



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL
DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA- UNILAB
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
INSTITUTO DE HUMANIDADES E LETRAS
MESTRADO INTERDISCIPLINAR EM HUMANIDADES**

HELIO CASTRO LIMA JUNIOR

**AS EXPERIÊNCIAS DE PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE FORTALEZA - CE**

**REDENÇÃO - CE
2020**

HELIO CASTRO LIMA JUNIOR

AS EXPERIÊNCIAS DE PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DOS
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA
- CE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Humanidades e Letras, da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira-UNILAB, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Mestre Interdisciplinar em Humanidades

ORIENTADOR: Prof. Dr. Roberto Kennedy Gomes Franco
LINHA DE PESQUISA: Trabalho, Desenvolvimento e Migrações.

REDENÇÃO - CE

2020

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Sistema de Bibliotecas da UNILAB
Catalogação de Publicação na Fonte.

Lima Junior, Helio Castro.

L696e

As experiências de precarização do trabalho dos agentes comunitários de saúde do município de Fortaleza - Ce / Helio Castro
Lima Junior. - Redenção, 2020.

115 f: il.

Dissertação - Curso de Mestrado Interdisciplinar em Humanidades,
Programa de Pós-Graduação do Instituto de Humanidades e Letras,
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-
Brasileira, Redenção, 2020.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Kennedy Gomes Franco.

1. Agentes comunitários de saúde. 2. Precarização do trabalho.
I. Título

CE/UF/BSP

CDD 362.12



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA
AFRO-BRASILEIRA (UNILAB)
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO (PROPPG)
INSTITUTO DE HUMANIDADES-IH
MESTRADO INTERDISCIPLINAR EM HUMANIDADES – MIH

Roberto Kennedy Gomes Franco

Participação por Videoconferência
Roberto Kennedy Gomes Franco

Presidente Participação por Videoconferência
Antônio Vieira da Silva Filho
Examinador Interno ao Programa

Participação por Videoconferência
Daniele Kelly Lima de Oliveira
Examinadora Externa ao Programa

Aos meus pais, Helio Castro Lima e Carmem Celha Ferreira do Vale, que me ofereceram o que eles não puderam ter, a oportunidade de conhecer o universo infinito do saber.

À minha amiga, esposa, companheira, Lorena Soares, que me incentiva nos momentos mais complicados de nossas histórias.

Ao meu orientador Roberto Kennedy que almeja uma sociedade justa construída por companheiros e camaradas fiéis uns aos outros, no valor da conquista por meio da luta da classe trabalhadora.

AGRADECIMENTOS

A todos os teóricos que se dedicam a causa dos trabalhadores, em especial, Marx, Engels e Ricardo Antunes, que são minhas principais referências.

A Deus, pela oportunidade de realizar este feito e pedir desculpas pelos momentos de dúvidas. Contudo, o bom aluno sempre questiona.

Aos meus pais, Helio Castro Lima, trabalhador que carrega na mão a comprovação que o trabalho deixa marcas, e Carmem Celha, do lar que sempre me incentivou a escrever minha história, com seus conselhos simples, poderosos.

À minha esposa, Lorena Soares, trabalhadora, meu porto seguro nos momentos de tempestade.

Ao meu orientador, Roberto Kennedy, e a sua esposa, Doutora Tânia Serra Azul, que me acolheram em sua casa.

A todos os amigos que de forma direta ou indireta colaboraram com meu desenvolvimento.

A todos os trabalhadores agentes comunitários de saúde que cederam seu tempo e suas histórias para a realização desta dissertação, dedico meu respeito e meu agradecimento. Continuemos a luta.

RESUMO

A presente dissertação tem o objetivo de analisar as experiências de precarização do trabalho dos agentes comunitários de saúde do município de Fortaleza - CE, em suas ações interdisciplinares na comunidade. A pesquisa parte do processo histórico da criação da categoria profissional na referida cidade, a conjuntura política do Estado do Ceará, bem como os debates políticos realizados naquele momento e a efetivação da categoria através do governo federal. É descrito o mundo do trabalho dos agentes comunitários de saúde em Fortaleza através das informações de como e quantos são os atendimentos realizados pelo trabalhador, o ambiente de trabalho e suas condições de moradia e insalubridade da micro área localizada na cabeceira do Rio Ceará, estando diretamente relacionado ao desempenho do agente. Questões relacionadas à saúde e às doenças que acometem os agentes também são pautadas na pesquisa. A organização sindical também é tema desta dissertação em que são descritas as três instituições que representam a categoria que (des)organizam a luta sindical dos agentes comunitários de saúde em Fortaleza. Por fim é analisado o perfil salarial e econômico da categoria.

Palavras-chave: Agentes comunitários de saúde, Precarização do trabalho.

ABSTRACT

The present work has the objective of analyzing the experiences of precarious work of the social health agents of the city of Fortaleza CE, in their interdisciplinary actions in the community. The issue starting from the panorama of the campaign in Fortaleza, a political conjuncture of the federal government. From the work portal, the health services have access to workers, the work environment and the housing and unsanitary conditions of the company's workspace in the Ceará River region. Related to agent performance. Issues related to health and disease that affect the agents are also based on the research. The union organization is also the theme of this dissertation where three organizations representing a Community of health agents in Fortaleza are presented. Finally, the salary and economic profile of the category is analyzed.

Keyword: Community health agents, Precarious work

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	A emergência histórica do ACS em Fortaleza/Ceará/Brasil.....	24
2.1	O mundo do trabalho dos agentes comunitário de saúde em Fortaleza.....	27
2.2	O perfil de saúde/doecimento da comunidade do Bairro Vila Velha 03 (micro - área 02 da equipe 191. (na cabeceira do rio Ceará)	38
2.3	Ações cotidianas do agente comunitário de saúde.....	42
2.4	O princípio educativo do agente comunitário de saúde.....	53
2.5	(Des)organização e luta do sindicato da categoria dos ACS em Fortaleza	61
3	Saúde e doenças dos agentes comunitários de saúde.....	65
3.1	O adoecimento pelo trabalho dos ACS em Fortaleza	79
3.2	As diversas violências sofridas pelo ACS.....	89
3.3	O salário e os aspectos econômicos dos agentes comunitários de saúde	92
	CONCLUSÃO	97
	REFERÊNCIAS.....	100
	ANEXOS.....	104

LISTA DE SIGLAS

ACE: Agente de Combate às Endemias
ACS: Agente Comunitário de Saúde
APA: Área de Proteção Ambiental
AVC: Acidente Vascular Cerebral
CAPES: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CBO: Cadastro Brasileiro de Ocupações
CEREST: Célula de Referência em Saúde do Trabalhador
COELCE: Companhia Energética do Ceará
COHAB: Companhia de Habitação do Ceará
CORES I: Coordenadoria da Regional I
CLT: Consolidação das Leis do Trabalho
CNBB: Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNJ: Conselho Nacional de Justiça
CNPq: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONACS: Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde
CUT: Central Única dos Trabalhadores
EPI: Equipamento de Proteção Individual
FENASCE: Federação Nacional dos agentes comunitários de saúde e endemias nacional
FGV: Fundação Getúlio Vargas
FMI: Fundo Monetário Internacional
FUNCAP: Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH: Índice de desenvolvimento Humano
IJF: Instituto José Frota
IPM: Instituto de Previdência do Município
IST's: Infecções Sexualmente Transmissíveis

MP: Ministério Público

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial da Saúde

PACS: Projeto Agentes Comunitário de Saúde

PEC: Proposta da Emenda à Constituição

PECS: Plano de Empregos, Carreiras e Salários

PNEPS: Política nacional de Educação Popular em Saúde

PSE: Programa Saúde na Escola

PSF: Programa de Saúde da Família

PT: Partido dos Trabalhadores

SINDIFORT: Sindicato dos Servidores de Fortaleza

SINASCE: Sindicato dos Agentes de Saúde e Endemias no Estado do Ceará

SINDSAÚDE: Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Saúde do Estado do Ceará

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

UNILAB: Universidade Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

UAPS: Unidade de Atenção Primária em Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

1. INTRODUÇÃO

O processo de precarização do trabalho é um novo momento histórico do capitalismo contemporâneo que também pode ser classificado como flexível (SENNETT, 1999, p. 05) ou de acumulação flexível (HARVEY, 1995, p. 05). A flexibilização passa a determinar o comportamento dos sujeitos como uma força exterior e natural, sem que eles – os sujeitos – sejam capazes de reagir e reassumir o controle sobre os processos sociais (DRUCK, 2011, p. 44). Apesar dos autores Sennett e Harvey afirmarem que a precarização é um momento novo, as condições de trabalho e sua precarização já haviam sido analisados por Friedrich Engels em seu livro: A situação da classe trabalhadora na Inglaterra publicado pela primeira vez em 1845, contudo o momento é novo no que se refere a intensificação do estudo da precarização do trabalho, da utilização do adjetivo que reforça os conceitos de trabalho flexível ou acumulação flexível, onde esta flexibilidade não está a favor da classe trabalhadora não a beneficia, a flexibilidade está relacionada a manutenção do sistema capitalista, ele manipula as relações a seu favor, com isto explora o trabalhador sem lhe dá condições de negociações justas e de melhoria da qualidade de vida.

É por meio da ótica do contexto histórico-dialético da precarização do trabalho que analiso as condições de trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS), no município de Fortaleza – Ceará. Neste cenário de precarização são percebidas falhas no processo de gestão que culminam no adoecimento do trabalhador.

Por sentir-me indignado e adoecido, decidi estudar para compreender a lentidão das mudanças sociais e o engessamento exercido sobre as atividades que realizo, iniciei o bacharelado em administração pública concluído na Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira UNILAB.

O anseio de visualizar as mudanças sociais na comunidade esbarra na lentidão burocrática e nas decisões políticas, ao estudar percebi que os agentes públicos não possuem conhecimento dos princípios da administração pública e quando os conhecem negligenciam e agem de forma pessoal apropriando-se da máquina pública.

Próximo de concluir o bacharelado, conheci a proposta do Instituto de Humanidades da própria UNILAB e seu programa de Pós-graduação interdisciplinar em humanidades, ligado à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação, mantido pela CAPES e CNPq e ao órgão de pesquisa do Ceará, Funcap.

Inscrito e finalizado todos os trâmites da seleção, posteriormente nos momentos de orientação junto ao meu orientador que tem como linha de pesquisa o Trabalho, Desenvolvimento e Migrações que investiga os processos históricos das comunidades, grupos e populações, com o objetivo das relações de trabalho e produção, bem como o desequilíbrio econômico regionais e dentre outras, a crítica à economia política, tive o interesse em debater as condições de precarização do trabalho dos agentes comunitários de saúde.

Esse interesse surgiu quando imerso nos conteúdos dos referenciais teóricos compreendi que esse fenômeno de desvalorização do trabalhador está inserido em todas as categorias profissionais, tanto quanto nas condições do ambiente de trabalho, como na condução institucional que carrega os estigmas das diversas categorias de trabalhadores da área da saúde que favorecem o quadro de precarização dos mesmos.

