Revela que na visita há um espaço de convivência que facilita o surgimento de laços de confiança, além de ser um espaço de diálogo facilitado por uma linguagem comum entre os interlocutores. O que há de comum é uma identidade cultural originária do conhecimento da realidade local, convivência no espaço comunitário compartilhado, o que muitas vezes não acontece com outros profissionais da saúde em razão das diferenças sociais. Com os outros profissionais da saúde, prevalece uma relação mais desigual, verticalmente estabelecida, centrada na “superioridade” do saber técnico-biológico (SILVA e DALMASO, 2002; NOGUEIRA, 2000). Outro fator que contribui para o distanciamento e vínculos superficiais entre comunidade e outros profissionais é a própria dinâmica das visitas que ocorrem eventualmente em momentos críticos (doenças).

Segundo diversos autores, conhecer de perto a realidade local é um diferencial dos ACS em relação a outros profissionais:

Os agentes comunitários conhecem profundamente a realidade local porque são parte da comunidade. Conhecem os valores, a linguagem, os perigos e as oportunidades. Representam uma possibilidade muito especial de trazer para dentro das equipes de saúde o olhar da população. Um olhar que revela necessidades de um ponto de vista

diferente e que, portanto, abre as portas para um universo novo de intervenção (FEUERWERKER e ALMEIDA, 2002, p. 23).

No processo de trabalho, aparecem como aspectos relevantes do fazer dos ACS a continuidade das visitas que eles realizam; o conhecimento do cotidiano das pessoas e da comunidade; o estabelecimento de vínculos afetivos e de confiança; bem como a iniciativa de visitar as pessoas independente do seu estado de saúde.

Assim, as falas dos entrevistados revelam suas posições sobre o conhecimento do cotidiano:

Eu acho que é a questão de estar dia-a-dia na casa das pessoas e conhecer o dia-a-dia das pessoas, porque nós conhecemos o interior, coisa que um médico por mais que seja do serviço de saúde comunitária, que faça visita domiciliar, mas ele não vai tá visitando a casa da dona Maria uma vez por semana, quando ele vai lá quando ela tiver alguma necessidade, nós não, nós sabemos de toda a vida da dona Maria (ACS2).

Sobre o vínculo com o usuário:

Eu acho que de repente até o vínculo que tu tem com o paciente, com o usuário, com a comunidade em geral assim, sabe, é uma coisa que nem eu te falei antes tu tem o vínculo que o médico não tem, porque o médico troca, a não ser aqueles contratados que são os que ficam bastante tempo. Tem o residente que todo o ano vai embora e tu permanece, tu fica com a comunidade. (ACS4).

Sobre o vínculo e a promoção de saúde:

O que há de específico na atividade de Agentes Comunitários de Saúde é o vínculo que tu tem com o teu paciente; tipo para tu falar com o médico, tu vai vir aqui marcar uma consulta, tu vai procurar o médico. Diferente de nós, nós procuramos o paciente. E, nós não procuramos só o paciente doente, nós procuramos o paciente bom. Ajudamos eles, damos atenção para que eles não fiquem doentes. O agente procura a família mesmo que ela não tenha problema nenhum, eu acho que isso é o diferencial entre nós e os outros profissionais. Essa é minha opinião, não sei se estou certa, não sei se estou errada (ACS1).

Eu participo de espaços de educação como especificamente de um grupo de hipertensos e diabéticos que eu consigo captar na comunidade eu aproximo para participarem do grupo e esse grupo realmente tem dado muito certo é um grupo de educação que o conselho é mudar hábitos das pessoas com essas doenças e que serve para multiplicar para outras e para prevenir evitar acidentes futuros. (ACS6).

Os agentes valorizam o vínculo com a comunidade e as pessoas como aspecto relevante do seu trabalho, algo que os diferencia dos demais profissionais. Conforme denotam as falas, estabelecer vínculos torna o trabalho gratificante, significativo, sendo que estabelecer vínculo no

trabalho em saúde significa estar implicado com o outro numa relação de confiança mútua. Nesse aspecto, vínculo implica em envolvimento e aproximação recíproca, e para a população atendida é constituir-se em uma referência para a discussão e busca de orientações das questões relacionadas à saúde. O vínculo com a comunidade faz do agente alguém importante na equipe, aquele a quem as pessoas confiam seus segredos, intimidades. Com base em informações privilegiadas, o agente pode fazer o papel de tradutor para a equipe sobre as pessoas e a comunidade.

A noção de vínculo faz refletir sobre a responsabilidade e o compromisso dos profissionais de saúde com os usuários. “Criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática nem impessoal” (MERHY, 2002, p. 138).

Essa noção de vínculo remete ao conceito de acolhimento que é uma das ações orientadas pela Política Nacional de Humanização³¹. Acolhimento é o “ato ou efeito de acolher”, “dar acolhida ou agasalho”, significa receber bem as pessoas e cuidadosamente ouvir suas demandas, com o intuito de procurar formas de entendê-las e ser solidário com os seus problemas. Acolhimento em saúde é a relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e os serviços devem estabelecer com os seus usuários.

No campo das políticas públicas de saúde, ‘humanização’ diz respeito à transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços de saúde, indicando a necessária construção de novas relações entre usuários e trabalhadores e destes entre si. Humanização são todas as iniciativas e ações que pretendem qualificar as práticas de saúde promovendo estreito relacionamento de disponibilidade dos profissionais e serviços em relação às pessoas sob seus cuidados; além disso, busca a integralidade da assistência e o desenvolvimento de vínculos, compromisso e responsabilidade compartilhados entre os serviços de saúde e a população (BRASIL. MS, 2004).

Nesse sentido, a ação dos ACS está em sintonia com as iniciativas de implantação de práticas humanizadas no processo de trabalho em Saúde. Por outro lado, percebe-se também que os discursos refletem, de certa forma, a reprodução e apropriação do discurso oficial das políticas de humanização em saúde.

³¹ Política Nacional de Humanização, Ministério da Saúde, 2004.

Mesmo o ACS realizando visitas quase que diariamente, os relatos mostram que nem sempre é possível visitar todas as famílias de sua área. Os agentes também estão inseridos em outras atividades além das visitas, participam do acolhimento (recepção, orientação e triagem de usuários que procuram as unidades de saúde); participam dos grupos de convivência e promoção do cuidado (hipertensos, diabéticos, tabagistas e outros). E, ainda, desenvolvem atividades burocráticas (preenchem cadastros, lançam informação nos sistemas de saúde, elaboram relatórios, entre outras atividades). Alguns agentes relatam que, em muitos casos, eles atuam “apagando incêndio”, ou seja, realizam tarefas que aparecem como mais importante naquele momento para a unidade de saúde e deixam de fazer as ações programadas.

4.2.1 Vínculo com a Comunidade

Sobre o vínculo com a comunidade no processo de trabalho, fica claro que entre as atribuições da função de ACS, um dos objetivos centrais é a promoção de ações comunitárias para além das atividades de orientação e acompanhamento individual das pessoas e das famílias. No entanto, percebe-se a partir dos relatos que na maior parte do tempo os agentes estão envolvidos com intervenções baseadas na ação individual ou familiar e na prevenção de doenças, sendo essas práticas, na maioria das vezes, uma ação complementar e de continuidade ao tratamento com base na prescrição médica no sentido estrito do conceito – orientação realizada pelo médico ou outro profissional da saúde que prescreve procedimentos a serem seguidos, a forma e uso dos medicamentos, o tipo de repouso, as restrições, a dieta alimentar, etc. Nesse sentido, torna-se evidente o papel “auxiliar” da função dos ACS em relação aos demais profissionais.

Essa constatação remete à reflexão de outras questões. A primeira refere-se ao modelo de atenção à saúde focada na ação do médico - “procedimento centrado” (MERHY, 2002). No processo de trabalho em saúde, em que pese à evidência do trabalho de caráter coletivo, a profissão médica constitui-se uma profissão que detém o controle do processo assistencial. A história da organização das profissões de saúde mostra que a institucionalização da medicina

ocorreu a partir da incorporação de avanços e saberes tecnológicos, com a legitimação de seu estatuto de saber ético, técnico e científico o qual assegurou ao médico autoridade e autonomia exclusiva em relação ao diagnóstico e à terapêutica do paciente. Ao legitimar o seu conhecimento “esotérico” (códigos de éticos e de conhecimento de propriedade profissional, partilhado por pares reconhecidamente aceitos como integrantes de um determinado grupo social), a medicina construiu seu papel hegemônico de detentora legal do saber da saúde e elemento central do ato assistencial (MACHADO, 1995).

A segunda reflexão diz respeito ao baixo grau de autonomia do fazer dos ACS ao desenvolver ações de cunho individual, o que, de certa forma, reproduz o modelo de saúde onde as demais profissões estão subjugada ao saber médico. Quanto mais os ACS desenvolvem ações nessa perspectiva individual, auxiliar, mais se afirma a lógica instaurada. Outra forma de olhar essa questão é pelo prisma positivo que ressalta o caráter interdependente das diferentes profissões, fortalecendo a idéia de que em saúde todo trabalho é sempre coletivo, por isso gera ações de caráter dependente e complementar. Embora se perceba que a autonomia profissional dos ACS encontra-se mais explícita nas ações de cunho comunitário, na articulação dos recursos existentes, na promoção de ações de prevenção à saúde e articulação de atividades coletivas, é justamente no aspecto da promoção da organização comunitária que na experiência analisada há um volume menor de informações sobre as ações desenvolvidas.

Quando os ACS referem-se ao vínculo com a comunidade, as falas relacionam o compromisso com as questões da participação, mobilização da comunidade em ações de cunho social e o fortalecimento da cidadania. São mencionados também os fatores que eles consideram relevantes para discussão do vínculo comunitário citando os aspectos: a) liderança comunitária; b) o papel de referência – “elo” para comunidade em relação aos serviços de saúde, c) o conflito de identidade – ser morador e profissional no mesmo lugar; d) as realidades locais e as precárias condições de vida.

Embora o esperado seja um ACS com o perfil de liderança comunitária com vínculo e identidade cultural com a comunidade onde está inserido, isso não acontece plenamente. Conforme foi apontado anteriormente, o perfil é influenciado pelo processo de seleção e, em muitos casos, não há uma liderança espontânea, porém ela se forma no desenvolvimento da função. Na relação com a comunidade, pode identificar três tipos de inserção: os que priorizaram no processo de trabalho as ações de cunho individual direcionadas aos indivíduos e famílias; os

que focam sua ação no desenvolvimento da atividade em grupo (hipertensos, diabéticos, tabagistas e outros) e os que reconhecem a importância do fomento às atividades comunitárias como forma de fortalecimento da organização da comunidade e promoção de ações na perspectiva de promoção da saúde em diversas áreas – educação, lazer, cultura, participação e controle social, condições de vida, etc.

Desenvolver o papel de referência para a comunidade em relação ao serviço de saúde fazendo a ligação entre a comunidade e a unidade de saúde e respectivamente as políticas públicas, de saúde e cidadania é a forma mais usual de reconhecimento dos agentes em relação a sua função. “Agente de Saúde é o elo entre o posto de saúde e a comunidade, eu tenho isso muito forte de ter essa ligação com a comunidade, além da promoção de saúde mesmo, fazer esse trabalho” (ACS1). Os agentes relatam que o seu compromisso é com a saúde e também com as questões relacionadas à frequência das crianças na escola; orientação para que as mães tenham acesso a creche; incentivo à participação da comunidade nos fóruns sociais; com o conselho tutelar e outras iniciativas sociais. Ser morador da comunidade onde trabalha é um ponto de conflito na identidade dos agentes e se expressa em diferentes posições:

Eles associaram isso tu morar na área e ter que lidar com teus vizinhos é muito complicado isso, porque tu acaba sendo Agente de Saúde 24 horas por dia. É de noite eles batem na tua casa pedindo termômetro, um paracetamol, um não sei o que, é uma SAMU, daí eles não têm telefone em casa, daí tem que ser lá pra casa, sábado e domingo eles perguntam que dia é a consulta, o médico já voltou de férias; é obvio que tu não vai dar as costas pra um vizinho teu, pra um paciente do posto, então jamais vai fazer isso, então tu acaba conversando fala outra coisa. Então, eu acho isso muito complicado, sabe essa prioridade que ele tem de morar na área, eu acho que não necessariamente tem que morar na área, sim ter um bom vínculo com a comunidade, isso com certeza, porque tu vai ta dentro da casa dessas pessoas, né, então, tu tem que ter a confiança dessas pessoas, isso é importante, mas não necessariamente tem que ser um vizinho teu, porque às vezes tu até acaba sabendo de coisas tão pessoais que te compromete um pouco, assim tu fica meio sabe, é complicado, é complicado (ACS5).

As falas revelam o conflito de ordem pessoal em virtude da falta de estrutura das comunidades e, principalmente, nos lugares aonde as situações de violência se agravam, o projeto pessoal dos ACS (e de muitos moradores) é melhorar de vida e sair daquela comunidade, entretanto sentem-se presos pela atividade profissional que limita sua mobilidade social. Uma vez que ser morador é ser identificado pela equipe de trabalho como portador dos mesmos problemas e agravos de saúde dos demais moradores, surge a necessidade de mudar a situação de vida negando a sua condição de origem; assim como, por estar trabalhando e envolvido num ambiente

de trabalho de status superior aos olhos da comunidade o agente passa a identificar-se mais com a realidade, cultura e posição social dos demais profissionais da equipe do que com os moradores da área.