O agente comunitário de saúde foi inserido em um contexto de crise foi e continua sendo protagonista do sucesso do projeto que por seus resultados positivos posteriormente tornou-se um programa que hoje está inserido na política pública de saúde do país, chamado programa saúde da família (PSF).

Para que a categoria chegasse ao reconhecimento de sua importância foram necessários muitos anos de lutas, debates e suor.

Executando seu trabalho todos os dias, batendo de casa em casa, acessando locais em que outros profissionais da área da saúde não conseguem acessar, a categoria foi conquistando seu espaço tanto no mundo do trabalho como na sociedade, com isto, somos parte indispensável do sistema único de saúde, o SUS.

A partir daí surge o embrião dessa categoria e ao longo dos primeiros anos foi gestada a classe de trabalhadores que seria o elo entre o poder público e as comunidades. Desse modo, surge um novo grupo formado praticamente por mulheres trabalhadoras, aproveitando seus conhecimentos básicos de saúde, atrelado ao respeito e atenção disponibilizados pela comunidade a essas mulheres que executam o trabalho de forma positiva na história da comunidade.

O trabalho de combate e prevenção da transmissão da cólera foi uma grande oportunidade de trabalhar diretamente com as comunidades e vivenciar as dificuldades existentes diariamente. Esse trabalho interdisciplinar entre as ciências sociais e humanas na saúde realizadas na prática possibilitou iniciar um olhar mais aproximado das condições de vida das diversas comunidades permitindo assim salvar inúmeras crianças na época.

As mulheres executoras desse projeto agregavam vários conhecimentos e quando capacitadas a multiplicar temas relativos à saúde, executavam de forma prática e objetiva com alto índice de assertividade.

Controlada a epidemia de cólera na época, o gestor de saúde aprimora o processo de organização do trabalho, pois havia a grande preocupação em controlar a epidemia de cólera e não permitir mais nenhuma criança menor de três de anos morresse devido as complicações da doença, assim os diversos temas referentes à saúde como, saúde da criança, o cuidado com os recém nascidos e menores de seis anos, o acompanhando das puérperas e sua linha de cuidado, foram os primeiros temas de saúde que as trabalhadoras iniciaram em suas atividades. Posteriormente esse outros temas em saúde passaram a fazer parte do trabalho permitindo a ampliação para outras enfermidades como: hipertensão, diabetes e tuberculose.

O agente comunitário de saúde utiliza hoje suas habilidades sociais adquiridas via curso introdutório que abordou conceitos sobre: família, território, doenças, organização do sistema único de saúde SUS, seguridade social, epidemiologia, ofertado pela prefeitura um mês após a convocação da seleção pública. É importante informar que o curso ainda não foi concluído e só cursamos apenas uma das fases do curso técnico de agente comunitário de saúde que totalizam três.

Esta demora parte do desinteresse do ministério da saúde e das diversas prefeituras do país, pois concluído o curso o valor salarial deve ser

reajustado. A formação acadêmica é outra forma de obtenção de conhecimento realizada pelo interesse do trabalhador que paga por ele, mas é pouco aproveitado pela gestão. Hoje muitos agentes comunitários de saúde possuem nível acadêmico superior, mesmo assim outros profissionais ainda tem a imagem do ACS como sendo aquele que realiza o trabalho de forma braçal executando as ordens dos outros trabalhadores e possui um baixo nível acadêmico.

No início das atividades da categoria, a única exigência era apenas saber ler e escrever, na seleção pública realizada em Fortaleza no ano de 2006 era exigido a qualificação de Ensino Fundamental completo, mesmo com um nível de escolaridade considerado baixo, suas habilidades multidisciplinares e interdisciplinares na comunidade são exigidas e utilizadas em suas atividades desempenhadas na atenção primária nas Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS), que é a porta de entrada para todos os atendimentos que a população realiza em casos de necessidade de um tratamento contínuo.

O SUS possui mais duas divisões no que se refere à atenção à saúde. São elas: a atenção secundária que compreende os hospitais com atendimentos especializados em conjunto com as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e a atenção terciária que são os hospitais com atendimentos de alto custo como o Instituto José Frota (IJF), que atende traumas e queimaduras de alta complexidade.

Pertencendo ao nível primário de organização do SUS, os agentes comunitários de saúde estão inseridos nas diversas comunidades, vivenciando e sentido as dificuldades das falhas existentes na ponta do sistema único de saúde.

É necessário que o ACS seja capacitado para compreender sobre os diversos temas relevantes existentes na sociedade como: saúde da mulher, saúde do homem, saúde integral, saúde mental, infecções sexualmente transmissíveis (IST's), epidemiologia, seguridade social, dentre outros.

Hoje os impactos da violência sobre as comunidades são temas que estão na ordem do dia, estando na comunidade e conhecendo várias problemáticas, não somente sobre saúde, o que confirma sua interdisciplinaridade, pois desenvolver uma qualidade de vida e saúde passa pela complexidade de várias questões.

Somos fonte de informações, tanto sobre SUS como outros temas do serviço público para retiradas de dúvidas existentes na comunidade, somos também o elo da representatividade do serviço público e o termômetro para a gestão no que se refere à execução das ações em saúde nos territórios de atendimento de atenção primária das unidades básicas de saúde.

Mesmo possuindo um vasto conhecimento do sistema de saúde a burocracia torna lento e atrapalha o trabalho do ACS que ouve todos os meses as mesmas reclamações dos usuários.

Descrito um pouco o contexto histórico e explicado de forma resumida a organização de atenção do SUS, a gestão da época, da ex-prefeita Luizianne de Oliveira Lins, do Partido dos Trabalhadores (PT), junto com os sindicatos representantes da categoria, organizaram a seleção pública para as funções de agente comunitário de saúde e agente de endemias do município de Fortaleza – Ceará está seleção pública fazia parte do plano de desenvolvimento da cidade.

Soube e fiz a seleção pública no ano de 2006, passando em primeiro lugar na prova de conhecimentos gerais e em primeiro na dinâmica que simulava uma reunião em comunidade para debater sobre a solução de um problema de saúde, um estudo de caso. O motivo de obter boa qualificação, mesmo anteriormente não sendo ACS, foi devido estar sempre envolvido nos movimentos sociais, isto me permitiu a compreensão do contexto social que estava e estou inserido. Isso me capacitou para que obtivesse uma nota favorável e conquistasse a função pública.

Do resultado ao dia da convocação para entrega dos documentos foram passaram dois anos e meio. Neste meio tempo, trabalhei em uma empresa de tecnologia da informação, pois na época cursava uma graduação tecnológica na área de informática na educação, então passei a trabalhar na função pública de agente comunitário de saúde em 01 em julho de 2008, regido pelo regime celetista referente a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Naquele momento ainda não havia compreendido que a seleção pública não era um concurso público, eu não era propriamente um servidor público, mas sim um prestador de serviço público de saúde.

Mesmo assim, naquele momento da convocação para a entrega da documentação, via a efetivação de anos de luta de uma categoria que mesmo não sendo ainda servidores públicos já fora desde o início a categoria é

precarizada pelas empresas que faziam a gestão dessa classe de trabalhadores pelo capitalismo.

No ano de 2009 fazendo parte do debate sindical, o nosso maior objetivo era a mudança do regime jurídico de celetista para estatutário, o que se tornou nossa bandeira de luta e em 19 de novembro de 2012, por via da lei de número 9941, foi conferida a opção dos trabalhadores agentes comunitários de saúde de mudarem de regime jurídico e passarem ao quadro de servidores públicos do município de Fortaleza.

Participando dos debates da categoria com os gestores públicos, percebi a importância da profissão e a força de transformação que possuímos na sociedade, por meio das visitas diárias ao transmitir informações de qualidade sobre saúde e de qualidade de vida para seus atendidos, seja explicando como é o processo de marcação de consultas ou reivindicando junto com a comunidade por mais médicos na unidade de saúde para atender o maior número de pessoas ou realizando palestras de educação popular em saúde.

Somos a ponta do sistema, também somos os primeiros usuários que necessitam dele, estamos numa posição delicada, porque somos servidores e comunidade estas duas posições se confundem tanto por parte dos usuários como o próprio ACS que não consegue separar o que é profissional do que é vida pessoal, por isso, reivindicar mais, falar a verdade sobre as falhas geram olhares não muito amistosos. Não podemos falar tudo e não se pode deixar de falar, nesse contexto, o agente comunitário de saúde está inserido e se sente aprisionado pelo jogo das aparências sociais e esse sentimento pode lhe levar ao adoecimento como veremos mais à frente.

O sentimento de impotência quando não pode atender com eficiência e eficácia aos problemas dos usuários, sejam eles coletivos ou individuais, adoce o ACS quando se absorve os problemas da comunidade e não se sabe qual o seu papel e até onde vai sua responsabilidade institucional e profissional.

Esse limiar muitas vezes não é percebido pelo profissional e muito menos pela comunidade que lhe cobra soluções que o ACS não pode resolver, por estar em um nível muito baixo na hierarquia do sistema de saúde, estando na ponta mesmo recebendo as reclamações e insatisfações dos usuários. As soluções e decisões em nível macro não dependem do trabalhador para minimizar os problemas sociais, mas a comunidade cobra-lhe mesmo assim.

Em nosso caso específico, a precarização é percebida nas exigências em alcançar as metas que em sua maioria são humanamente impossíveis.

A impossibilidade de atendimento se dá na grande demanda que nos é imposta para realização das metas e a falta de objetividade na organização das atividades diárias, realizamos muito, mas nosso trabalho não é visto. Como meros coadjuvantes fazemos parte do sistema, as soluções não parte de nós, mesmo quando somos nós que debatemos e oferecemos o início da solução, contudo é sempre atribuído o mérito das conquistas para outras categorias e nós os agentes comunitários de saúde e no discurso oficial somos adjetivados como apoiadores.

O engajamento forçado nos programas de maior importância para a gestão, a falta de uma política de cuidado com a saúde do ACS que absorve os problemas e adoce física e psicologicamente por vivenciar as realidades sociais precárias existentes nas comunidades que estão inseridos e não conseguir interferir de forma positiva nas vidas de quem necessita dos serviços de saúde são uma constante.

Para analisar o contexto das comunidades, as disciplinas de ciências sociais e humanas na saúde pública são de suma importância para entendermos a complexidade da saúde coletiva. Desta forma, é preciso observar o paciente além do aspecto físico. É necessário vê-lo em sua totalidade. O sistema de saúde possui uma conduta orientada para resolver apenas os problemas de saúde com a medicação, sem levar em consideração o local onde o adoecido vive com infraestrutura adequada, suas condições sociais e o meio ambiente que reside.

Tudo isso incide no processo de adoecimento das pessoas da comunidade que também se relacionam com a saúde e com o processo de adoecimento do trabalhador agente comunitário de saúde inserido na comunidade que também está susceptível a influências do meio e isso diretamente incide na sua saúde, na sua conduta e no seu desempenho profissional.

Para a compreensão desse processo efetivasse a importância da interdisciplinaridade nas ciências sociais e humanas na saúde, debatendo com os vários temas, os quais incluímos nessa dissertação, o termo da precarização do trabalho dos agentes comunitários de saúde, que se situa no campo dos

debates da política de saúde dos trabalhadores no seguimento específico da saúde.

Segundo Canesqui:

Estão bastante ativas as ciências sociais na Saúde Coletiva/Saúde Pública/Medicina Social; campos híbridos por excelência, movidos nas fronteiras de vários saberes: das ciências biológicas às sociais, das estatísticas às administrativas e gerenciais, cujas inter-relações interdisciplinares geram tensões, expressas nas discussões sobre as dualidades, entre elas: subordinação/autonomia; disciplinaridade/interdisciplinaridade; reflexão/intervenção; redução de conhecimento técnico, pragmático e útil versus o não imediatamente aplicável ou transformado em outras modalidades de intervenção, que não estritamente médicas. (CANESQUI, 2009, p.19).

É nesse diálogo gerador de tensões que se baseia essa pesquisa qualitativa. Para tal, utilizo de várias ciências como a sociologia para debater a compreensão da precarização das condições de trabalho do agente comunitário de saúde, da história para descrever o processo de criação da categoria de trabalho dos agentes comunitários de saúde, da biologia para compreender o processo de interação que os indivíduos com o meio que eles vivem, da epidemiologia para perceber como propaga-se das doenças em um território adstrito.

As entrevistas foram realizada com vinte agentes comunitários de saúde que se dispuseram a serem entrevistados, era seguido um pequeno roteiro para orientar a entrevista com as seguintes perguntas: Há quanto tempo trabalha na função de agente comunitário de saúde? Como ficou sabendo da seleção pública; Você considera que o trabalho pode lhe adoecer? Como se sente em relação as atividades realizadas na comunidade, Qual sua opinião sobre o movimento sindical? Estas perguntas norteavam a entrevista e deixava o entrevistado a vontade, onde cada pergunta era introduzida no momento que o entrevistado sem perceber repetia as mesmas respostas.

Ao realizar as entrevistas com outros agentes comunitários de saúde, percebi que minhas indagações não eram solitárias e que outros agentes também compartilham das mesmas percepções de trabalho precário.

Para chegar a essa conclusão foi necessário ouvir de outros agentes comunitários de saúde para entender o que cada entrevistado ou melhor cada depoente tinha a falar e perceber o que não foi dito.

A fim de captar esse conteúdo importante, bem como as histórias de vida que se confundem com a história profissional dos agentes comunitários de saúde, utilizei a metodologia de história oral para a coleta dos dados nas pesquisas realizadas nas áreas das humanas. Tal metodologia consiste em entrevistas gravadas que permitem registrar de forma descontraída o diálogo realizado entre o entrevistador e entrevistado, sendo mais uma conversa que testemunha os acontecimentos vivenciados ao longo da vida do trabalhador.

Nesse caminho, Alberti descreve a amplitude da metodologia para a percepção histórica:

Uma das principais riquezas da História oral está em permitir o estudo das formas como pessoas ou grupos efetuaram e elaboraram experiências, incluindo situações de aprendizado e decisões estratégicas. Essa noção é particularmente desenvolvida em textos alemães, em que recebe o nome de “História de experiência” (Erfahrungsgeschichte) e aparece em combinação com a ideia de mudança de perspectiva (Perspektivenwechsel). Em linhas gerais, essa combinação significa o seguinte: entender como pessoas e grupos experimentaram o passado torna possível questionar interpretações generalizantes de determinados acontecimentos e conjunturas. [...] A capacidade de a entrevista contradizer generalizações sobre o passado amplia, pois, a percepção histórica – e nesse sentido permite a “mudança de perspectiva”. (ALBERTI, 2006, p.165).

No momento da entrevista observei que os agentes comunitários de saúde descrevem suas histórias por meio da interpretação dos eventos vividos ao longo dos anos de trabalho e que suas percepções contradizem o discurso oficial das instituições que fazem sua gestão e das que os representam, mudando a perspectiva de observação dos eventos históricos.

A metodologia da história oral foi desenvolvida por Thompson e passou a ser utilizada cada vez mais em 1950. Após a invenção da fita de gravação, os países da Europa, Estados Unidos e México se utilizaram dessa ferramenta, mas somente em 1970 essa técnica iniciou-se no Brasil através da Fundação Getúlio Vargas (FGV).

A metodologia da história oral é um método que colabora na investigação interdisciplinar nas ciências sociais aplicadas à saúde.

Segundo Montenegro (1997, p. 197-198), o debate acerca da história oral é pensado no interior do debate historiográfico associado à problemática da

história imediata, vinculado a todo conjunto de significados, resultante da produção do saber nas diversas áreas do conhecimento.

Os pesquisadores têm inclinações a realizar suas pesquisas focando mais no passado, não compreendendo que a história imediata é fruto dos acontecimentos realizados, sejam em um passado longínquo, seja nos acontecimentos da semana passada. Quando compreendida a importância da história oral passe-se a valorizar a história, a memória e os conhecimentos oriundos dos entrevistados.

A história enquanto estudo, análise e produção de um conhecimento acerca do passado, recupera marcas e significados através das mais diversas fontes; estejam depositadas em objetos, utensílios, obras de artes, monumentos, documentos escritos ou orais, como pontua Montenegro (2007, p.197).

Deste modo, para o historiador, segundo supracitado autor, os diversos temas remetem a um constante diálogo interdisciplinar. (MONTENEGRO, 2007, p.197).

A pesquisa segue por um caminho menos impessoal e o ato de contar a história, de lembrar fatos por meio de depoimentos gravados, tenham esses um caráter temático, de história de vida ou mesmo misto, o estatuto epistemológico será definido desde os elementos teóricos que informam a maneira de coletar até o tratamento que venham a receber. (MONTENEGRO, 1997, p.197). Desta forma, passam a compor as referências teórico-metodológicas da pesquisa.

A conduta do pesquisador é de fundamental importância, pois a mesma, pode influenciar o entrevistado, seja na forma de olhar, até a entonação da voz nas perguntas.

Todo material coletado torna-se documento válido para o embasamento da pesquisa, pois é coletada em primeira mão, direto da fonte, aquele que é o próprio objeto da pesquisa.

Utilizando a metodologia oral, passei a perceber o que Montenegro (1997, p.197), classifica como o não-dito implícito ao que é enunciado ao constituir-se no referencial indicador dos caminhos a serem trilhados na relação psicanalítica que projeta o conhecimento acerca das coisas humanas para um extenso território de possibilidades.

Esse não-dito implícito, foi percebido nas pausas do discurso, na voz embargada, nas mãos cruzadas e nervosas, na leve expressão facial de tristeza quando se lembrava de uma situação negativa, é o corpo falando, confirmando ou desmentindo o discurso do entrevistado.

O discurso obtido na fonte produz a contra história que se contrapõe aos discursos oficiais que produzem memória e identidade que são temas indissociáveis; desta maneira, o registro oral, enquanto visita ao passado individual/coletivo remete à própria relação das experiências e significados historicamente vividos e ao governo do passado presente e futuro. (MONTENEGRO, 1997, p.197).

A metodologia da história oral permite ao historiador e ao entrevistado produzir e reproduzir sua história a partir da percepção de quem fala e de quem vive o objeto de pesquisa. É por essa via que se compreende o mundo do trabalho do entrevistado.

No momento dessas entrevistas, pude perceber os contextos vividos as dificuldades em trabalhar sem muitas condições, a falta de retorno para a população e para os resultados do trabalho executado pelo trabalhador.

Com objetivo de resgatar as diversas histórias que unidas formam a memória e a identidade da categoria que denunciam as condições de precarização do trabalho, durante o processo compreendi que também faço parte da história da categoria e mesmo distante do debate sindical.

Esta dissertação colabora de forma efetiva para enriquecer a luta da classe trabalhadora e demarcar a posição em favor da melhoria das condições de trabalho desta categoria.

O debate também é uma forma de socialização dos problemas que são muito parecidos na maioria das vezes, mas em territórios distintos dos quais cada um está inserido. Muitos desses agentes entrevistados reclamam que não são ouvidos pela gestão.

Nesse caso, do momento da entrevista para a dissertação serviu como momento de desabafo para aqueles que se dispuseram a relatar suas histórias de vida e profissionais.

Para a compreensão da precarização do trabalho é necessário entender que esse processo está para além do espaço de trabalho, ele está inserido na própria sociedade. A “precarização do trabalho” estaria na origem,

pois se trata de um processo mais amplo de “precarização social” (CASTEL, 2001, p. 09).

Complementando este pensamento, toda a sociedade está precarizada, o trabalhador é explorado e lhe são oferecidas as mínimas condições de trabalho ou nenhuma para realização de suas atividades diárias.

O cenário de precarização estende-se por todos os setores e categorias de trabalho. Isso é um fenômeno mundial que se reflete nas condições sociais das diversas comunidades, seja no Brasil ou na Europa.

A dissertação foi estruturada da seguinte forma, no capítulo dois: A emergência histórica do ACS em Fortaleza/Ceará/Brasil foi debatido o processo de criação e organização das condições sociais que favoreceram o surgimento desta categoria profissional que se confunde como representante do Estado na área da saúde e ao mesmo tempo é comunidade, sendo mais um personagem social que realiza com grande compromisso apesar das dificuldades existentes para realização de suas atribuições diárias, o debate sobre o mundo do trabalho dos agentes comunitários de saúde em Fortaleza Ceará. Também está inserido o perfil de saúde/adoecimento da comunidade do Bairro Vila Velha III referente à microárea 02 da equipe 191, localizada na cabeceira do Rio Ceará. Por fim, encerrando o capítulo há um debate sobre a (des)organização e luta do sindicato da categoria e suas dificuldades.

No capítulo três, debato sobre a saúde e doenças que os agentes comunitários de saúde absorvem ou adquirem na relação com a comunidade. Também abordo o processo de adoecimento pelo trabalho e as diversas violências sofridas pelos agentes comunitários de saúde. Por fim, falo sobre o aspecto econômico salarial dos agentes.

No quarto capítulo, analiso o aspecto salarial e econômico dos agentes comunitários de saúde que no nível nacional é uma das categorias de saúde que tem menor salário.

Estudando o desenvolvimento e o processo de precarização do trabalho dos agentes comunitários de saúde, nos permitiu compreender o surgimento de uma categoria profissional e de uma política pública nacional de saúde, por meio dos desafios e avanços dessa categoria que luta todos os dias por reconhecimento e respeito de toda a sociedade.