Eu to como é que eu vou te dizer, numa crise, eu to com uma crise de identidade, eu to com muita dificuldade, assim, inclusive no trabalho, no meu trabalho como Agente de Saúde, eu amo o meu trabalho, o que eu faço, eu adoro o que eu faço, eu acho que eu tenho jeito com o que faço, entende, adoro abordar e sentar, não tenho nenhum preconceito, me sento na cama com um TB (Tuberculose), converso, pego na mão, o que eu posso eu faço, tenho tino para isso, só que infelizmente o local de trabalho hoje é algo pra mim doentio, que ta assim, oh, extremamente desgastante. Eu gosto muito do que faço, eu amo o que faço, mas eu também tenho família, tenho filhos, eu sou nova, quero um futuro para mim. Então, agora eu to concluindo, eu não tinha to concluindo agora em junho o 2º grau, meus colegas, eu tenho colegas que são formados, que tem faculdade, eu to concluindo o 2º grau. Eu quero é continuar na saúde, eu tinha vontade no futuro de prestar Serviço Social (ACS2).

O depoimento revela muitos aspectos da relação de trabalho do ACS; cita literalmente o conflito de identidade em razão das dificuldades de relacionamento com outros profissionais da equipe de trabalho, demonstra sentir-se desvalorizado e mostra-se preocupado com o seu futuro profissional diante da falta de perspectiva; além disso, deixa claro, que identifica-se com a profissão, expressando que gosta do que faz e que deseja permanecer na área da saúde, porém almeja uma posição profissional melhor e tem desejo de sair da comunidade para dar um futuro melhor aos filhos.

A condição exigida pela lei que institui a profissão de ACS que estabelece como requisito para o desenvolvimento da profissão ser morador a área de atuação foi bastante questionada entre os entrevistados, não havendo consenso sobre essa determinação. Essa condição legal limita as pessoas e impõe que a sua condição de vida permaneça igual ao momento de ingresso na função de ACS, negando a possibilidade da mobilidade social. Por outro lado, o fator da identidade, do conhecimento da comunidade e seu universo cultural foram citados como aspectos positivos para o desenvolvimento da função.

(...) como é que eu vou te dizer, assim, um que com essa questão de ter que ser morador da área, eu não sei até que ponto isso é bom, até que ponto isso não é bom, porque o vínculo com a comunidade no momento que tu trabalha, tu vai criar, sendo morador ou não, entende, e, aí, sendo morador, muitas vezes, porque como nosso território é um território, tu sabe, tem violência, violência que eu digo é tu sabe o tráfico de drogas; então, nós estamos no meio disso, também, a gente tem que saber se cuidar dessa situação, ter “jogo de cintura” pra isso, e muitas vezes nos acabamos, nos expondo muito porque eles sabem muito da nossa vida, porque pra eles nós somos uma, só que eles para nós são 250 famílias, entende. (...) Então, acho que para ser agente tem que ter as

características pessoais, essa que eu citei, mas fica esse questionamento, será que essa pessoa tem que ser moradora do bairro? (ACS2).

O conflito de identidade pressupõe saber diferenciar os papéis de morador do local e profissional, já que o território é o espaço de desenvolvimento da atuação profissional e exige uma postura ética para lidar com a situação. Os entrevistados utilizaram muitas vezes as expressões: “tem que saber ter jogo de cintura”, “ser ético”, “ter ética”; ou seja, saber lidar com as diferentes posições de ser morador e filtrar quais informações da comunidade devem ser levadas para a equipe, saber ser profissional e filtrar quais informações são discutidas na equipes que não podem ser repassadas a comunidade, aos familiares e aos amigos, etc. A fala citada expressa uma posição que remate à discussão sobre o saber profissional³²; frente à realidade de violência ou situações similares, é preciso manter uma posição de neutralidade, fazer que não enxerga, por exemplo, nas situações genéricas “o tráfico de drogas e uso de drogas”, a fim de desenvolver a sua atividade profissional.

Outro componente da fala acima remete à realidade local que envolve questões relacionadas à falta de saneamento, à violência, sobretudo em relação ao tráfico de drogas, às precárias condições de moradia, ao acúmulo de lixo nas ruas e nos quintais das pessoas que fazem do lixo seu meio de sobrevivência. Tais questões são abordadas profissionalmente, contudo também incomodam a pessoa do ACS, de um lado pela impotência frente ao volume dos problemas, do outro como conviver com toda essa situação sem projetar uma saída individual para o caso, como mudar da comunidade já que tem mais informações e melhores condições.

³² Saber profissional será discutido no próximo item deste capítulo.

MAPA CONCEITUAL 3 - VÍNCULO COM A COMUNIDADE

FALA DOS ACS	UNIDADE DE ANÁLISE	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tem que conhecer bem a comunidade. Eu acho que tem que ter uma vivência, tá participando um pouco mais das questões sociais, do orçamento participativo ou de algum grupo, assim, religioso ou associação de moradores pra ti ter uma inserção, porque isso facilita bastante o trabalho, porque as pessoas te conhecem, se torna referência....</i> • <i>A gente mobilizou a comunidade e isso eu até ajudei as gurias encabeçarem, porque eu tinha conhecimentos e isso é tudo resultante dessa participação que eu tinha antes...</i> • <i>A relação com a comunidade é tranqüila, apesar, é claro, que tem que ter “jogo de cintura”, tem que fazer de conta que não vemos muitas coisas. A comunidade é super receptiva, a comunidade reconhece o nosso trabalho, eles acabam tendo nós assim, como muitas pessoas dizem: “tu não é um Agente de Saúde, tu é minha amiga”....</i> • <i>É uma coisa que eu já falei antes, tu tens o vínculo que o médico não tem, porque o médico troca sempre...</i> • <i>Como é que eu vou te dizer, assim, tem um que com essa questão, assim, de ter que ser morador da área, eu não sei até que ponto isso é bom, até que ponto isso não é bom....</i> • <i>Eles associaram isso a tu morar na área e ter que lidar com teus vizinhos, é muito complicado isso, porque tu acaba sendo Agente de Saúde 24 horas por dia.</i> 	<p>IDENTIDADE CULTURAL; LIDERANÇA; CRISE DE IDENTIDADE; PARTICIPAÇÃO; CIDADANIA.</p>	<p>VÍNCULO COM A COMUNIDADE</p>

4.2.2 Vínculo com o SUS

Os ACS concebem o seu trabalho vinculando-se diretamente ao SUS e identificam-se como atores essenciais para o fortalecimento dessa política, além do mais, expressam domínio na compreensão do sistema, fazem referências aos princípios, à forma de organização e aos limites que identificam no funcionamento do sistema.

MAPA CONCEITUAL 4 - VÍNCULO COM SUS

FALA DOS ACS	UNIDADE DE ANÁLISE	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Eu acho que é como eu já falei antes o Agente é indispensável para o SUS. Acho que é indispensável, porque nós lidamos com todas as pessoas (...). Porque as pessoas que precisam de nós são as mais carentes,</i> • <i>O SUS é para todos e nós somos para todos, eu sou para todos.</i> • <i>Olha eu acho que o SUS é uma proposta maravilhosa, eu acho que muita coisa funciona muito bem e muita coisa poderia funcionar ainda melhor, eu acho que as questões dos Agentes ajuda muito a viabilizar as verbas todas, assim, e tá utilizando melhor certas coisas.</i> • <i>Eu acho hoje em dia impossível você terminar com o programa da saúde da família, e para que se tenha o programa de saúde da família tem que ter o Agente de Saúde.</i> 	<p>PRINCÍPIOS DO SUS; PSF.</p>	<p>VÍNCULO COM O SUS</p>

4.2.3 Precarização do Trabalho

A noção de trabalho precário tem sentidos diversos e traduzem situações relacionadas à deteriorização das condições e das relações de trabalho. São componentes importantes: as condições de higiene do local onde se executa o trabalho, a iluminação, a temperatura, o ritmo de execução das tarefas, a duração da jornada de trabalho, as relações entre chefias e subordinados, e outros aspectos. Já as relações de trabalho estão vinculadas ao contrato e suas respectivas garantias legais – direitos civis, trabalhistas e previdenciários.

Segundo o MS, em 2005 havia no Brasil 206.564 ACS, sendo que 30% trabalhavam sob a forma de contrato precário: terceirizados, ou cooperativados, ou temporários. Essas condições geram uma situação de instabilidade entre esses trabalhadores. Ao reconhecer essa situação que envolve os ACS e demais trabalhadores do PSF, o ministério elaborou uma política com o objetivo de desprecarizar as relações de trabalho no Sistema Único de Saúde. Embora a política esteja em vigor, não há dados disponíveis para verificar seu grau de eficácia (BRASIL. MS, 2006).

A precarização nas relações de trabalho influencia e interfere no processo de trabalho, trazendo as seguintes conseqüências: gera descompromisso; insegurança profissional; desmotivação e diminui a produção do serviço.

A discussão do tema precarização das condições e das relações de trabalho devem ser consideradas no contexto mais amplo das transformações no mundo do trabalho, conforme descrição do capítulo dois desta dissertação, que tende a pressionar pela redução das garantias e direitos dos trabalhadores, ou seja, a profissão de ACS já nasce num ambiente desfavorável à conquista de direitos. Nesse contexto, encontram-se trabalhadores convivendo no mesmo ambiente de trabalho com diferentes formas de contratação e direitos garantidos. Instala-se uma situação de desigualdade entre os mesmos.

MAPA CONCEITUAL 5 - TRABALHO PRECÁRIO

FALA DOS ACS	UNIDADE DE ANÁLISE	CATEGORIAS
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Eu gosto muito do que faço, eu amo o que faço, mas eu também tenho família, tenho filhos, eu sou nova, quero um futuro para mim. (...) eu tenho colegas que são formados, que têm faculdade, eu tô concluindo o 2º grau. Eu quero é continuar na saúde, eu tinha vontade no futuro de prestar Serviço Social</i> • <i>Tu é Agente de Saúde e ponto, tu não vai além, tu vai ser sempre Agente de Saúde, que é uma coisa boa, mas assim, não tem um futuro como Agente de Saúde por questões financeiras, onde entra o financeiro é muito complicado.</i> • <i>Agente de Saúde não tem plano de carreira ou alguma coisa assim, entende...</i> • <i>Violência que eu digo é, tu sabe, o tráfico de drogas; então, nós estamos no meio disso, também, a gente tem que saber se cuidar dessa situação, ter “jogo de cintura” pra isso, e muitas vezes nós acabamos nos expondo muito porque eles sabem muito da nossa vida...</i> 	<p>DESVALORIZAÇÃO; DESQUALIFICAÇÃO; FALTA DE CARREIRA; INSEGURANÇA; VIOLÊNCIA.</p>	<p>TRABALHO PRECÁRIO</p>

O processo de trabalho dos agentes revela a face da precarização tanto nas condições de trabalho, na forma de contratação, no baixo salário, bem como na falta de perspectiva profissional. As falas citadas remetem a uma situação de insegurança em relação ao futuro enquanto profissional da área da saúde, identificada na ausência de um plano de carreira e na desvalorização da profissão que se traduz no baixo salário. Os agentes também indicam em suas falas que conhecem a lei que regulamenta a sua profissão e sabem que o município não cumpre com as determinações legais.

Nós temos esta dificuldade agora, não sei se tu tá sabendo dessa dificuldade com a prefeitura de Porto Alegre. Nossa contratação é uma coisa que atrapalha bastante, porque

a gente fica inseguro, porque na verdade agora nós temos um contrato que era determinado e agora já não é mais determinado, ninguém chamou nós pra assinar nada, nós estamos no “ministério do ar”. Então, tem uma Lei que nos ampara que todo Agente de Saúde que prestou concurso até 2004 esses vão diretamente para as prefeituras dos municípios. Nós já estávamos irregulares antes porque Agente de Saúde não pode ser de fundação, de cooperativa, de nada, tem que ser de responsabilidade do município, por hora, o município de Porto Alegre sequer tem essa profissão, tá tramitando há horas (ACS2).

Refere-se que a instabilidade de trabalho em que vivem é ocasionada pela insegurança na relação contratual com a prefeitura de Porto Alegre. O agente faz referência à discussão para existência de um sindicato da categoria que não tem força para enfrentar a situação e aponta para a falta de capacidade organizativa dos seus pares.

A nossa vida como Agente de Saúde pode ser acabar logo em seguida porque nós estamos com contratos temporários sem estabilidade profissional, sem vínculo empregatício. Precisaria que ao mesmo tempo o sindicato mais unido, com mais objetivo que também não tem. Nós temos um sindicato, mas ele não funciona como deveria, e como as pessoas que agrupam são poucas, numericamente, parece que a gente não é visto, não é considerado, nem respeitado. Este governo agora municipal não respeita em absoluto, tanto é que nós recebemos os prêmios por diminuição de taxa de mortalidade, por melhoras do trabalho preventivo e esse dinheiro fica nos cofres da prefeitura e não é repassado, esse tipo de coisa acho que desmoraliza e está desmoralizando até os Agentes do GHC, também, isso prejudica o trabalho, prejudica os vínculos até com a equipe (ACS6).

O agente fala de sua situação de insegurança por ser contratado de forma terceirizada pelo município de Porto Alegre e prestar serviço no GHC. Ele pertence a dois mundos, porém não tem a proteção devida de nenhuma das duas instituições.