2 - A emergência histórica do ACS em Fortaleza/Ceará/Brasil

O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde ACS surgiu na década de 1980 para combater a epidemia de cólera que assolou a população cearense por falta do saneamento básico e por esse motivo desencadeou um alto índice de mortalidade infantil, neonatal e materna nas comunidades mais carentes do Estado do Ceará. Esses números não colaboravam para os planos do grupo político do governador da época, Tasso Jereissati, que captava empresas no exterior para investir no Estado. Percebendo que necessita de uma resposta rápida para diminuir o número de óbitos precisava de um profissional capaz de organizar uma estratégia que inicia-se a resolução do problema.

O médico sanitário Carlile Lavor foi convidado para implantar um embrião do Projeto Agente Comunitário de Saúde (PAS), na cidade de Jucás - Ceará. Esse projeto foi institucionalizado no Estado pelo próprio governador Tasso Jereissati, através do Decreto número 19.945 de 02/01/1988.

O programa surgiu para remediar as condições de saúde sanitárias vivenciadas em muitas comunidades carentes do Estado do Ceará. As primeiras mulheres trabalhadoras como agentes de saúde foram treinadas e iniciaram suas atividades por meio de baixo investimento e da forma mais rápida e eficaz, utilizando a tecnologia leve da escuta e do diálogo, da conscientização e da mudança de comportamento. Desse modo, desenvolveu-se a partir da educação popular em saúde, a prevenção de doenças e a promoção de saúde de forma integral dos usuários em seus locais de moradia.

Neste mesmo período as obras de infraestrutura também foram dadas início, pois as más condições sanitárias das diversas comunidades do Estado, possuíam casas construídas sem alvenaria, esgotos a céu aberto e não possuíam água encanada estes fatores colaboravam para a transmissão da cólera e outras doenças como sarampo, caxumba e infecções respiratórias.

O trabalho desempenhado pelos agentes comunitários de saúde surtiu efeito, o índice de mortalidade infantil foi reduzido, os acompanhamentos dos usuários acometidos com doenças crônicas como: hipertensão, diabetes, hanseníase e tuberculoses foram iniciados e com esses dados, as primeiras estratégias e os primeiros indicadores surgiram para auxiliar no combate das condições crônicas da população.

A princípio, os agentes de saúde eram mulheres moradoras das localidades atingidas pela epidemia de cólera com alto índice de mortalidade infantil, essas mulheres possuíam conhecimentos básicos de higiene e exerciam liderança nas localidades que estavam inseridas.

Nesse momento, o conflito de interesses foi percebido. De um lado estava o Conselho Regional de Enfermagem do Estado do Ceará, que na época fez críticas ao programa e questionava as ações do agente de saúde que, porventura, ficaria “no lugar do enfermeiro”. Do outro lado e em defesa do projeto, estava a Secretaria de saúde e ação social do governo que explicava as atribuições desse novo personagem social e que não ficaria no lugar dos enfermeiros e que os agentes seriam os primeiro elos da comunidade com o SUS que acompanharia a manifestação das epidemias, realizando o acompanhamento epidemiológico nos seus territórios.

Destarte, seus contratos eram realizados pelos sindicatos locais ou por associações instituídas para o fim de pagamento dessas trabalhadoras, pois ainda não se pensava em seleção ou concurso público por se tratar de um programa que poderia ser cancelado caso não obtivesse resultados favoráveis. O início da categoria se dá de forma discriminada e precária pelo empregador em relação ao seu empregado.

Em Fortaleza, os agentes comunitários de saúde eram contratados pelas associações através de vínculo empregatício via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em que a associação recebia o repasse do governo para prestar o serviço de coleta de dados epidemiológicos. Essa relação de contratação e gestão de pessoal não tinha interferência da gestão municipal. Com isso, existia possibilidades de haver assédios morais, pois as indicações e demissões eram efetivadas por motivos de cunho político.

O Projeto Agentes Comunitários de Saúde (PACS) recebeu notoriedade nacional e sua experiência foi disseminada para todo o país. No ano de 1991, o ministro da saúde, Alcenir Guerra, lança o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), em parceria com o Programa Líderes Comunitários da Pastoral da Criança da CNBB, com o objetivo de formar 40 mil agentes de saúde para a região Nordeste, através da Fundação Nacional de Saúde, segunda Silva (1997).

No decorrer da década de 1990, o ACS foi incluído como membro da equipe de saúde da família, dentro do Programa de Saúde da Família (PSF).

A profissão de Agente Comunitário de Saúde foi decretada pelo Governo Federal através da Lei 10.507, de 10 de julho de 2002, com Cadastro Brasileiro de Ocupações (CBO), sob o número de 515105. Mesmo com esta formalização institucional não foi esgotado o debate sobre as condições de trabalho e os problemas relacionados à inserção da categoria no âmbito do sistema municipal de saúde.

Em 2006, após dezoito anos da criação do PAS, a prefeita Luizianne de Oliveira Lins, do partido dos trabalhadores (PT), lança um edital para seleção pública de agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de combate as endemias (ACE) para o município de Fortaleza, no Estado do Ceará, também por via de contratação da CLT. O que se observa de benefício na época era a gestão de pessoal que seria feita pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Em 2009, após muitas negociações e sendo um dos últimos atos administrativos da Prefeita Luizianne de Oliveira Lins, com o objetivo de proteger mais de dois mil trabalhadores, tornou público a mudança do regime jurídico de celetista para estatutário em 19 de novembro de 2012, por via da lei de número 9941, possibilitando a opção dos trabalhadores agentes comunitários de saúde mudarem de regime jurídico e passarem ao quadro de servidores públicos do município de Fortaleza.

Com esse ato, a prefeita garantiu a permanência dos trabalhadores e afastou o monstro do desemprego que poderia ser realizado pela nova gestão que assumiria o município após aquele período.

Passada essa fase com garantias de estabilidade de mais de dois mil trabalhadores, a categoria voltou a desempenhar suas atividades diárias com esperanças de mais vitórias para as melhorias das condições de trabalho.

Por fim, não foi o que aconteceu, pois os movimentos sindicais não deram continuidade na agenda de conquistas, devido à mudança de gestão, houve uma quebra nas expectativas com relação a nova gestão, outro fator foi a falta do fortalecimento da consciência de classe desses trabalhadores que continuam diluídos no mundo do trabalho.

2.1 - O mundo do trabalho dos agentes comunitário de saúde em Fortaleza

A vida social é pautada no trabalho, tudo parte dele e tudo pode faltar sem ele, nesta dinâmica são oferecidos diversos produtos, seja para prevenir uma gravidez não planejada até a inseminação de uma gestação planejada, do nascimento à morte, o trabalho de alguém está ali, o valor dos produtos e das ações realizadas pelo homem geram de valor à riqueza.

Para Engels:

O trabalho é a fonte de toda riqueza, afirmam os economistas. Assim é, com efeito, ao lado da natureza, encarregada de fornecer os materiais que ele converte em riqueza. O trabalho, porém, é muitíssimo mais do que isso. É a condição básica e fundamental de toda a vida humana. E em tal grau, até certo ponto, podemos afirmar que o trabalho criou o próprio homem. (ENGELS, 1999, p. 01).

Primeiramente, é necessário compreender o que é o mundo do trabalho e posteriormente somente o termo trabalho, que nos acompanhará por toda a nossa existência, trabalhando ou não, sabendo ou não sabendo que se trabalha.

Quando os primeiros homens passaram a colher os brotos das plantas rasteiras, os frutos caídos das árvores para a sua alimentação e produziram as primeiras ferramentas com o objetivo de facilitar suas atividades diárias, esses homens não sabiam que estavam dando forma embrionariamente ao que seria o ato de trabalhar, o próprio trabalho.

Na língua portuguesa segundo Albornoz:

Apesar de haver *labor* e *trabalho*, é possível achar na mesma palavra *trabalho* ambas as significações: a de realizar uma obra que te expresse, que dê reconhecimento social e permaneça além da tua vida; e a de esforço rotineiro e repetitivo, sem liberdade, de resultado consumível e incômodo inevitável. (ALBORNOZ, 2012, p. 09).

Para Albornoz, o trabalho como realização de uma obra era muito presente na época em que a autora analisou o termo “trabalho” e sua concepção etimológica constituía o foco principal e não foram levadas em consideração outras categorizações do termo que naquele momento histórico que foi escrito, em 1986, o conceito de serviço como trabalho ainda não era tão debatido e o trabalho era a expressão da demarcação do *status quo* na sociedade.

Por exemplo, temos um engenheiro que acompanha a execução da construção do prédio ou um médico-cirurgião que realiza uma cirurgia e ambos passam a possuir uma imagem de eficientes na sociedade a qual prestam seus serviços. Um constrói o prédio e o outro faz seus atendimentos, ambos possuem um *status* adquirido por suas atividades pelo seu trabalho, estas duas atividades se relacionam com o intelecto, pois exige mais de quatro anos de dedicação aos estudos acadêmicos.

As atividades laborais que não exigem muito tempo de estudos, mas de sua prática cotidiana que compõem um estágio de formação, podemos exemplificar: o pedreiro e o técnico de enfermagem que desempenham mais esforço físico e trabalho repetitivo, ambos não possuem a liberdade do ato criativo, pois executam as ordens e orientação da categoria profissional que utiliza o intelecto para materializar seu trabalho.

A falta de liberdade criativa ficou para as classes de trabalhadores subalternas que trabalham próximos da mudança da matéria prima e hoje na cadeia de serviços com o atendimento a outras pessoas, na construção de espaços sociais, estes operários constroem o concreto que alicerça a história de várias classes trabalhadoras.

A categoria dos agentes comunitários de saúde trabalha desenvolvendo suas atividades ao lado de outras categorias de trabalhadores que compõem o sistema único de saúde. Estas categorias comportam-se de forma a mostrar sua superioridade em relação aos agentes comunitários de saúde. Esta falsa superioridade parte do conceito relacionado ao trabalho executado na rua e do processo histórico que os agentes comunitários de saúde não possuíam diplomas de nível superior, pois no início os trabalhadores eram oriundos das próprias comunidades e não necessitavam de um nível acadêmico para desempenhar as atividades solicitadas pela gestão da época.

No que se refere ao grau acadêmico, apenas o ensino fundamental era exigido na seleção pública daquela época. Ressalta-se que hoje muitos agentes possuem nível superior e há divergência entre tais grupos. Não quero gerar um clima de animosidade entre as categorias, mas isto é percebido nas reuniões e na condução institucional. Esta reflexão corresponde a falta de compreensão que ambas as classes de trabalhadores utilizam tanto os músculos

e o intelecto para realização de suas ações de trabalho, enfim o corpo todo é utilizado para trabalhar.

Trago a ótica do trabalhador agente comunitário de saúde. Há sobre nós uma visão de subalternidade, inserida na equipe de saúde da família por meio dos debates realizados por outros componentes de equipe dois quais são: o médico, a enfermeira, o técnico de enfermagem, o odontologista e a auxiliar de saúde bucal e mais oito agentes de saúde que desenvolvem suas atividades em uma área adstrita da unidade básica de saúde.

O peso desta subalternidade é percebido mais claramente quando se expressa que o agente de saúde “trabalha na rua” e não possui um local fixo de trabalho, este discurso às vezes não é percebido por quem fala, mas favorece a divisão e a demarcação do discurso ideológico dos profissionais que trabalham em uma local institucional ou seja, a unidade de saúde e o agente que trabalha na comunidade, isto endossa a falsa superioridade de quem fala.

O simples fato de permanecerem em uma unidade de saúde faz com que outras categorias profissionais se considerem mais importantes do que os agentes comunitários de saúde que trabalham na rua. Nosso trabalho não é na rua e sim na sociedade, nos lares das famílias que atendemos.

O contexto de trabalho que o agente comunitário de saúde está inserido é atender 750 pessoas situadas na sua área adstrita conforme, Portaria nº 2.436 de 21/09/2017, chama-se microárea a área adstrita onde o agente desenvolve suas atividades. Já em relação à equipe de saúde, há um espaço delimitado como referência das características territoriais para a execução do acompanhamento epidemiológico das pessoas residentes naquela área.

Fazemos parte da equipe de saúde da família, mas o processo de trabalho é muito individualizado. As demandas absorvidas pelo agente comunitário de saúde não são solucionadas com a mesma velocidade que o agravo da doença que se alastra no paciente. Somos testemunhas do processo lento do atendimento do sistema único de saúde, nos casos mais graves. Desta forma, a imagem do agente fica negativa na comunidade que não entende e não vê os resultados que necessita.

A cobrança destes resultados desencadeará como veremos mais adiante em problemas irreversíveis na saúde deste trabalhador.

A contemporaneidade exige dos trabalhadores seu deslocamento para seus locais de trabalho. O deslocamento do agente comunitário de saúde para seu trabalho é realizado de sua comunidade para sua unidade de saúde, primeiramente para registro do ponto eletrônico e posteriormente, ele retorna para a área adstrita a fim de realizar suas atividades de trabalho.

Observado pela ótica de outros trabalhadores, residir e trabalhar próximo um do outro pode ser uma vantagem, em um primeiro momento não ter que passar mais de uma hora ou mais dentro de um coletivo para chegar ao seu trabalho e ter que repetir este mesmo período de tempo para retornar a sua residência, é bastante vantajoso. Mas cabe informar que alguns agentes possuem suas residências distantes das unidades de saúde que trabalham e a maioria percorre uma distância relativamente grande à pé para chegar na unidade de saúde e voltam também à pé também para depois iniciar suas visitas domiciliares. Não há linhas de transporte público que viabilizem o deslocamento desses trabalhadores. Nesse caso, o tempo de espera para chegar a unidade de saúde mais o tempo consumido no ônibus não é contabilizado como tempo produtivo de trabalho, mesmo que neste intervalo de casa para a unidade de saúde sejam feitos alguns atendimentos, como explicações de agenda de marcação de consultas ou retirada de alguma dúvida sobre algum tema relacionado à saúde.

Prosseguindo na análise do trabalho dos agentes comunitários de saúde em relação a outros trabalhadores, vemos que cada profissão possui as suas ferramentas e seu modo de realizar sua atividade que se distinguem uma das outras: o pedreiro a colher e o prumo, o professor seu quadro branco e pinceis para ministrar suas aulas e hoje o computador, dentre outras, caso fosse descrever todas as profissões e suas atividades passaria muito tempo e não chegaríamos ao fim, pois para cada necessidade humana nasceu e nasce um trabalho para supri-la.

Para o agente comunitário de saúde, a principal ferramenta de trabalho é a visita domiciliar que lhe permite observar além das aparências, perceber as nuances do comportamento das famílias, com habilidades de um pesquisador nato.

No momento da visita domiciliar é feita a anamnese das pessoas em seu ambiente familiar com o foco nas categorias prioritárias de atendimento que

são: hipertensos, diabéticos, tuberculosos, gestantes, crianças menores de 3 anos e idosos. É importante frisar que se pode encontrar mais de uma destas categorias nas residências no momento da visita domiciliar e o atendimento é feito normalmente.

Além do registro físico é realizado na ficha e-SUS, em que o agente comunitário de saúde registra também no sistema as informações via computadores, sendo mais uma habilidade exigida do agente que necessita desenvolver minimamente a capacidade de realizar o preenchimento de um formulário eletrônico para estar inserido no quesito tecnologia da informação, mesmo que com alguma dificuldade nesse manuseio.

Alguns agentes não possuem habilidade, tão necessária aos dias de hoje. Durante os onze anos que desenvolvo as atividades laborais como agente comunitário de saúde e passadas três gestões do governo até hoje não foi disponibilizado um curso de informática básica para nenhum agente comunitário de saúde, apenas oficinas de preenchimento de formulários eletrônicos com o objetivo de realizar o registro das informações e gerar dados quantitativos e qualitativos para a produção, sem acrescentar mais conhecimento para o trabalhador.

Retornando ao contexto comunitário, as visitas são consideradas pela comunidade um trabalho social, mesmo os agentes não sendo assistentes sociais, nomenclatura que as pessoas da comunidade não sabem a diferença, o trabalho social vem acompanhado de um certo desprezo por parte de quem faz outro trabalho produtivo no sentido estrito, tanto na produção de bens essenciais à sobrevivência, como na produção de coisas úteis ou belas ou no que o capitalismo julga produtivo porque dá lucro, segundo Albornoz (2012, p 94).

Este “desprezo” descrito pela autora é percebido no discurso tanto de algumas pessoas da comunidade como de outros profissionais da equipe de saúde da família, principalmente pelos que têm nível superior, pois consideram seus estudos acadêmicos mais importantes que o conhecimento do agente comunitário de saúde que o adquiriu dia após dia na convivência em comunidade.

Há uma frase que sempre ouvimos em todos os espaços institucionais que dizem: “Os agentes comunitários de saúde são muito importantes, eles são a base do sistema único de saúde, são indispensáveis

para a boa execução do sistema”. Durante estes anos ouvi várias vezes este discurso e nenhuma prática para minimizar o desprezo institucional e comunitário oriundo de outras categorias e pessoas que também trabalham no meio social, como se o nosso trabalho não tivesse valor ou não pudesse ser mensurado.

A falta da mensuração do trabalho em dados quantitativos e qualitativos desfavorece o valor do trabalho dos agentes comunitários de saúde. Além disso, também a falta de conhecimento da importância por parte dos agentes de saber que a produção de dados oriundos de seu trabalho é de grande importância para o planejamento das políticas públicas de saúde. Desse modo, este comportamento deixa o trabalhador alienado, ou seja, alheio ao objetivo de suas atividades laborais.

Cabem às lideranças da categoria e a cada profissional compreender sua importância, seu valor e mudar a percepção sobre nós, a busca do respeito e da valorização das melhorias de condições de trabalho é diária. Há de ser uma luta constante.

Na dialética comunitária, o profissional observa a dinâmica social e seu comportamento também é observado por todos da comunidade que em grande parte não compreende o trabalho realizado pelo agente comunitário de saúde, por não ver materializado o resultado do trabalho. Este ponto de vista é endossado pela visão capitalista de que o trabalho é apenas algo que se pode pegar, ver e oferecer lucro.

Do operário, observa-se a obra após o final de seus esforços, do agente de saúde espera-se o apoio para conseguir um atendimento, mas a falta de compreensão de outras atividades relacionadas à saúde, como diálogo sobre prevenção contra infecções sexualmente transmissíveis (IST's) ou no combate à dengue que é de grande importância para evitar uma enfermidade não são percebidas como trabalho, mas apenas conversas.

É a partir desta situação que nosso trabalho se desvaloriza, pois se espera a solução ou o produto que o agente comunitário de saúde pode oferecer, mas não é valorizado o processo de educação da saúde que o agente desenvolve.

O processo de morte e luto na comunidade também se torna um momento difícil para o trabalhador, pois a família que perdeu um ente querido

tende a culpabilizar o agente de saúde pela perda do familiar. Não compreender as ações de educação da saúde que objetivam a mudança do comportamento da pessoa que está doente leva a este tipo de atitude hostil da comunidade.

As ações do agente são pontuais e limitadas no universo do sistema único de saúde, mas como somos visíveis aos olhos dos usuários, somos também o alvo de suas reclamações e insatisfações, cabe ao trabalhador avaliar quando e como se deve reaproximar-se desta família que passa pelo momento de luto.

Trabalhar em um território adstrito nos exige o desenvolvimento de uma capacidade de resiliência muito grande, por meio do contato constante com diversas formas de pensamentos e comportamentos, isto nos permite transitar por lugares que outros trabalhadores da área da saúde não possuem acesso, passando a sermos vistos como lideranças e representantes da comunidade.

A distância do poder público e a carência de representatividade faz com que a comunidade acabe “nomeando” o agente como “liderança”. Este adjetivo pode ser um risco, pois em contextos que não são relacionados à saúde, o agente pode ser mal interpretado, correndo riscos de violência.

Visitamos cada família, atendemos de forma individual, com o foco no coletivo. Mas uma pergunta persiste: no que reside a essência de nossas ações?

Para Marx, a essência do ser humano está no trabalho. O que os homens produzem é o que eles são. O homem é o que ele faz, segundo Albomoz (2012, p. 69). O trabalhador agente comunitários de saúde é primeiramente uma fonte de informações para transitar no sistema único de saúde SUS, quando explica as datas de marcação das consultas, mas não se encerra aí, também somos referência de serviço público e também somos cobrados como se pudéssemos resolver os problemas estruturais do sistema de saúde, em suma somos a parte visível e comunicável de uma sistema burocrático.

A fim de entender a essência do trabalho do agente comunitário de saúde é necessário iniciar pela compreensão que a matéria-prima aqui trabalhada é a própria sociedade que se transforma. Cada período histórico há suas necessidades de trabalho, antes se combateu a mortalidade infantil, a mortalidade materna, as epidemias de cólera, dentre outros fenômenos sociais, como o aumento das doenças agudas, as infecto contagiosas e hoje combate-

se as doenças crônicas e debate-se as formas de minimizar os impactos da violência na sociedade.

É nesta sociedade que atuamos, onde nossas ações são realizadas na ponta do sistema único de saúde (SUS), que não valoriza este trabalhador, quando fortalece uma estrutura como uma lógica medicamentosa, hospitalocêntrica e médico centrada, esta lógica do SUS conflita com a proposta inicial da criação dos agentes comunitários de saúde e também com uma de suas principais ferramentas de trabalho que é a educação popular em saúde que visa o aprendizado através dos conhecimentos populares oriundos das diversas formas culturais existentes nas comunidades.

Prevenir é mais assertivo e mais viável que remediar, promover saúde melhorando as infraestruturas das comunidades com saneamento básico, pavimentação e a intensificação das campanhas de saúde podem reduzir muito os agravos na saúde dos usuários do SUS residentes nas comunidades.