Nossa situação do lado de cá do GHC é mais complicada ainda, porque nós estaríamos sem a parte da prefeitura e sem o GHC. A prefeitura está nos mandando de um lado pro outro, mas nem o GHC se responsabiliza, nem a prefeitura se responsabiliza por nós, tu entende. Pra algumas coisas nós somos do GHC, para outras não (ACS2).

A fala a seguir expressa a contradição do discurso, inerente à função de ACS, de ser motivador, ativista de ações de educação e cidadania, responsável por ensinar sobre os direitos e estimular a organização da comunidade para garanti-los. No entanto, percebe que seus direitos de trabalhador não são respeitados e que eles não têm a mesma postura ativista quando se trata dos seus próprios direitos.

Agente Comunitário de Saúde só tem que mostrar o direito para as pessoas, que tu é um cidadão que tu tem os teus direitos, tu paga teus impostos, tu vota. E como a gente fica, dá isso para as pessoas e não busca para si, você entende, no sentido de contratação, de vínculo empregatício, fica complicado essas coisas. É muito complicado, também, porque é uma profissão nova e tem um sindicato fraco, a categoria não se une (ACS2).

O relato expressa a identidade do agente com o seu fazer profissional, contudo reconhece que a profissão ACS tem um limite, não identifica na mesma um potencial de crescimento. A forma identificada para progredir na área da saúde é fazer outra formação profissional, provavelmente uma formação de nível superior.

O Agente de Saúde ele nada mais vai ser que além de Agente de Saúde, então é uma coisa se tu gosta e tu faz que nem a gente faz com amor, veste a camiseta e faz porque gosta, mas tu vai ser sempre o Agente de Saúde, vai ser sempre aquilo ali, se tu quer evoluir profissionalmente tu vai ter que fazer uma faculdade, um outro curso e tentar entrar numa outra área da saúde como eu te falei, o que mais se aproxima é o Serviço Social. Então a única maneira de tu subir profissionalmente, tu crescer profissionalmente (ACS5).

Em que pese a relevância do problema da precarização e dos muitos pontos que podem ser aprofundados sobre esse aspecto, o foco aqui passa a ser os limites e a influência dessa situação para a construção da identidade profissional dos ACS.

4.3 IDENTIDADE POROFISSIONAL DO ACS

A construção da identidade é amplamente discutida nos domínios da Filosofia, da Sociologia, da Psicologia e da Antropologia, dentre outras abordagens presentes nos diferentes campos das ciências sociais. Assim,

a identidade é uma expressão subjetiva e se refere a tudo aquilo que é vivenciado como eu em resposta à pergunta “quem és”, sendo apreendida através da representação de si mesmo. Inscreve-se em um contexto conceitual amplo, o que implica abordagens diferenciadas (JACQUES, 1999, p. 125).

O termo identidade tem origem na palavra latina *idem*, que significa o mesmo, com o sentido de igualdade e continuidade. No campo da Filosofia, o termo identidade pode ser

compreendido, também, com um sentido dialético que comporta o significado de negação, assimilação e afirmação da diferença em relação ao outro.

A questão da identidade e da diferença, do mesmo e do outro, é uma das questões mais centrais da metafísica clássica em seu surgimento (Heráclito, Parmênides, Platão). Temos, por um lado, a busca de um elemento único, a essência, o ser, que explique a totalidade do real (Parmênides); por outro lado, o pluralismo de Heráclito vê o real como reino da diferença, da mudança e do conflito, sendo que em um sentido dialético algo pode ser e não ser o mesmo, já que está em mudança. Platão busca conciliar ambas posições que o influenciaram em sua metafísica dualista, segundo a qual a mudança permanece ao mundo material, sendo o mundo das formas fixo, eterno, imutável (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2006, p. 141).

Com uma significativa contribuição, a Psicologia Social apresenta alguns elementos para compreensão do conceito de identidade: “pode ser a própria representação, mas considerando-a também como processo de produção, de tal forma que a identidade passe a ser entendida como o próprio processo de identificação” (CIAMPA, 1987, p. 160). Para o autor, a identidade é mais do que a representação que indivíduo produz de si como algo dado. As identidades são construídas tomando como referência um “outro”, ou seja, não existe identidade sem processo relacional, somente pelo outro que podemos realmente nos identificar (CHARLOT, 2000).

Identidade é a produção que se dá num *contínuo processo de identificação* de um ser social, algo que se transforma, “vai se caracterizando nas e pelas novas relações sociais em que está se enredando” (CIAMPA, 1987, p. 109).

“O ser humano se transforma, inevitavelmente. Alguns à custa de muito trabalho, de muito labor protelam certas transformações, evitam a evidência de determinadas mudanças, tentam de alguma forma continuar sendo o que chegaram a ser num momento de sua vida, sem perceber, talvez, que, estão se transformando numa réplica, numa cópia daquilo que já não estão sendo, do que foram (CIAMPA, 1987, p. 165).

Nesse sentido, o autor busca recuperar em sua formulação o caráter da *historicidade* da *identidade* que se processa entre o que permanece e o que se transforma.

Nas décadas de 1980 e 1990, a Sociologia da identidade³³ ganha fôlego por meio da publicação de inúmeras obras de autores franceses, em especial Renaud Sainsaulieu e Claude

³³ A origem da conceituação da Sociológica da identidade retoma a tradição da escola do Interacionismo Simbólico e tem como ponto de partida o teórico George Herbert Mead, principalmente o clássico *Mind Self and Society*. A problemática essencial de Mead reside na investigação das ações interpessoais. Para o estudioso, o indivíduo é um ser sociocultural, e cada ato seu é um processo resultante das experiências internas que constituem-se socialmente. A autora indica algumas conexões da Sociologia com a Psicologia Social (HAGUETTE, 1992).

Dubar. As mudanças no mundo do trabalho levam os sociólogos a repensarem as teorias e os paradigmas para compreender as profundas alterações na identidade dos atores sociais em diferentes esferas, todas elas interligadas, como a família, a comunidade, a religião e o mercado de trabalho. Questiona-se a capacidade da Sociologia de estabelecer um adequado estudo das dimensões sociais e individuais da identidade, definindo teorizações e ferramentas analíticas sobre a questão.

Para Dubar (1997), a questão da identidade insere-se nos contextos dos processos de sucessivas socializações. O autor busca construir uma teoria sociológica da identidade e das formas identitárias, considerando a identidade social uma articulação entre dois pólos de influências: um interno ao indivíduo e outro externo sendo este estabelecido entre o indivíduo e as instituições com as quais ele interage. O fenômeno identitário é concebido como um produto da socialização, resultado simultaneamente estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, biográfico e estrutural, dos diversos processos de socialização.

A identidade não é um dado imutável, nem externo, que possa ser adquirido. É um processo de construção do sujeito e do grupo social e histórico. Ou seja, é uma forma de autocompreensão socialmente situada, sujeita a definições e redefinições do próprio sujeito em relação a outros. Não existe uma identidade estabelecida para o sempre: ela evolui e muda em processo de continuidade e rupturas, numa relação dialética. Conforme Dubar,

a identidade social não é transmitida por uma geração à seguinte, ela é construída por cada geração com base em categorias e posições herdadas da geração precedente, mas também através das estratégias identitárias desenroladas nas instituições que os indivíduos atravessam e para cuja transformação real eles contribuem. Esta construção identitária adquire uma importância particular no campo do trabalho, do emprego e da formação que ganhou uma forte legitimidade para o reconhecimento da identidade social e para a atribuição do estatuto social (DUBAR, 1997, p. 118).

Na visão do autor, a identidade de um grupo profissional é o que há de mais característico e faz desse grupo algo singular, único, que o possibilita diferenciar-se de outros grupos. A identidade profissional pode ser compreendida como o conjunto de formas de ser, agir e pensar, que são construídas na vida profissional e desde a própria formação inicial em processo de interação com os outros, nos contextos dados, com conteúdos particulares. Ou seja, a identidade profissional é construída em espaços sociais, nos quais se estabelecem múltiplas relações entre as pessoas. Nesses espaços, ocorre a socialização dos saberes, dos valores, das normas, das

necessidades e das expectativas de um dado grupo social. Assim, o espaço do trabalho aparece como um centro de socialização secundária relevante para o processo de construção, desconstrução e reconstrução da identidade social, na medida em que é pelo trabalho que os indivíduos adquirem reconhecimento de si e do outro. Esse processo leva à apropriação dos valores, do agir e das dimensões que caracterizam um coletivo. Assim,

as identidades sociais e profissionais não são só expressão psicológica de personalidades individuais como tampouco produtos de estruturas ou de políticas econômicas que se impõem de cima para baixo. Elas são construções sociais que implicam na interação entre trajetórias individuais e sistemas de emprego, trabalho e formação (DUBAR, 1998, p. 35).

Partindo da premissa acima, poder-se-á afirmar que a identidade profissional é um processo contínuo que se vincula à identidade pessoal, porém que está ligada ao vínculo e ao sentimento de pertença de um indivíduo a uma determinada categoria ou grupo social, que permita dar sentido ao trabalho.

MAPA CONCEITUAL 6 - IDENTIDADE PROFISSIONAL

FALA DOS ACS	UNIDADE DE ANÁLISE	CATEGORIAS
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tu tem uma posição de destaque na comunidade por tua profissão, sabe. Oh! Meu vizinho mora ali, mas ele trabalha lá no posto...</i> • <i>Bom-senso, criatividade, confiança, altruísmo e uma coisa assim, como é que eu vou te dizer, ah, eu trabalho pelo usuário, eu trabalho para o usuário, é o meu trabalho, entende, eu não estou prestando um favor é o meu trabalho.</i> • <i>Agente de Saúde é o elo entre o posto de saúde e a comunidade. Então, eu tenho isso muito forte, de ser essa ligação com a comunidade, além da promoção de saúde...</i> • <i>Porque nós somos tão pouco vistos. Quando pensam no posto de saúde, se pensa no médico, na enfermeira, em último lugar se pensa no Agente de Saúde...</i> • <i>Hoje eu vejo que é muito mais rico do que isso; dá possibilidade de atuar em todas as áreas. Porque as demandas não são específicas, técnicas. São demandas que transcendem a fronteira do posto e o horário comercial, transcende tudo...</i> • <i>Quando eu vejo assim, sabe, que eu fiz a diferença – é uma pessoa indo trabalhar, conseguindo botar um filho na creche – muitas coisas sabe, tu vê que as coisas mudam...</i> • <i>Eu acho que tem que ter perfil e esse perfil não basta eu ser um líder comunitário. É uma pessoa que tem que estar disposta a assumir, se doar bastante, muito mais do que se pensa....</i> 	<p>AUTO-ESTIMA; MOTIVAÇÃO; IDENTIDADE; LIDERANÇA; SIGNIFICADO DE SER ACS.</p>	<p>IDENTIDADE PROFISSIONAL</p>

A noção de identidade profissional captada nas falas dos agentes revela a necessidade de afirmação dos entrevistados em relação à sua importância na equipe de trabalho, o valor do seu trabalho para as pessoas, a sua contribuição direta para promoção de novas atitudes e o resgate da cidadania das pessoas por eles assistidas. Demonstram orgulho com a função que desempenham e estão diretamente identificados com o trabalho desenvolvido, embora nem sempre lembrados como profissionais da saúde.

As falas afirmam que para ser ACS tem que ter perfil e não só o perfil de líder comunitário, visto que profissão exige mais do que isso, tem que ter conhecimento sobre saúde e estar disposta a apreender. Indicam algumas características que uma pessoa deve ter para ser um bom agente. A frase citada tem uma conclusão enfática de afirmação do profissional “*é meu trabalho*”.

Bom-senso, criatividade, confiança, altruísmo e uma coisa assim, como é que eu vou te dizer, ah, eu trabalho pelo o usuário, eu trabalho para o usuário, é o meu trabalho, entende, então, eu não estou prestando um favor para eles, é o meu trabalho (ACS2).

A identidade profissional passa por gostar do que faz, ter orgulho da atividade que realiza, perceber ação que realizam como algo importante para a sociedade. Nesse sentido em todas as entrevistas mencionaram tal sentimento.

Como é que eu vou te dizer, hoje, eu amo, adoro ser e ajudar as pessoas. No início, a gente pegava muito pela mão, assim, praticamente tu pegava a pessoa no colo para fazer aquilo. Hoje a gente tem a rede, tem mais informação, ta mais capacitada. Então, tu consegue dirigir que as pessoas conseguem ir com suas próprias pernas. Eu acho maravilhoso ser Agente de Saúde (ACS3).

Tu tem que gostar de trabalhar com isso. Tem que gostar de tá tratando com a comunidade, gostar de tá trocando, gostar de tá reunindo, de tá brigando, de se frustrar quando as pessoas não vêm, de tentar de novo e tal. Então, mas eu acho assim, tem essa questão de vocação, tem que gostar de fazer isso, mas eu acho que não precisa ser só um trabalho voluntário. Eu acho que tu tem que trabalhar isso como uma profissão e gostando do que faz, porque daí fica melhor (ACS4).

As afirmações dos agentes buscam dar sentido ao seu fazer, evidenciar de que forma esses sujeitos identificam-se com o trabalho que realizam e ao qual atribuem um valor elevado grau de importância, situando-o como uma profissão. Conforme Dubar (1997) propõe, pode-se identificar nas falas um duplo sentido da identidade profissional. Um sentido como definição pessoal de si e um segundo como definição de si pelos outros. Aparecem como fatores relevantes para definir a

identidade profissional o sentido atribuído ao trabalho, o seu lugar na sociedade, o reconhecimento do outro e a noção de pertencimento. Ressalva-se o pertencimento com o qual os ACS se identificam, nesse caso, com a equipe de saúde. Eles sentem orgulho de pertencer à equipe de saúde, pertencer ao Conceição, ao SUS, como algo que lhe confere status perante a comunidade.

A noção de pertencimento como fator de status para ACS está presente em outras pesquisas. Para Silva e Dalmaso (2002), o agente é valorizado por compor a equipe do PSF, o que lhe garante um lugar de importância e diferenciado na comunidade em que atua. Na equipe, ele é valorizado por ser um conhecedor da comunidade e ter acesso a informações importantes para o trabalho dos demais profissionais. Essa valorização está relacionada ao saber da experiência caracterizando-se como fonte de poder para o agente no contexto das relações com a equipe.

4.3.1 Profissionalização e Reconhecimento

Compreender os conceitos de profissão e profissionalização torna-se necessário no intuito de compor o conceito de identidade profissional. Profissão é um termo com diversos sentidos, que variam segundo os contextos específicos de seu uso. O conceito de profissão é decorrente de uma construção social, portanto, sofre alterações de acordo com as condições sociais em que é utilizado. O fato de variar em função do tempo e do contexto em que ocorre, faz com que tal conceito adquira uma pluralidade de significações, implicando, em virtude disso, a inexistência de uma definição universal. Existem, por exemplo, diferenças notórias entre as tradições anglo-americanas e européias em relação à significação do termo. Em diversas línguas, não existia um termo equivalente à palavra profissão, que originalmente foi utilizado para descrever as formações sociais do trabalho no contexto da classe média e das profissões liberais.

O conceito de profissão surge em estudos com tradições marcadas em situações de trabalho bem diferentes das encontradas do Brasil. No dicionário *Aurélio*, da língua portuguesa, entre os diversos sentidos do termo dois deles, parecem mais apropriados para o uso nesse momento. Profissão: (1) “Declaração ou confissão pública de uma crença, sentimento, opinião,

ou modo de ser”. (2) “Atividade ou ocupação especializada, e que supõe determinado preparo”. Esses sentidos apontam algumas questões básicas para compreender o conceito de profissão. O primeiro ressalta o elemento da “confissão pública”, o que remete a pensar a profissionalização associada à afirmação de uma dada identidade, que passa a distinguir uma pessoa de outra, pelo seu modo de ser e por seu auto-reconhecimento. O segundo elemento significativo observado no verbete do dicionário é a expressão “ocupação especializada”, que logo remete a pensar em conhecimentos especializados, em “determinado preparo” e qualificação profissional específica.

Na origem da Sociologia das profissões, a profissionalização ocorre mediante um processo linear, baseado em normas e modelos de profissões liberais já estabelecidas. Tal posição é defendida pelos sociólogos funcionalistas³⁴. A profissionalização nasceu ligada à criação de grupos na busca de reconhecimento social, marcada pela ideologia liberal. Uma definição clássica de profissão pode ser encontrada na obra de Eliot Freidson:

profissão é sinônimo de ocupação, diz respeito ao trabalho especializado pelo qual uma pessoa ganha a vida numa economia de troca. Mas não é simplesmente qualquer tipo de trabalho que os profissionais fazem. O tipo de trabalho que realizam tem caráter esotérico, complexo e arbitrário: requer conhecimento teórico, competência e discernimento que as pessoas comuns não possuem, podem não compreender completamente e não podem avaliar prontamente [...] é a capacidade de realizar esse tipo especial de trabalho que distingue os profissionais da maioria dos outros trabalhadores (FREIDSON, 1998, p. 246).

Ainda segundo Freidson, as profissões estão divididas internamente em segmentos que disputam a autoridade e controle sobre a sua área de atuação. Tais segmentos são o dos praticantes, o dos administradores e o dos acadêmicos. O primeiro segmento exerce influência direta sobre os seus clientes ou consumidores; o segundo, o dos administradores, controla os mecanismos de exercício da atividade, como credenciamento em ordens, entidades associativas ou conselhos de classe; já o último segmento, o acadêmico, é formado pelos que possuem o controle sobre o conhecimento formal, necessário ao exercício profissional.

Outra visão clássica, que colabora para a conceituação das dinâmicas das profissões, está presente no trabalho de Rodrigues, para quem:

as profissões estão longe de ser blocos homogêneos, comunidades cujos membros partilham identidades, valores e interesses por força dos processos de socialização sofridos nas instituições de formação. Dentro das profissões, existem segmentos ou

³⁴ A idéia de que as profissões sejam grupos homogêneos é o pressuposto essencial da Sociologia durkhamiana. Cabe ao grupo profissional a tarefa de socializar os seus membros, inculcando neles os valores da consciência coletiva de caráter essencialmente moral (BARBOSA, 1993, p. 13).

grupos constituídos a partir da diversidade das instituições de formação, de recrutamento e das atividades desenvolvidas por membros do mesmo grupo ocupacional, pelo uso de diferentes técnicas e metodologias, pelo tipo de clientes e pela diversidade dos sentidos de missão (RODRIGUES, 1997, p. 19).

Segundo a elaboração de Naira Franzoi:

a profissão de um indivíduo é [...] definida como o reconhecimento social dos saberes que ele adquiriu na esfera da formação, bem como os serviços ou produtos que ele é capaz de oferecer, reconhecimento esse conferido por meio de sua inserção no mercado de trabalho em uma posição correspondente ao conhecimento adquirido (FRANZOI, 2006, p. 50).

A profissão, como uma construção social, não deve ser considerada enquanto somatório de características distintivas, mas como um processo de emergência e diferenciação social de determinado grupo ocupacional, que faz variar o estatuto e reconhecimento das profissões ao longo do tempo. Assim, profissão pode ser entendida como o desempenho de uma atividade humana, apoiada num saber e em valores próprios, possuidora de atributos específicos, reconhecida socialmente e confirmada pelo Estado.

Já a profissionalização é concebida, na Sociologia contemporânea das profissões, como um processo não linear, dinâmico, contextualizado e em construção. Portanto, a profissionalização é um processo de construção de identidade de um grupo que exerce uma atividade social específica (BARBOSA, 2003).

A profissionalização, como processo de construção de identidade, na ótica de uma profissão da área da saúde, tem embasamento na classificação de Médici, que define como profissionais de saúde todos aqueles que, estando ou não empregados no setor de saúde, têm formação profissional específica, capacitação prática, ou formação acadêmica para o desempenho das atividades ligadas diretamente às ações do setor. Ressalta, ainda, que o importante na definição do profissional de saúde é sua formação ou capacitação, construídas por um conjunto de habilidades e conhecimentos adquiridos com vistas a atuar no setor (MÉDICI et al, 1991).

A profissionalização do ACS é aqui entendida como processo e produto de construção de identidade individual e coletiva. A categoria identidade assume forte importância para compreender a profissionalização como forma de representação dos grupos e dos indivíduos. A fim de entender o processo de construção da identidade profissional dos ACS, tem-se que entender esse sujeito social e como ele estabelece relações progressivas de apropriação e

significação de sua profissão e de seu fazer como portador de uma prática profissional, um saber e uma identidade.

Toda profissão se constrói e se define em relação a outras profissões, estabelecendo um processo permanente de comparação, negação e afirmação da identidade profissional. Nas relações de trabalho, identifica-se que, em diversos momentos, emergem referências aos conflitos, e tensionamentos oriundos do processo de trabalho entre os agentes e os demais profissionais. A relação no trabalho é composta de cooperação, mas também de conflitos e disputas. É no processo de trabalho que se constrói a identidade e se delimitam os campos de atuação de cada profissional, por isso os conflitos são próprios da relação de trabalho e sobretudo em saúde por se tratar de um trabalho complexo e fragmentado.

A complexidade decorre da diversidade de profissões, dos profissionais, dos usuários, das tecnologias utilizadas, das relações sociais e interpessoais, das formas de organização do trabalho, dos ambientes de trabalho. A heterogeneidade revela-se pela diversidade dos vários processos de trabalho que coexistem numa instituição de saúde (...). A fragmentação encerra várias dimensões, tais como a fragmentação conceitual, ou seja, a separação entre o pensar e o fazer; a fragmentação técnica, caracterizada pela presença cada vez maior de profissionais especializados e fragmentação social, que estabelece relações rígidas de hierarquia e subordinação, configurando a divisão social do trabalho no interior e entre as diversas categorias profissionais (QUINTANA, ROSCHKE E RIBEIRO, 1994; apud DELUIZ, 2001).

No trabalho, o sujeito procura reconhecimento, espera que seja reconhecido o seu fazer, a qualidade do seu trabalho, que por sua vez lhe transfere respeitabilidade entre os seus pares. O sujeito não constrói sua própria identidade somente a partir de si mesmo, necessita do olhar do outro, do julgamento do outro (CIAMPA, 1987). Por isso, a fala dos ACS está sempre se referindo ao outro a fim de manifestar aspecto da sua identidade, reconhecimento e pertencimento profissional.

MAPA CONCEITUAL 7 - RELAÇÕES DE TRABALHO

FALA DOS ACS	UNIDADE DE ANÁLISE	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Nós faríamos o trabalho, assim mais diário na comunidade do que esses agentes que vêm da prefeitura. Eles vêm, passam pelas casas, voltam daqui um ano, se voltarem. Nós não, nós vamos todos os dias naquela casa...</i> • <i>A relação aqui dentro do posto quando nós chegamos foi bem difícil, primeiro porque nós éramos uma contratação diferente, nós éramos prefeitura, apesar de ser da saúde nosso contrato é diferente...</i> • <i>O profissional médico, o profissional enfermeiro, mesmo esse profissional sendo de serviço de saúde comunitária, eles muitas vezes não têm essa visão, não têm esse entendimento; talvez por causa da classificação, não sei, não sei se, se é porque Agente Comunitário de Saúde é mais povão, não sei...</i> • <i>Nós estamos aqui há quatro anos. Há quatro anos, a gente tenta mostrar para eles que a gente não é as coitadas da vila, as “vileiras”, as burras, entende, nem a comunidade é tudo o que eles pensam...</i> • <i>Mas agora eu sinto que tá mais relacionado tudo, que está mais multiprofissional, a reunião de discussão de caso, o planejamento das atividades. Agora os Agentes de Saúde fazem parte do planejamento e são consultados e são considerados.</i> 	<p>TENSÕES E CONFLITOS; CRISE DE IDENTIDADE; PRECONCEITO; RECONHECIMENTO; COOPERAÇÃO; TRABALHO EM EQUIPE.</p>	<p>RELAÇÕES TRABALHO</p>

A primeira citação busca diferenciar os ACS vinculados às unidades de saúde dos demais agentes que realizam campanhas eventuais como a campanha da Dengue. Afirma com isso que os ACS têm uma identidade vinculada ao desenvolvimento de uma ação educativa que tem continuidade e vínculo com as comunidades.

Bom, a relação de trabalho é muito complicada porque essa profissão é muito antiga, mas, com reconhecimento ela é nova. E, realmente o que falta é o reconhecimento, porque nós não temos o devido valor, entende, eles não conseguem ver na gente o devido valor que nós temos. Então, assim existe muita resistência da parte médica, da parte da enfermagem, entende, deles quererem nos ouvir, deles nos entender porque eles sempre têm aquele medo de que não, nós sabemos mais, nós somos formados, como nós fazemos uma faculdade. Só que têm coisas que a faculdade não te traz, que a faculdade da vida que vai te ensinar, entende, tu não vai conseguir numa formação acadêmica, no Mestrado, é a vida que vai te mostrar isso. Aí, tem essa dificuldade, entende (ACS2).

Ao afirmar de que a relação na unidade de saúde é difícil, os ACS fornecem alguns indicativos que situam onde estão as dificuldades:

1. na aceitação dos demais profissionais da presença dos agentes nesse espaço de convivência pessoal e profissional;
2. nas diferenças de posição social (estrato social) explicitada por um certo distanciamento nas relações fruto, talvez, de uma visão pré-concebida sobre a origem popular do agente e sua posição social; segundo a fala textual *“eles muitas vezes não têm essa visão, não têm esse entendimento; talvez por causa da classificação, não sei, não sei se, se é porque Agente Comunitário de Saúde é mais povão, não sei...”*(ACS2); nota-se, no texto, a dificuldade para expressar a opinião sobre o sentimento de discriminação presente na relação com outros profissionais.
3. na falta de clareza e, em alguns casos, de convicção por parte de alguns profissionais sobre o papel e a importância do trabalho do agente na equipe de saúde – essa situação de algum modo faz suscitar momentos de tensão nas relações de trabalho e gera desvalorização dos agentes.
4. no confronto dos diferentes saberes, sobrepõe-se ao saber da experiência dos ACS o saber técnico “acadêmico” dos profissionais Médicos, Enfermeiros e outros profissionais.

Os tensionamentos e os conflitos identificados não foram citados por todos os agentes entrevistados, entretanto a maioria relatou fatos onde são explicitadas as situações de preconceito e desvalorização dos ACS que se explicam em diferentes motivos: em virtude da origem popular; da falta de formação técnica; na dúvida sobre o papel do agente no contexto da equipe; na desconfiança em relação à postura ética em função de o agente conviver com as pessoas que são usuárias das unidades de saúde e conhecer o histórico de saúde (doenças) das mesmas.