O processo de trabalho dos agentes comunitário de saúde está diretamente relacionado à natureza humana e não com a natureza propriamente dita, mesmo que muitas vezes haja uma influência sobre o meio ambiente que reflete as condições de vida nas diversas comunidades da cidade.

O processo de educação em saúde no combate da falta de conhecimento da comunidade, exige um dispêndio de todas as faculdades físicas e mentais do agente de saúde para desenvolver o aprendizado das pessoas e que estas possam mudar seu comportamento e propicie o principal objetivo que é uma vida com mais qualidade em saúde.

Para atingir este objetivo o ministério da saúde por meio da Lei nº 11.350/06, estabelece as diretrizes e funções do agente comunitário de saúde; além de ser proveniente de sua comunidade, deve trabalhar vinculado a uma Unidade Básica de Saúde (UBS), conforme sua microárea.

O ACS possui oito atribuições fundamentais para o exercício de suas funções, porém eles podem realizar outras atividades sendo que estas devem preceder a:

- I - Trabalhar com adstrição de famílias em base geográfica definida, a micro área;
- II - Cadastrar todas as pessoas de sua micro área e manter os cadastros atualizados; Política Nacional de Atenção Básica;
- III - Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

- IV - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- V - Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês;
- VI - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adstrita à Unidade Básica de Saúde - UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- VII - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e
- VIII - Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe. Publicado no documento do (MINISTERIO DA SAÚDE- MS, 2012, p.48-49).

A população que deve ser atendida pelo agente comunitário de saúde é em torno de 750 pessoas, esta quantidade consta descrita na Portaria nº 2.436 de 21/09/2017 que também determina a quantidade de pessoas que a equipe de saúde da família deve atender de 2.000 a 3.500, garantindo os princípios e as diretrizes do SUS.

O trabalho de cadastro é bastante demorado, pois a unidade de saúde tem apenas com dois computadores para 20 agentes divididos em três equipes em que ambos devem fazer seus cadastros da população e informar os dados de sua produção. É percebido que a infraestrutura de trabalho não favorece a execução com eficácia, pois não se tem uma sala com o mínimo de conforto necessário para a realização das atividades administrativas exercidas pelo agente de saúde.

Sempre que as visitas domiciliares são realizadas explicamos o funcionamento da unidade, como por exemplo: dias de marcação das consultas, exames e atendimento do acompanhamento do programa bolsa família. Não há um cronograma de atendimento a ser realizado e sempre existem demandas espontâneas, pois tudo é urgente e não há uma priorização dos acompanhamentos e uma criação de fluxo do trabalho.

É humanamente impossível visitar todas as famílias e pessoas da área, algumas atividades são desenvolvidas com o objetivo de minimizar a ausência do agente, pois a demanda de atividades sempre excede o cronograma de trabalho feito por cada agente com o objetivo de minimamente nortear suas atividades. Em um cenário geral, a violência é o principal fator de impedimento de não se realizar os eventos e as atividades que não são apoiados pela alta gestão, o que só ocorre quando a porcentagem das metas de vacinas está baixa.

Os conhecimentos oriundos dos agentes não são valorizados, pois há um grande número deles com formação acadêmica em diversas áreas que poderiam ser potencializadas para o atendimento das comunidades. A educação popular em saúde não é executada por estar na contramão do sistema capitalista que prioriza a venda de medicamentos e não a prevenção das doenças.

As atribuições são muito genéricas permitindo ao gestor local utilizar o agente de saúde como um “faz tudo” ou mantenedor de programas de interesse da gestão do município, desvirtuando os reais objetivos da função do agente sem valorizar o potencial de transversalidade¹ deste profissional.

A falta de especificidade das atividades e do fluxo de trabalho leva a alienação do trabalhador, que fica à mercê do gestor e pode ser um campo fértil para assédios morais.

Segundo Vargas:

Se a alienação do produto se expressa e é legitimada pela propriedade privada dos meios de produção, a alienação da atividade se expressa na tensão e na luta pelo controle do próprio processo de trabalho, na expropriação dos saberes operários, no esvaziamento dos conteúdos do trabalho, na simplificação e rotinização das tarefas, enfim, no sofrimento do trabalhador em relação ao conteúdo de seu trabalho. (VARGAS, 2016, p. 06).

A gestão por não vivenciar as mesmas dificuldades vividas por quem está no campo, não percebe as dificuldades intrínsecas para se realizar o trabalho comunitário, de forma que tende a desapropriar o conhecimento de quem realiza o trabalho, esvaziando os saberes deste trabalhador, quando não lhe dá a devida atenção nos momentos de crises vividas na comunidade. Além

¹Característica da Promoção da Saúde que lhe confere capacidade de produção e articulação de diferentes saberes. Glossário Temático com 34 referências e práticas, perpassando os diversos setores da saúde, como a atenção e a gestão, além de outros setores governamentais, não governamentais e a sociedade. (MS, 2012).

disso, a rotina do fazer e sempre ver o mesmo cenário nas suas atividades confirmam a estratégia de alienar o trabalhador que recebe a seguinte resposta: “É assim mesmo, é o sistema.” Mas o sistema é composto de ideias, mude as ideias que mudaremos o sistema.

Sempre existirá a tensão do controle do processo de trabalho como descreve Vargas, a assimilação dos conhecimentos oriundos dos agentes comunitário de saúde por parte do gestor fortalece a estratégia de tomar a importância do trabalho do agente, desassociando-o de seus resultados, manobrando o trabalhador e fazendo executar o que a gestão quer, mesmo que a ação traga resultados negativos à imagem do profissional.

No marketing da saúde é mais importante gerar a imagem do valor de trabalho para a comunidade estruturando um projeto de gestão do que executar e melhorar o que já se tem desenvolvido e tem resultados positivos, é mostrar que o novo é algo bom e que o velho está ultrapassado e carrega a marca da gestão anterior.

O que a gestão da saúde do município de Fortaleza almeja é a melhoria da qualidade de vida dos usuários do sistema único de saúde (SUS), que são atendidos, a prevenção das doenças agudas e o menor índice de agravos das doenças crônicas.

O mundo do trabalho dos agentes comunitários de saúde ainda se insere em vários outros mundos do trabalho, como o da assistência social, dos trabalhadores da área da saúde, dentre outros. Por fim, esta categoria ao se relacionar com várias outras categorias profissionais ainda não possui uma identidade consolidada, pois é gerida por outras categorias e só é lembrada nos momentos de crise, quando é convocada para solucionar questões sociais quando outras categorias não conseguem.

A visão institucional de resolutivos contrasta com a falta de investimento acadêmico para a maioria dos agentes comunitários de saúde e é uma das formas mais eficazes de trabalhar na comunidade, o que mais importa é a execução da política pública de saúde em detrimento da qualificação do agente.

É necessário desenvolver um senso crítico para questionar as condições de trabalho e transformar o ato de trabalhar em uma ação satisfatória para a emancipação humana, percebendo que hoje está imposto um grande

desafio com o surgimento de novas epidemias a categoria necessita está cada vez mais consciente do debate para mudar a realidade de trabalho em suas comunidades.

2.2 O perfil de saúde/adoecimento da comunidade do Bairro Vila Velha III (microárea 02 da equipe 191 na cabeceira do Rio Ceará)

O bairro Vila Velha é composto por vários conjuntos habitacionais: Polar, Planalto da Barra, Bancários, Nova Assunção e Beira Rio. Estes são mais estruturados e surgiram em meados dos anos de 1970 e 1980 e até próximo aos anos 2000 não havia identificação com o nome do bairro e os moradores de cada conjunto acreditavam que cada conjunto era um bairro ou faziam parte do bairro Barra do Ceará.

Esta negação da identificação com o nome do bairro se dá devido à construção das unidades habitacionais que tentava diminuir o déficit habitacional da cidade de Fortaleza. No ano de 1990, a Companhia de Habitação do Ceará COHAB iniciou em regime de mutirão as quatro etapas de construção do restante do bairro que foram chamados de Vila Velha I, II, III e IV; construídos mais próximos do Rio Ceará, totalizando em média 6 km² de território.

No início as etapas I, II, III foram construídas negligenciando as normas de urbanismo e meio-ambiente, onde as ruas são estreitas e não permitiu a passagem de dois veículos e pedestres, estão sobre o mangue e invadiu a cabeceira do Rio Ceará.

No que se refere à etapa IV, o dimensionamento das ruas tentou corrigir o erro cometido nas etapas anteriores, foram dimensionadas com maior largura que permitisse o fluxo de pessoas e veículos simultaneamente, mas também foram construídas sobre o mangue.

A política habitacional da época representada pela COHAB junto a associações de outros bairros iniciou as quatro etapas em modelo de mutirão, estas associações eram oriundas de bairros como: Jardim Iracema, Álvaro Weyne, Carlito Pamplona, Pirambu e Barra do Ceará, contribuindo para a grande diversidade cultural da segunda parte do bairro.

No período de construção também chegaram famílias que não foram contempladas pela política de habitação da COHAB, dando início a construções

desordenadas e avançando cada vez mais para dentro do mangue e da cabeceira do rio. Este espaço é composto por vielas e grande adensamento de construções irregulares, que contribui para um maior número de casos de doenças como tuberculose, hanseníase e dermatites, por não constar com infraestrutura de saneamento adequados e grande número de vetores de transmissão de doenças, uma vez que estão em situação precária de habitação.

A área adstrita do microárea 02 da equipe 191 possui uma dimensão de 1,33 Km que está inserida geograficamente na margem do estuário do Rio Ceará, que predomina a vegetação de mangue o Decreto 25.413, de 29 de março de 1999 tem uma área total de 2.744,89 hectares e constitui juridicamente a Área de Proteção Ambiental (APA) do Rio Ceará.

Este território faz fronteira com o município de Caucaia, a comunidade é ribeirinha, mesmo não se reconhecendo como tal, o território favorece o adoecimento da população que lá reside, sendo as principais doenças adquiridas: respiratórias agudas, dermatites, tuberculose pulmonar e hanseníase que não são notificadas e tratadas pela baixa escolaridade das pessoas que lá residem e não se deslocam à unidade de saúde ou quando se deslocam a oferta de vagas não é suficiente para a demanda.