A fala a seguir relata a dificuldade inicial de aceitação dos agentes pela equipe, que posteriormente, a partir do trabalho desenvolvido, foi superada. O agente traz para a cena da análise o tema do reconhecimento profissional por parte dos demais profissionais da equipe, da comunidade e do sistema de saúde. A noção de reconhecimento é mais completa do que a de aceitação, visto que carrega um sentido positivo de valorização e legitimidade.

No início, a gente teve uma resistência na equipe. A equipe, “Agente de Saúde”. A gente ouviu alguns comentários assim: “ah, mais isso aqui vai virar postinho”, “Agente! o que o Agente faz?” “Pra quê?” “Não precisa de Agente”. E, outros disseram: “aí que bom! Mas qual é o trabalho de vocês?” “Lá no posto tal já tem e é bem bacana”, Aí a gente começou a conversar e nem a gente sabia muito bem o que a gente ia fazer. (ACS4).

O reconhecimento desejável pelos profissionais está intimamente relacionado ao status³⁵ da profissão que traduz a posição ou classificação dessa perante as demais profissões da saúde e a sociedade em geral. Na visão Sacristán (1995), em sua pesquisa sobre a profissão dos professores, são cinco os fatores que contribuem para análise do status desse grupo de profissional: a origem social do grupo; o tamanho do grupo que exerce a função; o gênero predominante na profissão; à qualificação de acesso a profissão; o status do cliente a quem presta serviço. Para pensar a situação dos ACS tomando esses critérios como ponto de partida, é possível concluir: os critérios apresentados são desfavoráveis para produzir o reconhecimento e o status social elevado que desejam os agentes; os integrantes têm origem social nas camadas populares; a clientela compulsória pertence ao estrato mais pobre da sociedade; o grupo é composto por grande proporção de mulheres (situação desfavorável por constituir em atributo socialmente discriminado); o acesso exige baixa qualificação profissional e escolaridade mínima

³⁵Status: (1) Situação, estado ou condição de alguém ou algo perante a opinião das pessoas ou em função do grupo ou categoria em que é classificado, e que pode lhe conferir direitos, privilégios, obrigações e limitações. (2) Grau de distinção ou de prestígio, ou a situação hierárquica de um indivíduo ou grupo de indivíduos perante os demais membros do seu grupo social (FERREIRA, 2006).

como exigência inicial; é grande o número de pessoas que exercem essa atividade e a categoria tende a crescer em tamanho. Essa conjunção de fatores limitam a elevação do status do grupo profissional.

É importante ressaltar que o exercício do autoconhecimento e do reconhecimento de quem somos, o que fazemos e das conseqüências pessoais e sociais que produzimos, em interação com outras pessoas em diferentes contextos, tornam-se importante elementos da caracterização das identidades profissionais.

4.4 FORMAÇÃO E SABERES PROFISSIONAIS

Trabalhar não é exclusivamente transformar um objeto ou serviço em uma outra coisa, é também transformar a si mesmo *no e pelo trabalho*. Por isso, o trabalho é produtor de conhecimentos e saberes, na medida em que se pode falar especificamente de um saber profissional adquirido no exercício de uma atividade laboral, ou, através de cursos na formação inicial e profissional, dentro e fora do trabalho. Nesse contexto, a formação não pode ser vista apenas como produto da acumulação de cursos, tão pouco se restringe ao contexto da escola (formação técnica ou acadêmica); a formação é essencialmente construída pelo exercício da reflexão crítica que resulta da mediação dos conhecimentos oriundos da experiência de vida, dos percursos de formativos e das práticas profissionais elaboradas nas trajetórias individuais e coletivas. As percepções pessoais e do outro, os significados e as representações das experiências, dos valores, das atitudes e das concepções são elementos que compõem o percurso da formação e contribuem para a definição da identidade profissional (CANÁRIO, 2003; DUBAR, 1977).

Na literatura da educação, podemos encontrar diferentes referências à formação que se estendem ao longo da vida, a saber: educação permanente, educação recorrente, educação continuada, formação permanente, formação continuada. Tais conceitos referem-se às diferentes concepções e formas de organização de processos educativos que sistematizam conhecimentos (práticos, relacionais, técnicos, entre outros) como pressupostos básicos da formação. Tanto a educação permanente quanto a educação continuada constitui-se em práticas sociais que mobilizam saberes profissionais, que se integram à vida, ao trabalho e ao lazer. Formação

continuada é toda atividade em que o profissional se engaja, com a finalidade de conhecer e refletir sobre suas práticas, buscando produzir efeitos positivos de desenvolvimento pessoal e profissional. As práticas de formação continuada podem ser classificadas em duas categorias: formais e informais. As formais são concebidas como processos seriados, institucionalizados ou escolarizados; as informais são atividades organizadas fora do sistema escolar e ou informais construídos espontaneamente ao longo da vida, por meio das experiências cotidianas e de recursos educativos procedentes do ambiente familiar, grupo social e de trabalho (MARIN, 1995).

A experiência constitui uma noção importante para a compreensão do conceito de formação e, nesse sentido, comporta aspectos da história de vida das pessoas, retrata histórias de aprendizagem individuais e coletivas e são constituídas em contextos familiares, comunitários e de trabalho.

Conforme Eloisa Santos, toda atividade de trabalho encontra saberes acumulados nos instrumentos, nas técnicas, nos dispositivos coletivos; toda situação de trabalho está saturada de normas de vida, de formas de exploração da natureza e dos homens uns pelos outros. Em suma, toda atividade de trabalho é produtora de saberes e experiências, sendo esta uma dimensão relevante do saber que nasce da singularidade da forma como cada um se apropria de um determinado aspecto do trabalho e que tem a ver com a sua própria história, suas experiências anteriores e seus projetos. Essa singularidade surge na relação com o outro, portanto faz parte de um coletivo de singularidades (SANTOS, 2000).

No processo de trabalho, há sempre um espaço de criação entre aquilo que compõe a ordem do trabalho prescrito, plano elaborado pelo próprio sujeito ou outrem, e a realização desse plano, o trabalho real. O saber é algo produzido nesse espaço que se abre entre a prescrição e o trabalho realizado. Esse momento da criação em que nasce o saber e que será fruto da disputa entre capital e trabalhador podendo ser apropriado por um ou outro (CHARLOT, 2000; SANTOS, 2000).

A relação que o trabalhador estabelece com o saber passa pela trajetória de vida e diz respeito à singularidade da relação desse sujeito determinado e a forma como ele se apropria do saber que é individual e coletivo ao mesmo tempo.

A formação forjada *no e pelo trabalho* implica um conjunto de saberes que são incorporados à vida profissional, à medida que vão sendo requeridos diferentes conhecimentos no

trabalho cotidiano, de onde vai surgindo novos saberes e construindo, desse modo, a identidade profissional. Os saberes processados na formação são portadores de valores, padrões de comportamentos, competências e habilidades, que são mobilizados no trabalho.

Entende-se, assim, que a formação acarreta um conjunto de saberes incorporados ao longo da própria vida, os quais decorrem das experiências de vida, da imersão num contexto *societário*, das relações que se estabelecem com pessoas e instituições nos diferentes processos de socialização. Desse modo, a socialização de um indivíduo é um processo de formação individual e coletiva que se estende por toda a história de vida e comporta rupturas e continuidades. Por ser processo de aprendizagem, novos saberes estão sempre sendo elaborados na formação e na construção da identidade profissional. A idéia central é que esses saberes não são inatos, mas produzidos pela socialização, isto é, através do processo de imersão dos indivíduos nos diversos espaços de socialização onde estes formam sua identidade em interação com outros indivíduos (TARDIF, 2002).

A noção de saber, como antes referido, engloba conhecimentos, competências, habilidades e atitudes, ou seja, tudo aquilo que muitas vezes se convencionou chamar de *saber*, *saber-fazer* e *saber-ser*. Já que o saber do trabalhador é a elaboração consciente ou inconsciente de suas experiências. Assim, poder-se-á falar em diferentes saberes, o saber da experiência, o saber profissional, o saber acadêmico, entre outros. No entanto, os saberes são sempre totalidades, referências culturais situadas no tempo e no espaço. São também sociais porque são produzidos e legitimados por grupos sociais, em virtude disso, é preciso deixar claro que não existe um saber verdade que se funda no conhecimento científico ou tecnológico e se legitima pela via do diploma, do discurso acadêmico. É preciso se contrapor à tradição que historicamente nega a legitimidade do saber que produzido no trabalho e que se traduz em experiência. Embora a ciência e a tecnologia possam ignorar, todo saber é socialmente produzido no e pelo trabalho.

MAPA CONCEITUAL 8 - SABERES

FALA DOS ACS	UNIDADE DE ANÁLISE	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Porque quando nós entramos não sabíamos absolutamente nada, hoje eu sei um pouco, mas falta muito para mim aprender, mas eu já sei um pouco, porque nós tivemos capacitação sobre drogas, orientação sexual, sobre gestantes, aleitamento materno...</i> • <i>Então, muita coisa tu aprende bem naquela prática mesmo, não só na teoria, e eu não tinha nem a teoria, nem a prática. Então, para mim foi bem mais difícil. Então, eu acho que tem que ter uma boa capacitação, tem que ter isso, nós entramos “nuas e cruas” aqui dentro...</i> • <i>A gente tem uma educação continuada no hospital que a gente escolhe os temas que a gente tem dificuldade....</i> • <i>A gente procura também ir atrás das informações...</i> • <i>O principal de tudo mesmo é saber lidar com o próximo, tu saber lidar com o ser humano...</i> • <i>Aí, tu chega lá para fazer um cadastro quando tu vê, aquele cadastro não é somente incluir, ali no papel, burocrático...</i> • <i>É uma coisa que te falei, eu acho que é a vida que vai te mostrando, eu acho que é o próprio aprendizado, acho que eles é que estão me ensinando isso, com a própria população, eu tô aprendendo.</i> • <i>Então, a gente foi adquirindo muita coisa assim, com a equipe, sobre depressão, hipertensão, sobre diabetes, sobre alimentação, pra gestante, sobre a gestação....</i> 	<p>CONHECIMENTOS EM SAÚDE; CONHECIMENTOS TÉCNICOS; EXPERIÊNCIA DE VIDA; FORMAÇÃO DOS NOVOS; CAPACITAÇÕES; EDUCAÇÃO PERMANENTE; EDUCAÇÃO CONTINUADA;</p>	<p>SABERES</p>

Em sua trajetória, os agentes falam em diferentes saberes e processo de aprendizagem que resultam no seu crescimento profissional, na sua identidade profissional enquanto ACS. Além disso, relatam que a sua formação é resultado do processo de aprendizagem que se dá no desenvolvimento de suas atividades de trabalho, “aprendem na prática do dia-a-dia”; com as informações que recebem nas capacitações que são oferecidas pela equipe, no hospital e no município; aprendem com a troca de experiência entre eles mesmos, discutindo os casos com os demais profissionais; aprendem com a “população assistida”, com a troca de informações na comunidade, com a experiência de suas próprias vidas e sobretudo, buscando por conta própria as informações que julgam necessárias para o seu trabalho.

Eu utilizo as capacitações de conhecimentos técnicos que a gente já teve, capacitação permanente que é muito necessária mesmo, mas também utilizo experiências próprias da minha vida, da minha vida particular, eu como mãe, eu trabalhando em grupo, funcionando em grupos e outras coisas (...) (ACS6).

O saber do agente alimenta-se de diferentes fontes de conhecimento sendo expressivos os elementos que dizem respeito aos saberes próprios de suas práticas cotidianas e saberes adquiridos na troca com outros profissionais de saúde. Tais saberes estão presentes no uso de termos da medicina que são adquiridos na convivência com a equipe onde se apropriam dos saberes médicos com os seus respectivos termos técnicos e fazem a sua tradução para melhor informar a comunidade. Segundo Silva e Dalmaso (2002), os agentes participam de um contexto de trabalho onde circula um saber técnico-científico bem definido, portanto a assimilação de tais saberes passa a compor a construção de sua identidade dos ACS.

A relação do saber com a identidade profissional é um fator relevante na fala apresentada a seguir. Além de ressaltar a importância do ACS na equipe, atribui claramente um papel profissional específico aos agentes visto que conhecem em profundidade as pessoas da comunidade e, por isso, em muitos casos, podem fazer o encaminhamento ou orientação mais adequada (por conhecer a usuário) do que outro profissional. A questão essencial aqui é ressaltar que o conhecimento em profundidade das pessoas da comunidade é um saber profissional específico do ACS. Nesse sentido, o seu trabalho implica na identificação de demandas dos usuários com base no conhecimento dos problemas e saber traduzir as informações (linguagem) para equipe e usuários com o intuito de obter os melhores resultados possíveis com vistas à adesão de cuidados necessários à prática da saúde. Os agentes estabelecem a relação com a

comunidade traduzindo e informado os modos de fazer estabelecidos pelo “sistema médico oficial” e reportam para os profissionais de saúde os elementos-chaves para a compreensão dos problemas de saúde das famílias e comunidades, facilitando, dessa forma, a identificação dos fatores ligados ao adoecimento (NUNES et al, 2002).

O Agente de Saúde é muito importante dentro de uma equipe, importantíssimo, tanto quanto médico, o próprio enfermeiro, o próprio técnico de enfermagem, tanto quanto aquele administrativo que fica lá na frente. Ele é muito importante, ele resolve muitas coisas, que às vezes um paciente entra no consultório médico, ele tem a necessidade, porque ele veio ali, ele tem a necessidade do problema dele, mais muitas vezes o Agente de Saúde sabe muito mais do que um médico e pode ajuda com isso, ajudar muito (ACS3).