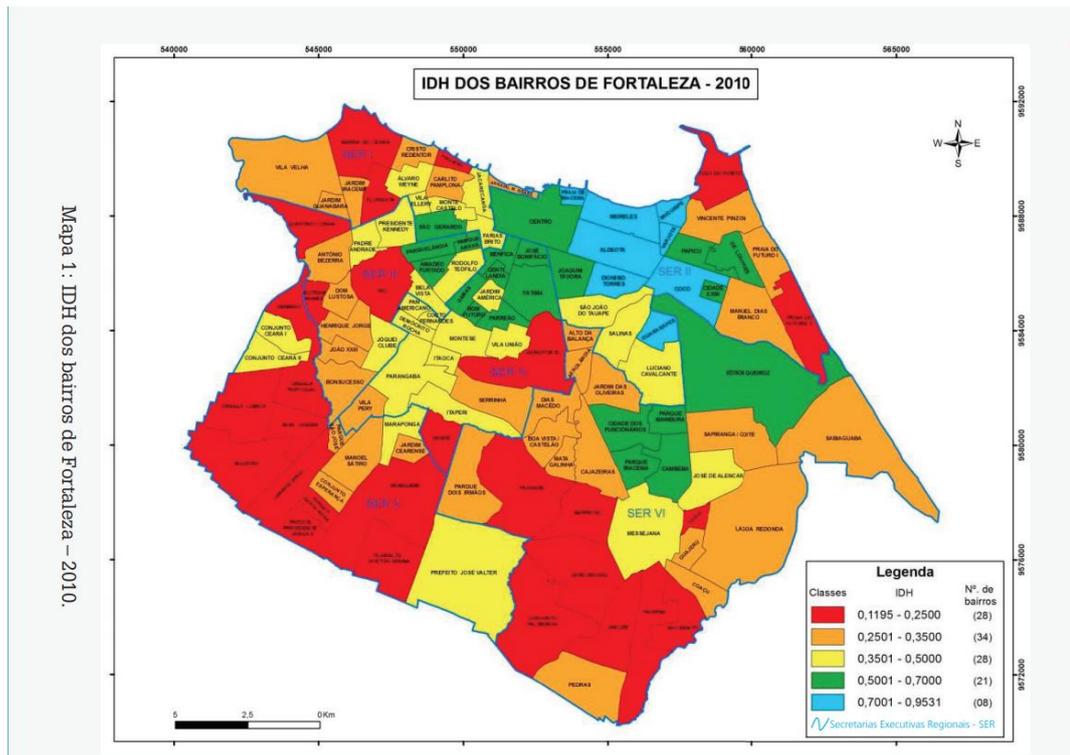
Tal cenário colabora para o agravamento tanto das doenças agudas e ainda mais das doenças crônicas.

Segundo o censo do IBGE de 2010, o índice de desenvolvimento humano (IDH), é um indicador social que é medido por três parâmetros que são: educação, longevidade e renda. Após ser realizado este cálculo, o bairro obtém uma nota de 0,27; onde ocupa 81ª posição no ranque da cidade onde o último bairro ocupa a posição 101ª.

Esta posição faz com que sejamos um bairro extremamente carente e vulnerável. Carente porque carece de melhorias na estrutura urbana e vulnerável por ter profundos problema sociais, mesmo possuindo uma mínima estrutura de órgãos públicos, como posto de saúde, escolas, hospitais, estas instituições cumprem seu papel de oferecer os serviços, mas não é percebido uma mudança na infraestrutura do bairro, como novas pavimentações, novas ruas com asfalto ou outros aparelhos estatais.

A falta de consciência de pertencimento e de identificação com o bairro impede a cobrança das melhorias que devem ser realizadas ao poder público.

Estas melhorias refletirão na condição de saúde e adoecimento das pessoas que vivem no bairro, pois vivemos sobre uma área que é bastante silvestre e que influencia diretamente na saúde dos moradores.



Fonte: Secretaria de desenvolvimento de Fortaleza

Iniciando a análise do IDH, a taxa de alfabetização é parâmetro utilizado para a educação que corresponde a capacidade do indivíduo de construir a gramática em suas variações, sendo chamada de alfabetismo a capacidade de ler, compreender, escrever textos e operar números (UNESCO, 2010).

O bairro conta com duas creches para ensino infantil e com quatro escolas municipais de ensino fundamental e uma de ensino integral está sendo construída há mais de cinco anos, destas apenas uma está localizada no território do Vila Velha IV, as outras três estão na parte mais estruturada do bairro e apenas duas escolas de ensino médio que não são profissionalizantes compõe a oferta para preparar os alunos para o ensino superior. Este quadro colabora

para o baixo índice de assiduidade escolar e o aumento da evasão, outro ponto importante a ser considerado é a qualidade do ensino, pois são poucos os alunos que conseguem ingressar nas universidades públicas.

O parâmetro de longevidade relaciona-se com a expectativa de vida do indivíduo ao nascer. Hoje com o avanço da tecnologia e do programa da estratégia de saúde da família (PSF) e com o trabalho dos ACS. Esta expectativa é maior como as duas primeiras categorias de usuário para atendimento, que são as gestantes e as crianças de zero a três anos de idade que são acompanhadas de perto. Os dados epidemiológicos comprovam que a taxa de mortalidade no território e na adstrita é muito baixa.

A renda per capita como parâmetro para a composição do IDH refere-se ao poder de compra de cada indivíduo. Observando os moradores residentes no bairro, podemos ver nitidamente três divisões estratificadas dos moradores dos conjuntos que em sua grande maioria possuíam maiores oportunidades de aquisição de conhecimento, ali se encontra um maior número de pessoas com titulação acadêmica ou com profissão definida, já na segunda parte do bairro que compreende as quatro etapas pode-se observar moradores que não tiveram tantas oportunidades no que se refere aos anos de escola, pois não há grande número de pessoas com titulação acadêmica ou profissão definida que lhe permita uma ascensão social, muitos são: vigias, porteiros, pedreiros, zeladores, serventes, domésticas, vendedores ou trabalham nas linhas de produção de alguma empresa.

Um fato chamou minha atenção, pois a segunda geração composta pelos filhos dos moradores que ingressam nas universidades públicas ou privadas ainda é em baixo número. Os que conseguem concluir algum curso universitário não permanecem, não se identificam com o bairro ou por motivo da violência e da imagem deturpada produzida pela mídia que ali é um local violento, estes jovens não desenvolvem a identificação com o lugar, principalmente nas áreas mais vulneráveis.

Este cenário mostra a vulnerabilidade² da população, as políticas públicas são insipientes para atender as demandas, pode-se citar a falta de

²Conjunto de aspectos sociais, políticos e culturais que, relacionados a determinado contexto social do indivíduo ou do grupo, podem provocar situação de maior ou menor exposição a doenças e agravos. Notas: i) A vulnerabilidade está relacionada à condição econômica, ao

saneamento básico que não contempla a área adstrita em sua totalidade, com isso, os moradores necessitam utilizar fossas sépticas³ para escoamento de vários tipos de águas usadas, contribuindo para a poluição do lençol freático e para a mortandade da flora e da fauna que ainda reside lá.

2.3 Ações cotidianas do agente comunitário saúde

A dinâmica do trabalho do agente comunitário de saúde inicia com o seu deslocamento para a unidade de saúde para o registro do ponto eletrônico. Saliento que durante este deslocamento pode ser feito alguns atendimentos com os usuários que residem na comunidade, pois sempre há alguém perguntando sobre o dia e horário do acompanhamento do Programa Bolsa Família, se tem médico na unidade, quando tem marcação de consultas etc.

É importante dizer que a resposta ao usuário vai sendo dita ao passo que o agente vai se deslocando, pois ao parar para responder corre o risco de chegar atrasado, porque uma explicação leva a outra.

Após o registro do ponto, o atendimento é realizado com outros usuários que estão na unidade da seguinte forma: atualização do cadastro no sistema, inclusão de alguma família nova que chegou na microárea, reunião com a coordenação para solicitar uma consulta para o usuário que está há muito tempo esperando uma vaga para ser atendido e não consegue devido à grande demanda, também podem haver reuniões com a equipe para o repasse de informações etc. Tudo isto pode acontecer de oito às dez da manhã, pois ainda há o deslocamento do agente comunitário de saúde à sua microárea para realizar sua produção que varia de oito a dez visitas domiciliares.

Chegando na comunidade, dirijo-me a residência que tem crianças menores de seis anos de idade que participam do programa que tem o objetivo desenvolver as habilidades sócio cognitivas destas crianças, em especial as que tem de zero a três anos de idade, gerando vínculos afetivos com seus cuidadores que podem ser o pai, a mãe ou os avós.

acesso a informações, à educação, à disponibilidade de recursos materiais, ao poder de influenciar decisões políticas, às possibilidades de enfrentar barreiras culturais, entre outros. ii) Há, também, grupos socialmente definidos no processo histórico que estão mais propensos a uma situação de vulnerabilidade a determinadas doenças e agravos. (MS, 2012).

³ Fossa feita no quintal das residências para armazenamento de águas usadas, não tratadas.

Início sendo cordial e entro na residência relembro a atividade anterior, faço uma explicação de como será a atividade do dia sugerida pelo livro guia, as atividades são simples como brincar de gangorra imaginaria com a criança, brincar de esconde, esconde, dentre outras que são brincadeiras que minha avó fazia comigo e eu não imaginava que estava desenvolvendo habilidades cognitivas que me seriam uteis para o resto de minha vida. A maior dificuldade é fazer com que o cuidador da criança (pai, mãe ou avós) realizem as atividades, o cuidador pensa que quem deveria realizar a atividade é o agente comunitário de saúde.

A maior dificuldade é a falta de compreensão da importância de realizar estas atividades que por mais simples que sejam têm um impacto enorme na vida da criança, no seu processo de desenvolvimento cognitivo, no seu comportamento e na relação com o cuidador.

Os pais por falta de conhecimento reduzem muito a eficácia do programa, mas é necessário compreender que estes pais ou avós carregam consigo as marcas de suas interações sociais, dar um abraço, estimular um acerto com palavras de incentivo podem ser atitudes simples, mas para quem passou a vida inteira sendo desestimulado, absorvidos por contextos sociais precários, há uma grande dificuldade de refletir e executar pequenos atos de encorajamento.

Estes têm uma maior probabilidade de continuar desestimulando os que estão próximos mesmo que sejam seus filhos, seus sobrinhos ou netos. Por fim, concluo a visita registrando o relatório e endossando a importância de uma alimentação saudável e boa higiene, para que refaçam as brincadeiras durante a semana. Despeço-me e me dirijo para a próxima visita.

A próxima visita é de uma jovem gestante, dezessete anos, não trabalha e possui um relacionamento instável com o pai da criança que também tem dezessete anos. Visitar uma gestante é uma atividade que requer uma renovação de ânimo, pois a gestação sempre nos remete à renovação, uma vida que estará chegando, em sua maioria são mulheres de pouca idade que mal saíram da adolescência, muitas abandonam os estudos e não conseguem voltar para concluí-lo. Como pode ser percebido na descrição acima, estas jovens já se veem com uma grande responsabilidade em suas vidas, algumas gestantes têm mais atenção que outras nas explicações, na marcação das consultas, na

frequência das consultas, no registro das ações no cartão de acompanhamento da gestante.

Explica-se a importância de continuar a fazer o pré-natal regularmente e alimentar-se de forma mais nutritiva evitando a ingestão de álcool e outras drogas. Numa comunidade com alto grau de vulnerabilidade social, algumas orientações não cabem na realidade vivida, há gestante que sempre deixam o agente comunitário de saúde apreensivo, pois perder uma gestante por complicações neonatais é devastador para a comunidade e para o trabalho do agente, mesmo que ele não seja culpado pela fatalidade.