Outro saber necessário para o exercício da profissão de ACS é dito na expressão “saber ter jogo de cintura”, a qual em diversas entrevistas pode ser entendida como saber fazer análise da situação e resolver o problema conforme ele aparece. Diante do tráfico de drogas, saber ser discreto para não comprometer o trabalho a ser desenvolvido com a comunidade. Saber filtrar as informações para não comprometer a comunidade ou a equipe. Durante uma visita, observar qual o assunto pode ser tratado naquele momento. Conforme um dos relatos, o agente pode sair da unidade para tratar de um assunto com uma família e quando chega a casa constata que o problema principal naquele momento é outro, portanto tem que mudar de plano, “ter jogo de cintura”.

Tu tem que ter “jogo de cintura” que existe regras, mas que essas regras tu não pode seguir a risca, entende, tu tem que saber criar esse vínculo, esse “jogo de cintura” no meio disso, porque como aqui assim, eu tenho, é normal tu ta com traficantes aqui dentro. E, pra mim, pro meu trabalho seguir bem, tem que ser assim, entende, pra mim poder ficar lá cuidando da família dele, entende, eu tenho que fazer de conta que eu não enxergo, que eu to passando por ele, que eles estão com as armas empunho, que eles estão largando brasa³⁶ nos carros, que estão vindo, tu tem que fazer de conta que aquilo ali é uma coisa normal, natural, entende. Então isso não é normal, não é natural assim, entende, mas faz parte da realidade aonde eu moro, da onde eu trabalho, eu tenho que achar como normal, isso é uma das dificuldades (ACS2).

As últimas frases da fala revelam ao mesmo tempo um conflito pessoal, “não é normal, não é natural”, que expressa uma opinião em relação ao uso de drogas, mas por outro lado revela o respeito às diferenças tendo uma atitude profissional. Outras situações semelhantes foram descritas com esse mesmo sentido de postura profissional e respeito às diferenças em relação a

³⁶ A expressão “largando brasa” refere-se a fumar maconha ou craque.

temas como: falta higiene de algumas habitações, a educação dos filhos, a orientação sexual das pessoas; a administração dos recursos financeiros. De acordo com os agentes, todos esses são assuntos polêmicos que devem ser tratados com “jogo de cintura”, “com ética”, “com respeito”, uma vez que têm consciência que o seu trabalho passa pelo reconhecimento da diversidade cultural, religiosa, sexual e de padrões morais e, que para abordar tais assuntos, é necessário primeiro estabelecer vínculo com as pessoas e superar os preconceitos. Nesse sentido, o ACS reconhece a alteridade, ou seja, descreve o outro em sua diferença para estabelecer aproximações e poder alcançá-lo através das orientações de saúde (SILVA e DALMASO, 2002).

MAPA CONCEITUAL 9 - ÉTICA PROFISSIONAL

FALA DOS ACS	UNIDADE DE ANÁLISE	CATEGORIAS
<ul style="list-style-type: none"> • <i>A ética, mas não a ética profissional, entende, a ética mais no sentido de, como é que eu vou te dizer, das relações, da cultura...</i> • <i>A primeira coisa que eu trabalharia é a ética...</i> • <i>Uma das primeiras coisas que a gente coloca quando entra um Agente novo é ética, porque é uma coisa que sem pensar, se a pessoa não for orientada ela vai acabar comentando, ou em casa ou com o companheiro ou com a família coisas que não se pode falar.</i> • <i>Muitas vezes tu pega aqui um prontuário e não tem nada da pessoa. A gente sabe muito mais da vida da pessoa do que ele contou ao médico...</i> 	ÉTICA	ÉTICA PROFISSIONAL

A discussão sobre a ética profissional é citada por todos os entrevistados em todos os tópicos da pesquisa. Esse assunto está muito presente nas atividades de formação dos agentes, nas reuniões das equipes, bem como na relação com os outros profissionais da saúde. Ao afirmar constantemente sua posição e prática sobre ética, os agentes procuram mostrar que assimilaram a

importância do tema, e que suas práticas estão pautadas pelo padrão ético profissional exigido a todos os trabalhadores da saúde. Conclui-se que essa é uma forma também de afirmação da identidade profissional.

Claro que a gente tinha noção no começo porque quando a gente entrou nós não tínhamos acesso aos prontuários e muitas vezes tu vai no paciente ele conta pra ti o que ele não vai contar para o médico. Ele vem aqui no consultório e diz eu to com dor de barriga, mais ele não conta porque ele acha que ele ta com aquela dor. Qual o problema, o que aconteceu com ele, ele não conta e pra ti ele conta porque ele tem mais afinidade, porque ele pensa, assim, ah, o médico é o médico, o Agente de Saúde é o meu vizinho ele é que nem eu ele vai entender o que eu vou dizer (ACS5).

A noção de ética é descrita como um saber necessário para lidar com a comunidade preservando a privacidade e a confiabilidade em relação às informações obtidas, visto que os agentes temem “cair em descrédito” e “perder a confiança da comunidade”. Os agentes relatam que no cotidiano da comunidade há uma “curiosidade muito grande em relação à vida das pessoas”, por isso é necessário “saber dar limites a curiosidade alheia” sobre informações da vida privada e intimidade do outro a fim de evitar a exposição das pessoas a “fofocas”.

4.5 CONSIDERAÇÕES DA ANÁLISE

Os ACS valorizam seu trabalho enquanto parte da equipe da unidade de saúde e conseguem ver a si mesmo como um profissional que está na base do trabalho de promoção da saúde realizando a tarefa de ligação entre o sistema de saúde e a comunidade. São múltiplas as suas trajetórias de vida e trabalho que, ao longo do tempo, contribuem para a formação da sua identidade profissional. Eles estão vinculados à comunidade desenvolvendo o papel institucional de agente público e distanciam-se do perfil de líder comunitário que está na origem da profissão e enquanto critério da lei que a instituiu. Sua identidade profissional está mais próxima do papel de um educador para a saúde e promotor do acesso ao direito à cidadania do que um líder reconhecido espontaneamente pela comunidade.

A convivência com outros profissionais da saúde influencia o processo de identificação dos agentes e viabiliza a apropriação de saberes biomédicos, saberes técnicos e dos códigos de

linguagem próprios de um grupo profissional; a partir da convivência, passam também a compartilhar valores, posturas e necessidades dos profissionais presentes na equipe de saúde.

Em relação ao reconhecimento e a identidade profissional dos ACS, poder-se-á apresentar algumas conclusões:

- os ACS se reconhecem como profissionais da saúde que têm grande vínculo com comunidade em si;
- sentem-se mais reconhecidos pela comunidade do que pelos demais profissionais de saúde;
- compreendem que o reconhecimento profissional é uma conquista que vem com o trabalho concreto já que essa é uma profissão nova no contexto das equipes;
- os agentes sentem-se valorizados pela equipe quando desenvolvem o papel de alimentador de informações necessárias ao trabalho que será desenvolvido por outros profissionais como uma importante ação complementar;
- caracterizam o seu trabalho pelo desenvolvimento de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde mediante o desenvolvimento de ações domiciliares, comunitárias, individuais e coletivas;
- a atividade central mais representativa do processo de trabalho do agente é o ato da visita domiciliar;
- em sua atuação profissional, os agentes interagem nos campos dos saberes da saúde, da educação e da organização comunitária.

Em relação aos saberes, conclui-se que são diversos os saberes presentes na profissão de ACS, sendo os mais expressivos e que contribuem para distingui-los dos demais profissionais: a informação, o conhecimento da comunidade, a tradução e o saber da experiência. A informação nasce do conhecimento da comunidade e do vínculo que se estabelece com o lugar produzindo saberes locais específicos; o saber da comunicação que se expressa na utilização de uma linguagem comum com a comunidade que permite ao agente traduzir os saberes da saúde para uma linguagem mais próxima da compreensão das pessoas tornando o conhecimento acessível; um saber que é transformado em outro, traduzido para que haja entendimento e diálogo; o saber da experiência que é colocado em uso conforme cada situação ao fazer a leitura dos saberes adquiridos enquanto profissionais da saúde e aqueles adquiridos pela sua experiência de vida e vivência comunitária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ponto de partida desta dissertação foi um olhar sobre as transformações que vêm ocorrendo na sociedade capitalista nos últimos anos. Identificou-se um conjunto de transformações que está diretamente relacionado a uma nova fase do capitalismo, um momento que se inicia a partir dos anos 1970, sendo gerado pela crise estrutural do sistema, o qual passa por um processo de globalização econômica e impõe um novo padrão de acumulação de capital que se desenvolve com base na produção flexível pautada pela capacidade de dispor das novas tecnologias e de novas formas de gestão do trabalho a fim de responder com maior agilidade e rapidez as exigências dos mercados.

O capital tende a buscar novas formas de gerenciamento da produção, como mecanismos de aumento das suas taxas de acumulação, passando a exigir dos trabalhadores novos comportamentos e atitudes no que diz respeito ao seu maior envolvimento com o processo de produção. O processo produtivo, ao se transformar, gera exigências para aquisições de novos conhecimentos e atribui à educação novos papéis. A relação entre trabalho e educação permanece sendo tema relevante para análise, no contexto da reestruturação do mundo do trabalho, caracterizado por dificuldades e incertezas no plano socioeconômico e no campo tecnológico.

Na área da saúde, identifica-se a reestruturação a partir das mudanças que vêm ocorrendo nos processos de trabalho que incorporam rapidamente novas tecnologias, fazem uso intensivo de equipamentos sofisticados e aderem ao uso de remédios produzidos por um número restrito de laboratórios multinacionais criando, assim, uma dependência. Porém, essa vertente de inovação tecnológica é um processo que ocorre de forma desigual e não significa, necessariamente, acesso a todos e qualidade de vida para a população assistida.

Esse contexto de transformações no mundo do trabalho coincide no Brasil com o processo de redemocratização do Estado e a conseqüente reestruturação das políticas sociais implantadas a partir da nova Constituição Federal. A criação do Sistema Único de Saúde faz parte desse contexto e representa um novo arcabouço institucional onde aparece pela primeira vez no Brasil a separação dos sistemas de saúde e de previdência. O SUS é a expressão de um novo modelo de saúde que está sendo implantado há vinte anos e representa uma inovação na história do país em

função de se tratar de um modelo de política pública que viabiliza assistência à saúde para milhões de brasileiros. De qualquer forma, é um projeto em disputa política e econômica que necessita de aperfeiçoamento e controle social que resultem na sua afirmação e plena execução.

A profissão de Agente Comunitário de Saúde faz parte das iniciativas de efetivação do atual sistema de saúde e está vinculada ao desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, vigilância sanitária e educação para a cidadania. O objetivo da ação dos agentes é desenvolver uma ação multiplicadora de informações de saúde que levem à mudança de hábitos da população assistida. Trata-se de uma profissão que vem se afirmando na interface do campo da saúde e da ação social sendo, nesse aspecto, o reconhecimento legal da função dos ACS como profissão muito recente, cujo marco regulatório ainda está em construção. As funções atribuídas aos ACS são complexas e de grande relevância no sentido da intervenção das políticas públicas com vistas à melhoria dos indicadores de saúde no país.

Os ACS concebem o seu trabalho vinculando-se diretamente ao SUS e identificam-se como atores essenciais para o fortalecimento do sistema. O trabalho do Agente caracteriza-se por apresentar duas dimensões uma de cunho técnico, relacionadas ao atendimento ao indivíduo e famílias, a prevenção de agravos e situações de saúde e vigilância sanitária e outra de cunho político no sentido da organização da comunidade e de transformação das condições de saúde. A essência do trabalho dos agentes é desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares (individuais ou em famílias) e comunitárias de cunho coletivo. Nesse contexto, a visita é a atividade predominante do processo de trabalho dos agentes e constitui um espaço do fortalecimento do vínculo com as famílias e comunidade.

Os agentes valorizam o vínculo com as pessoas e a comunidade como um dos aspectos mais relevante do seu trabalho, algo que os diferenciam dos demais profissionais, posto que estabelecer vínculos torna o trabalho mais gratificante e significativo. Ter vínculo com a comunidade faz do agente alguém importante para a equipe, aquele que conhece a comunidade e a quem as pessoas confiam segredos e intimidades. Com base em informações privilegiadas, o agente cumpre o papel de elo e tradutor para a equipe sobre o contexto comunitário e a história de vida das pessoas.

Embora a autonomia profissional dos ACS encontre-se mais explícita nas ações de cunho comunitário, na articulação dos recursos existentes, na promoção de ações de prevenção à saúde e articulação de atividades coletivas, são as ações direcionadas às famílias e aos indivíduos que

envolvem a maior parte do tempo dos agentes. São essas, justamente, as ações onde os agentes têm menor grau de autonomia e desenvolvem um papel complementar, auxiliar, aos demais profissionais. Parece haver uma tendência de valorização das ações individuais de dimensão técnica em detrimento da dimensão política do seu fazer.

Em que pese transparecer menor volume de trabalho nas questões relacionadas à dimensão política da função, a forma mais usual de reconhecimento da identidade profissional e sua representação para o agente é o seu papel de referência para a comunidade em relação ao serviço de saúde, fazer a ligação entre a comunidade e os serviços de saúde e, respectivamente, as políticas públicas de saúde e cidadania. Além das questões diretamente relacionadas à saúde, os agentes concebem como parte do seu trabalho o compromisso com outras ações sociais: crianças matriculadas na escola, incentivo à participação da comunidade nos fóruns sociais, conselho tutelar e outras iniciativas comunitárias.

Nas trajetórias dos ACS, constatou-se um percurso de múltiplas atividades profissionais exercidas anteriormente ao ingresso na profissão; alguns já tinham vínculo com ações sociais, entretanto a maioria estava em outras atividades profissionais ou em busca de trabalho. O ingresso na função ocorre com base em diferentes motivações: afinidade com a função social a ser desenvolvida, em razão da situação de desemprego ou trabalho precário e, até mesmo, por identificar no Processo Seletivo Público uma oportunidade de trabalho e profissionalização.

Constata-se que há um distanciamento entre ser ACS hoje, desenvolvendo uma atividade institucionalizada, e as práticas populares e ou religiosas de cuidado à saúde. Tais práticas sociais permanecem vivas enquanto expressão do universo popular-religioso e se manifestam em atividades paralelas e às vezes complementares aos serviços de saúde com o uso de terapias alternativas, rezas, uso de chás e etc. Embora as pessoas e lideranças que exercem essas práticas não estejam desenvolvendo a função de ACS.

Nos aspectos relacionados às condições de trabalho, o fator mais relevante é a precarização do contrato de trabalho, o qual gera insegurança profissional em virtude de os agentes serem contratados de forma terceirizada pelo município de Porto Alegre e prestar serviço no GHC. Eles trabalham sob o regime do SUS, todavia não têm a proteção e os direitos garantidos pelas instituições envolvidas. Essa situação acentua a falta de perspectiva com futuro da profissão e evidencia sua desvalorização. Em relação às condições de trabalho, identificam-se ainda dificuldades de relacionamento com outros profissionais da saúde e falta de

reconhecimento em relação ao trabalho desenvolvido. No entanto, os agentes deixam claro sua identidade com a profissão, expressando que têm orgulho e gostam do que fazem, desejam permanecer na área da saúde, porém almejam alcançar no futuro uma posição profissional melhor. A forma identificada para progredir na área da saúde é fazer outra formação profissional, provavelmente uma formação de nível superior.

A noção de identidade profissional é captada a partir da afirmação dos entrevistados em relação a sua importância na equipe de trabalho, do valor do seu trabalho para as pessoas, da contribuição direta na promoção de atitudes e hábitos de vida saudáveis e do incentivo ao exercício da cidadania das pessoas por eles assistidas. Os agentes se reconhecem e têm orgulho de fazer parte da equipe de saúde, pertencer ao grupo Conceição, ao SUS, como algo que lhes confere status profissional e valorização perante a comunidade.

Em sua trajetória, os agentes falam de diferentes saberes e processos de aprendizagem que resultam no seu crescimento profissional, na sua identidade profissional enquanto ACS. Relatam, também, que a sua formação é resultado do processo de aprendizagem que acontece no desenvolvimento cotidiano de suas atividades de trabalho; aprendem com as informações que recebem nas capacitações que são oferecidas pela equipe, no hospital e no município, com a troca de experiência entre eles mesmos, discutindo os casos com os demais profissionais, assim como através da troca de informações na comunidade e com a experiência de suas próprias vidas.

O saber do agente alimenta-se de diferentes fontes de conhecimento sendo expressivos os elementos que dizem respeito aos saberes próprios de suas práticas cotidianas e saberes adquiridos na troca com outros profissionais de saúde. Esses saberes estão presentes no uso de termos da medicina que são adquiridos na convivência com a equipe, na qual se apropriam dos saberes médicos com os seus respectivos termos técnicos e fazem a sua tradução para melhor informar a comunidade e incorporam esses saberes a sua prática profissional.

Ao refletir sobre o trabalho dos ACS, fica evidente a relevância dessa profissão que tem origem numa ocupação social típica das iniciativas do viver em comunidade, que, aos poucos, fruto das conquistas sociais e democratização do Estado, passam a se organizar em políticas públicas, profissionalizando ocupações antes desenvolvidas na esfera da sociedade.

A profissão ACS encontra-se em pleno processo de regulamentação, definição de seus espaços e especificidade profissional dentro do tabuleiro de especialidades das profissões da saúde.

No campo da pesquisa, há alguns indicativos captados neste estudo que podem ser aprofundados em outros projetos futuros. A institucionalização da profissão com a regulamentação, com o Processo Seletivo Público e com adoção de uma plataforma de saberes escolarizados distanciará essa profissão do saber popular e da dimensão política emancipatória que está em sua origem tornando-se uma profissão técnica?

Toda análise construída nesta pesquisa teve como ponto de partida a visão dos próprios ACS em relação ao seu fazer. Não foi considerado o olhar dos outros profissionais e das comunidades em relação aos agentes. Nessa perspectiva, é possível perguntar: o que pensam outros profissionais da saúde e a comunidade sobre o saber, o ser e o fazer dos agentes?

Verificamos, então, que existe um processo de regulamentação do Curso Técnico de ACS, que em alguns lugares do país já estão sendo executados, e o fato de que no Rio Grande do Sul há interesse e demanda para capacitação dos ACS. Nesse sentido, caberia perguntar: quais experiências existem, como se desenvolve o curso, qual o currículo construído e como é construído?

Por fim, é preciso ressaltar que dada a complexidade do tema escolhido e a opção de abordá-lo na linha de fronteira de diferentes campos da ciência, muitas das questões que emergiram no transcorrer desta pesquisa não puderam ser aprofundadas e permanecem como desafio para a continuidade em estudos futuros, desse e de outros pesquisadores. Espera-se, no entanto, que a análise construída e os elementos apresentados sejam consistentes e possam contribuir com o desenvolvimento da profissão de Agente Comunitário de Saúde, figura inovadora na dinâmica do processo de trabalho em saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Bethânia de Araújo et al. **O agente comunitário de saúde: Construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico.** In: Caderno. Saúde Pública, vol. 18 nº 6, Rio de Janeiro, nov/dez. 2002.

ANTUNES, Ricardo. **Trabalho e precarização numa ordem neoliberal.** In: GENTILI, Pablo; FRIGOTTO, Gaudêncio. **A cidadania negada.** 3ª edição. São Paulo: Cortez, 2002, p. 35-48.

_____. **Adeus ao Trabalho?** – Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 9ª Edição. Campinas: Cortez, 2003.

_____. **Os Sentidos do Trabalho** – Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 7ª Edição. São Paulo: Boitempo, 2005.

_____. **O caracol e sua concha** – Ensaio sobre a nova morfologia do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2005.

ARROYO, Miguel. **Revedo os vínculos entre trabalho e educação:** elementos materiais da formação humana. In: SILVA, Tomaz (org.). Trabalho, educação e prática social. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990, p. 163-216.

BARBOSA, Maria Ligia de O. **As profissões no Brasil e sua sociologia.** Dados – Revista de Ciências Sociais. Rio de Janeiro: IUPERJ, 2003, nº 46, p. 593-606.

_____. **A sociologia das profissões:** em torno da legitimidade de um objeto. Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais. Rio de Janeiro: ANPOS, 1993, nº 36, p. 03-30.

BRASIL. **Lei Federal nº 8080/90.** Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: 19 de setembro de 1990.

BRASIL. **Lei Federal nº 8142/90**. Dispõe sobre a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde. Brasília: 28 de dezembro de 1990.

BRASIL. **Portaria nº 1886/GM**. Descreve as atribuições básicas do Agente Comunitário de Saúde. Brasília: 18 de dezembro de 1997.

BRASIL. **Lei Federal nº 10.507/2002**. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde. Brasília: 11 de julho de 2002.

BRASIL. **Medida Provisória nº 297/2006**. Regulamenta o exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Brasília: 12 de junho de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PCAS)**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/psf>. Acesso em 02.03.2007.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Ministério da Saúde. **Perfil de competências profissionais do agente comunitário de saúde – ACS**. Brasília, 2004.

BRASIL. Departamento de atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Saúde da Família**, Caderno de Atenção Básica - Educação permanente. Brasília: 2000, nº 03.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: 2004

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 e respostas. Comitê Nacional

Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

CANÁRIO, Rui. (org.) **Formação e Situações de trabalho**. Porto: Porto, 2003.

CARAPINHEIRO, Graça. **Saberes e poderes no hospital**: uma Sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Afrontamento. 1998.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**. Uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

CASTRO, Nadya Araújo. Qualificação, qualidades e classificações. **Educação e Sociedade**, 1993, nº 45, p. 211-224.

CASTRO, Nadya Araújo et alii. Trajetórias ocupacionais, desemprego e empregabilidade: há algo de novo na agenda dos estudos sociais do trabalho no Brasil? In: **Revista Contemporaneidade e Educação**, São Paulo, 1997, nº 02, p. 7-23.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. (org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

CHARLOT, Bernard. **Da relação com o saber**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

CHESNAIS, François. **A mundialização financeira**: gênese, custos e riscos, São Paulo: Xamã, 1999.

_____. O capital portador de juros: acumulação, internacional, efeitos econômicos e políticos. In: CHESNAIS, François. **A Finança Mundializada: raízes sociais e política, configurações, conseqüências** São Paulo: Boitempo, 2005, p. 25-67.

CIAMPA, Antonio da Costa. **A estória do Severino e a história da Severina: um ensaio de psicologia social.** São Paulo: Brasiliense, 1987.

COHN, Amélia; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: política e organização de serviços.** São Paulo: Cortez, 2003.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde.** Coleção Progestores, vol. 1. Brasília, 2007

CUNHA, Luiz Antonio. **O Ensino profissional na irradiação do Industrialismo.** São Paulo: UNESP; Brasília: Flacso, 2000.

DEJOURS, Christophe. **A Loucura do Trabalho.** São Paulo: 1988.

_____. **Uma visão do sofrimento humano nas organizações.** In: Chanlat, Jean-François. O Indivíduo na Organização: Dimensões esquecidas, vol. 1. São Paulo: Atlas, 1992.

_____. **Psicodinâmica do Trabalho.** Contribuições da Escola Dejourriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994

DELUIZ, Neise. **A Globalização Econômica e os Desafios à Formação Profissional.** Boletim Técnico do SENAC, Rio de Janeiro, nº 22, mai./ago., 1996.

_____. **O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo.** Boletim Técnico do SENAC, Rio de Janeiro, vol. 27, nº 3, set./dez., 2001.

DUBAR, Claude. **A Socialização** – Construção das identidades sociais e profissionais. Porto: Porto, 1997.

_____. **Trajétórias sociais e formas identitárias:** Alguns esclarecimentos conceituais e metodológicos. Revista Educação e Sociedade, Campinas: Unicamp, vol. 19, nº 62, 1998.

_____. **Identidade profissional em tempos de Bricolage** – entrevista com Claude Dubar. Rio de Janeiro: Revista Contemporaneidade e Educação, nº 9, 2001, p. 152-156.

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.) **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

ENQUITA, Mariano Fernández. **Educar em tempos incertos.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

FAJARDO, Ananyr Porto. **Agentes Comunitários de Saúde:** discurso e práticas em saúde bucal coletiva. Porto Alegre: UFRGS, 2001. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

FERRAZ, Lucimare; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. **O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre.** Ciência e Saúde Coletiva, vol. 10, nº 02. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2005, p. 347-355.

FERRAZ, Lucimare. **Agente Comunitário de Saúde e seu papel no programa saúde da família em Porto Alegre.** Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, ULBRA, 2000.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio.** Dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2006.

FEUERWEKER, L. C. M; ALMEIDA, M. J. O programa de Saúde da Família e o direito à Saúde. In: **Olho Mágico**, Londrina: UEL, vol. 6, nº 22, 2000, p. 22-25.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde**: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*; nº 15, 1999, p. 121-131.

FRANZOI, Naira Lisboa. **Entre a Formação e o Trabalho**: Trajetórias e identidades profissionais. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006.

FREIDSON, Eliot. **Renascimento do profissionalismo**: teoria, profecia e política. São Paulo: EDUSP, 1998.

_____. Para uma análise comparada das profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formal. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo: ANPOCS, 1996, nº 31.

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

FRIGOTTO, Gaudêncio. **Educação e Crise do Trabalho**: perspectiva de final de século. Petrópolis: Vozes, 1998

_____. **Educação e formação humana**. Ajuste neoconservador e alternativa democrática. In: GENTILI, Pablo e SILVA, Tomaz Tadeu da (Orgs). *Neoliberalismo, qualidade total: visões críticas*. Petrópolis: Vozes, 1997, p. 31-93.

FRIGOTTO, Gaudêncio; CIAVATTA, Maria (Coord.) **Educar o trabalhador cidadão produtivo ou o ser humano emancipado**. Trabalho, Educação e Saúde. Rio de Janeiro, vol. 1, nº 1, p. 45-60, 2003.

FUHRMANN, Nadia Lucia. Programa Saúde da Família: viabilizando a saúde Pública universalizada no Brasil. In: **Revista Virtual Textos e Contextos**, Porto Alegre: PUCRS, nº 2, ano 2, 2003.

GUIMARÃES, Nadya. A. Por uma sociologia do desemprego. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo: ANPOCS, vol.17, nº 50, 2002, p. 103-122.

GUIMARÃES, Nadya. **Caminhos Cruzados**. Estratégias de empresas e trajetórias de trabalhadores. São Paulo: Editora 34, 2004.

GOUVEIA, Roberto. **Saúde pública, suprema lei** – A nova legislação para a conquista da saúde. São Paulo: Mandacaru, 2000.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1992.

HARVEY, David. **A condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 1992.

HOUAISS. Antonio. **Dicionário Houaiss da Língua portuguesa**. www.houaiss.com.br. Acesso em 03.03.2008.

JACQUES, Maria da Graça. Identidade e Trabalho. In: **Trabalho e Tecnologia** – Dicionário Crítico. CATTANI, Antonio David (org.). Petrópolis: Vozes. 1999. p. 127-131.

JAPIASSÚ, Hamilton; MARCONDES, Danilo. Identidade In: **Dicionário de Filosofia**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2006.

JUNGES, José Roque; SCHNEIDER, Jurema Neto; OLIVEIRA, Luciana Lima de. Perfil e Formação do Agente Comunitário de Saúde. In: MEDEIROS, José Eri; GUIMARÃES, Cristian Fabiano. **Sementes do SUS**. Sapucaia do Sul; IBSaúde, 2007. p. 157-173

KUENZER, Acácia Zeneida. **Pedagogia da Fábrica** – As relações de produção e a educação do trabalhador. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

LAVAL, Christian. **A escola não é uma Empresa**. O neo-liberalismo em ataque ao ensino público. Londrina: Planta, 2004.

LEHER, Roberto. Tempo, autonomia, sociedade civil e esfera pública. In: GENTILI, Pablo; FRIGOTTO, Gaudêncio. **A cidadania negada**. 3ª edição. São Paulo: Cortez, 2002, p. 145-176.

LEITE, Márcia de Paula Leite. **O futuro do Trabalho**: novas tecnologias e subjetividade operária. São Paulo: Scritta, 1994.

LIEDKE, Elida Rubini. Trabalho. In: CATTANI, Antonio David (Org.) **Trabalho e Tecnologia**. Dicionário Crítico. Petrópolis:Vozes, 1999, p. 168-274.

MACHADO, Maria Helena (org.). **Profissões de Saúde**: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

MANFREDI, Sílvia. **Educação profissional no Brasil**. Rio de Janeiro: Cortez, 2002.

MARIN, Alda Junqueira. **Educação Continuada**: introdução a uma análise de termos e concepções. In: CEDES. Educação continuada. São Paulo: Papyrus, 1995, vol. 36 p. 13-20

MÉDICI, André César et. alii. **El Mercado de trabajo em salud**: aspecto teóricos, conceptuales y metodológicos. In: Educación Médica y Salud. La experiência de Brasil. Washington: OPAS. vol. 25, nº 1, p. 1-14, 1991.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **A implantação da reforma da política de saúde: inovação e continuidade.** Seminário Temático Políticas Públicas. XXVII Encontro da ANPOCS, 2004.

MERHY, Emerson E. **Saúde, a cartografia do trabalho vivo.** Rio de Janeiro: Editora Hucitec, 2002.

MERHY, Emerson E.; FRANCO, Túlio B. **Reestruturação Produtiva em Saúde.** In Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.) **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 225-230.

MÉSZÁROS, István. **Para além do capital.** São Paulo: Boitempo editorial. 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 9ª Edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

_____. (org.). **Pesquisa Social – Teoria, método e Criatividade.** Petrópolis: Vozes, 1994.

MORAES, Reginaldo. **Neoliberalismo – de onde vem, para onde vai?** São Paulo: Editora Senac, 2001.

MOROSINI, Marcia Valéria; CORBO, Anamaria D'Andrea; GUIMARÃES, Cátia Corrêa. **O Agente Comunitário de Saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepção do trabalho e da formação profissional.** In: Trabalho, Educação e Saúde, vol. 5 nº 2. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, EPSJV, 2007, p. 261-280.

NETO, Walter Henrique Broock, et al. **Contra-regras do cenário da saúde: os Agentes Comunitários de Saúde em foco.** In: Secretária da Saúde do Rio Grande do Sul. Escola de Saúde Pública - SES/RS. Rede Observatório RH. Porto Alegre, 2006. p. 117-155.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Ceriza Fantini. **Formação**: saberes e fazeres humanizados. in: Boletim da Saúde, Escola de Saúde Pública/RS, vol. 20, nº 02, jul./dez. 2006. p. 110-117.

NOGUEIRA, Roberto Passos et al. **A vinculação Institucional de um trabalhador sui generis**: o Agente Comunitário de Saúde. Rio de Janeiro: IPEA, 2000.

NUNES, Mônica Oliveira et al. O Agente Comunitário de Saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde pública**. Rio de Janeiro, vol. 18 nº 6 nov./dez., 2002, p. 1639-1646.

PAIVA, Vanilda. Qualificação, crise do trabalho assalariado e exclusão social. In: GENTILI, Pablo e FRIGOTTO, Gaudêncio. **A cidadania negada**. 3ª edição. São Paulo: Editora Cortez, 2002, p. 49-64.

PEDUZZI, Marina; SCHRAIBER, Lília Blima. **Processo de Trabalho em Saúde**. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.) Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 199-206.

PIMENTA, Solange M.; CORRÊA, Laetitia M. (Orgs). **Gestão, trabalho e cidadania: novas articulações**. Belo Horizonte: Autêntic: UFMG, 2001.

PIRES, Denise. **Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil**. São Paulo: CUT/Annablume, 1998.

PONTES, Ana Lucia de Moura. O processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Estudos de Politecnicia e Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p. 87-106.

RAMOS, Marise. **A pedagogia das competências**: autonomia ou adaptação. São Paulo, Cortez, 2001

RAUPP, Bárbara. **Coordenação do Processo de Trabalho**: uma proposta metodológica para as unidades de saúde do serviço de Saúde Comunitária. Porto Alegre: GHC/SSC, 2006 (documento).

RODRIGUES, Maria de Lurdes. **Sociologia das Profissões**. Celta, Portugal, 1997.

RUMMERT, Sonia Maria. **Educação e identidade dos trabalhadores**: as concepções do capital e do trabalho. São Paulo: Xamã, 2000.

SACRISTÁN, José Gimeno. Consciência e ação sobre a prática como libertação profissional dos professores. In: Nóvoa, Antonio. **Profissão Professor**. Porto: Porto Editora, 1995, p. 63-92.

SAINSAULIEU, Renauld. **A identidade no trabalho ontem e hoje**. Revista Contemporaneidade e Educação. Rio de Janeiro: ano 7, nº 9, 2001, p. 56-73.

SANTOS, Ariovaldo. Antigos e Novos campos da Ideologia do Capital na Educação do Trabalhador. In: ALVES, Giovanni; et al. **Trabalho e Educação**: contradições do capitalismo global. Editora: Práxis, 2006, p. 214 – 231.

SANTOS, Eloisa Helena. **A produção do saber e sua legitimação política**. In: Outras Falas. Revista de Formação da Escola 7 de outubro. Belo Horizonte: Escola 7/CUT, 2000.

SILVA, Joana Azevedo; DALMASO, Ana S. Whitaker. **Agente Comunitário de Saúde**: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

SOUZA, M. F. **Agente Comunitário de Saúde**: choque de povo. São Paulo: Hucitec, 2001.

TARDIF, Maurice. **Saberes docentes e formação profissional**. Petrópolis: Vozes, 2002.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais** – A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2006.

ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
**FACULDADE DE EDUCAÇÃO – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
EDUCAÇÃO**

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

A pesquisa Agentes Comunitários de Saúde: trajetórias, saberes e identidade profissional tem por objetivo compreender o processo de construção da identidade profissional dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), atuantes em unidades básicas de saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Trata-se de uma dissertação de mestrado, requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, no Programa de Pós-Graduação em Educação – PPGEDU, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

O estudo será desenvolvido através de observações, anotações, conversas informais e aplicação de entrevistas junto aos Agentes Comunitários de Saúde. A coleta de informações será realizada após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição e será desenvolvida no período de fevereiro a abril do ano de 2008.

As pessoas – sujeitos da pesquisa – serão convidadas a fornecer informações a respeito do tema e do objetivo acima proposto. Ressalta-se que a realidade poderá ser fotografada, observada e as entrevistas serão gravadas. O material coletado será de uso exclusivo do pesquisador, sendo utilizado com a única finalidade de fornecer elementos para a realização da dissertação e dos artigos e comunicações que dela resultem.

Durante o processo em curso, e mesmo na escrita da dissertação será assegurada a confidencialidade dos dados e das informações que possibilitem a identificação do(s) a(s) participantes da pesquisa.

A pesquisa não oferece nenhum dano ou desconforto ao(s) à(s) participante(s) e não será objeto de nenhum benefício, ressarcimento ou pagamento ao(s) à(s) mesmo(s) mesma(s). Será assegurado o direito de resposta a qualquer pergunta a respeito da pesquisa e seus objetivos. Se, no decorrer do procedimento o/a participante vier a manifestar sua vontade de que a entrevista seja interrompida e/ou seu conteúdo não seja divulgado, o pesquisador atenderá a sua vontade, garantindo ao sujeito da pesquisa o direito de abandono da mesma sem prejuízo para si.

O material coletado não poderá ser objeto de comercialização e/ou divulgação que possa prejudicar os(as) entrevistados(as) ou a sua comunidade. Os dados coletados serão guardados

durante cinco anos pelo pesquisador, sendo destruídos após este prazo. É compromisso deste pesquisador manter os(as) participantes informados(as) sobre o andamento da pesquisa e, ao final de sua realização, de comunicar-lhe(s) os resultados e/ou devolver-lhe(s), de alguma forma, o produto alcançado. Cópias das publicações desta pesquisa serão entregues a Coordenação do Serviço de Saúde Comunitário e a Centro de Documentação do Grupo Hospitalar Conceição.

Caso ocorram novas perguntas sobre este estudo, poderei encontrar o pesquisador Ednilson Bomfim da Silva no endereço rua Domingos Rubbo, nº 20, 5º andar, Hospital Cristo Redentor, telefone 33 57 43 19 ou no e-mail edenilson@ghc.com.br para qualquer pergunta sobre meus direitos como participante deste estudo ou se penso que fui prejudicado pela minha participação, posso chamar a professora Naira Lisboa Franzoi, orientadora desta pesquisa, na Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, telefone 33 08 31 03.

Eu,.....fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito dos objetivos e procedimentos desta pesquisa e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar.

Qualquer dúvida ética poderei entrar em contato com Dr. Julio Baldisserotto, Coordenador Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 33572407.

Ednilson Bomfim da Silva
Pesquisador responsável.

Eu,.....Carteira de Identidade nº.....CPF nº residente e domiciliado(a) à Rua..... nº.....Bairro:.....cidade/município..... Estado:..... concordo em participar voluntariamente desta pesquisa e declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Assinatura do(a) entrevistado(a)

Local, data.....

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS ACS

IDENTIFICAÇÃO

Código numérico de identificação: _____

Sexo: _____ **Escolaridade:** _____

Faixa etária: até 30 anos () de 31 a 40() de 41 a 50() mais de 51()

Tempo de atuação como ACS: _____

Região onde atua _____

Há quanto anos vive na região onde atua: _____

1. Antes de ser ACS com o que você trabalhava? Quais foram suas atividades profissionais anteriores?
2. Conte como você se tornou um ACS.
3. O que você imaginava ser um ACS?
4. O que é ser um ACS para você hoje?
5. O que faz um ACS?
6. Qual era o seu vínculo com área de saúde antes de atuar com ACS?
7. Em sua opinião quais são os requisitos necessários para ser um ACS?
8. Quais são as principais dificuldades para atuar como ACS?
 - Dificuldades em relação ao trabalho em si e as condições de trabalho
 - Dificuldades com relação aos outros profissionais da saúde
 - Na relação com a comunidade
 - Dificuldades pessoais
9. Como você descreve a comunidade onde atua?
10. Como é a sua relação com essa comunidade?
11. Além de ser ACS, você desenvolve outras atividades na comunidade? Quais
12. Quais os conhecimentos que você utiliza para desenvolver suas funções de ACS?

13. Onde, como e com quem você obteve esses conhecimentos?
14. Você conhece outras pessoas que trabalham como ACS? O que há em comum entre o trabalho dessas pessoas e o trabalho que você desenvolve?
15. Se você fosse chamado para dar um curso de formação para novos ACS quais as coisas, temas e assuntos você ensinaria?
16. Ser ACS é uma profissão?
17. Ser ACS é uma vocação? Uma ação voluntária?
18. Há algo específico da atividade de um ACS que o torna um profissional diferente dos outros profissionais e das outras profissões da saúde? Quais são essas especificidades?
19. O que você conhece da origem/história da profissão ACS?
20. Dentre as profissões da área da saúde qual a profissão que mais se aproxima, ou tem identidade, com a profissão do ACS?
21. Os demais profissionais da saúde consideram o ACS como um profissional da saúde? Como é a relação do ACS com esses profissionais?
22. Você acredita que a formação profissional do ACS possa vir a ser desenvolvida nos moldes dos cursos técnicos, similar ao que acontece em outras atividades profissionais?
23. Como você imagina seu futuro profissional?
24. Quais as relações que você estabelece da profissão de ACS com o Sistema Único de Saúde?
25. Em quais momentos ou ações de sua atuação como ACS você sente que está contribuindo para a promoção da saúde pública?
26. Ser ACS é uma profissão que tem futuro?
27. Você gostaria de fazer algum comentário, ou ressaltar algum aspecto, que não lhe foi perguntado?