O processo de educação em saúde para algumas gestantes é difícil, pois as que menos têm conhecimentos em saúde são as que mais preocupam por continuarem a permanecer com os mesmos hábitos: ingerir álcool e outras drogas, infelizmente esta realidade existe e é bem mais comum nas comunidades vulneráveis. O agente comunitário de saúde pode ter em sua microárea mais de dez gestantes, este número pode ser maior dependendo das condições da microárea. Quanto mais vulnerável, a probabilidade de se ter mais mulheres grávidas é maior.

As visitas às gestantes, especificamente no meu caso, são um pouco mais complicadas, pois primeiro converso, dialogo com o cônjuge, explicando como será o acompanhamento de sua esposa. Isto é realizado quando o cônjuge tem interesse, não são todos que querem conversar comigo e já houve casos que percebi ciúmes por parte do esposo da gestante. Nesse caso, fiz um relatório, entreguei a enfermeira da equipe e chegamos a uma solução, de realizar o acompanhamento na unidade de saúde. Na explicação é descrito o que é realizado durante o período de gestação, resalto que não interfiro na dinâmica do casal, pois meu trabalho é coletar as informações do desenvolvimento da gestação e da saúde da mulher, no caso da esposa.

Quando o período de gestação culmina com o nascimento da criança, após o nascimento é realizada a visita puerperal que pode ser feita até uma semana após o nascimento e no caso de a criança ser classificada com algum fator de risco é importante que a visita ocorra três dias após o parto.

Esta visita consiste em saber como está a saúde da puérpera. Ali é perguntado se o parto foi cesariano ou normal, como a mãe está de saúde de forma integral, a enfermeira também observa o recém-nascido, instruí sobre o

aleitamento materno, se há dificuldade no momento de amamentar. Tudo a enfermeira orienta, neste momento, informo que me ausentarei, pois considero um momento muito íntimo e que a enfermeira tem toda a competência para orientar.

Outro tema é a higiene do bebê, a importância de manter a caderneta de vacina sempre atualizada e a importância de desenvolver na criança o afeto para fortalecer ainda mais os laços familiares e a importância da amamentação exclusiva até os três meses de vida. Estes temas são reforçados pelas outras visitas durante os três anos de intensivo contato que realizaremos por meio do programa se a mãe aceitar participar.

Todas estas orientações são reforçadas à cada visita, é neste momento que se percebe as dificuldades das famílias de desenvolverem atividades simples como manter um nível de higiene na casa, uma conversar amorosa com a criança, levar a criança a unidade de saúde para vacinar.

Infelizmente há muitas mães que não levam seus filhos para vacinarem por alegarem que sua casa é distante da unidade de saúde. Este comportamento favorece a aquisição de doenças e uma grande probabilidade de potencializar surtos endêmicos, outro comportamento que desfavorece o desenvolvimento da criança é a falta da amamentação exclusiva, a mãe tem diversas justificativas para não cumprir com a solicitação de manter o aleitamento materno exclusivo até o terceiro mês ou mais de vida da criança.

As justificativas mais comuns são que o leite não alimenta por completo e a criança não para de chorar, também há a necessidade da mãe voltar a trabalhar porque muitas trabalham de forma informal em confecções que produzem modinhas no próprio bairro ou são profissionais domésticas em outros bairros da cidade. Então explicam que a criança necessita logo comer de tudo, porque a mãe precisa trabalhar e deixar o filho com alguém de confiança. Enfim, o processo de desenvolvimento da criança inicia-se com muitas dificuldades, desde seu nascimento atribuído a algumas condições sócio financeiras de seus pais.

Continuando nossas visitas, dirijo-me à casa de senhor João sapateiro, 57 anos, trabalhador autônomo, faz sandálias de couro para vender nas feiras da cidade, apenas assina o nome, lê muito pouco e vai à igreja todos os sábados. Iniciou o processo de diagnóstico de hipertensão a partir de uma

visita extra que fiz, após me chamar aos gritos para conversar, dizia ele que estava com muita dor de cabeça, a visão embaçada e sentia o coração descontrolado, esta foi a forma que ele me descreveu seus sintomas.

Ouvi atentamente todas as queixas e iniciei anotando seu nome completo, data de nascimento, nome da mãe, idade, solteiro, hábitos alimentares, atividades de lazer, se já havia ido à unidade de saúde, se tomava algum medicamento, qual? Respondeu todas as perguntas atentamente e me perguntou o que ele tinha.

Expliquei que não era médico, mas sim agente comunitário de saúde e ele perguntou para que ser isso? Eu sorri! Era o mínimo que poderia fazer com aquela pergunta tão direta, disse que meu trabalho era acompanhar os pacientes que são hipertensos e diabéticos para reduzir a história e disse que tentaria conseguir uma vaga na agenda do médico, mas que esta função não era minha e que se possível ele fosse a unidade de saúde bem cedo para tentar a vaga.

Utilizando as formações que recebi, expliquei para ele que os sintomas relatados poderiam ser hipertensão e aprofundi a explicação descrevendo outros sinais e sintomas, assim como a doença afeta a saúde do portador e intensifiquei o pedido que ele fosse a unidade de saúde ou ao hospital. Passados dois dias o senhor João não apareceu na unidade e fiquei preocupado, então conversei e expliquei a situação diretamente ao médico e este solícitamente marcou a consulta, depois que eu atualizei o cadastro do paciente no sistema com os dados que havia colhido na visita anterior.

Cheguei na casa do senhor João e com um grito ele diz: Você me salvou! Tomei um susto e disse: “por quê?” Ele me respondeu que depois da conversa, ele havia ido ao hospital do bairro e chegando lá, foi “medida” sua pressão e o médico plantonista disse que se ele não tivesse ido ao hospital poderia ter tido um acidente vascular cerebral (AVC), devido à alta pressão arterial e foi logo medicado.

Agradei o reconhecimento e disse que bom que ele havia me ouvido e procurado atendimento, entreguei o comprovante de marcação da consulta e pedi que ele não deixasse de ir, só porque não estava sentindo mais nada, mas que era muito importante para ele iniciar o acompanhamento da hipertensão.

No caso o senhor João compreendeu as informações que lhe dei e a importância de ir ao hospital e iniciar todos os exames e o tratamento para a

hipertensão. Não são todas as pessoas que têm esta conduta, muitos dos hipertensos que visito só foram diagnosticados quando tiveram picos hipertensivos graves e quase tiveram um AVC ou um ataque cardíaco, relataram-me que achavam que era basteira que aquilo não iria pegar neles.

Sempre no processo de educação em saúde expliquei que há doenças que são passadas de pessoas para outras pessoas (transmitidas) e há doenças que são desenvolvidas dentro de nós por algum motivo do mal funcionamento do organismo (adquirida), a linguagem utilizada para explicar precisa ser simplificada para a compreensão e se necessário repetida quantas vezes for necessário.

O número de pessoas hipertensas na microárea que trabalho é alto, pois são adultos que já estão quase chegando na velhice e não possuem bons hábitos alimentares por diversos motivos, não fazem exercícios físicos e fazem uso álcool e outros ilícitos.

A dificuldade de marcar consultas também favorece o agravamento do quadro de saúde do paciente, pois não conseguir uma consulta impede o recebimento da receita e consecutivamente dos medicamentos, sem a receita não se retira os medicamentos na farmácia da unidade de forma gratuita. Outro problema que pode acontecer é a falta do medicamento. A conduta de acompanhamento do paciente hipertenso é sempre por meio de muito diálogo, pois estes sempre pensam que ficaram curados, não compreendem que é uma doença crônica.

Terminada a visita do paciente hipertenso saio da casa lembrando que é necessário tomar a medicação todos os dias sem interrupção e permanecer em uma dieta nutritiva. Continuo meu cronograma e me encaminho para uma visita a um paciente diabético.

Os pacientes diabéticos também são de difícil diagnóstico, porque muitos queixam-se da visão turva, mas associam a problemas nos olhos, à necessidade de utilizarem óculos por considerarem que já estão velhos e não percebem relação com a diabetes.

O sinal que facilita o início do diagnóstico de uma pessoa com diabetes na comunidade é a observação da dificuldade de cicatrização de algum ferimento, este sinal sempre é um alerta. Uma das pessoas que atendo todos os meses chama-se Maria, casada, do lar, sessenta anos, ajuda na criação de

quatro netos, vai à igreja quase todos os dias, não se preocupava até quase perder a visão de um dos olhos e ser internada por complicações da diabetes.

Para chegarmos a este desfecho que foi quase trágico, é necessário explicar que sempre quando eu chegava à sua residência, para visitar seu neto recém-nascido, a mesma, relatava que vivia com muita fome e comia de tudo, que havia aumentado muito de peso nos últimos meses e tomava muita água por viver com sede. Ouvi atentamente estas queixas e expliquei que poderia ser diabetes, ela sorriu e disse que quem ia à igreja não ficava doentes destas coisas, mais uma vez expliquei e disse que ir à igreja era importante, mas a saúde também é.

Passei um mês sem poder ir à sua residência devido a outros atendimentos e no mês seguinte, ela disse que havia sido internada e que um de seus olhos não enxergava direito e me informou que estava diabética, que havia tomado a medicação e que necessitava de uma consulta na unidade de saúde.

Prontifiquei-me a tentar marcar uma consulta e expliquei que não era minha função e que depois ela mesma necessitaria ir.

Marquei a consulta, a senhora Maria foi e continua indo fazer suas consultas regularmente, creio que o susto e as sequelas ensinaram mais que minhas palavras, mas reclama muito da medicação e que agora terá que utilizar insulina, que é um processo doloroso ser furada todos os dias.

A diabetes diagnosticada e controlada no início impede que a doença se agrave e que o paciente tenha que fazer uso da insulina, infelizmente muitos interrompem o tratamento por não compreenderem que a diabetes é uma doença crônica e que o paciente terá que aprender a conviver com a doença.

Até chegar nesta compreensão o paciente passa por diversos momentos de crise, picos diabéticos, pois quando está melhor não continua o tratamento e acha que está curado. Este comportamento não favorece à estabilidade do quadro clínico, mas ao agravamento da doença do paciente.

A diabetes por ser uma comorbidade silenciosa que não é detectada no início, pode provocar acidentes cardíacos vasculares (AVC), os hábitos da pessoa diabética também influenciam muito no controle da enfermidade.

Visitar os pacientes com doenças adquiridas de certa forma “é tranquilo”, pois o foco na proteção individual, não é tão alto, mesmo assim não se pode deixar de usar os equipamentos de proteção individual (EPI's).

Quando início os atendimentos de pacientes com alguma doença infecto contagiosa, fico muito preocupado e atento, pois não é disponibilizado nenhum EPI. Logo quando iniciei as atividades de agente comunitário de saúde, perguntei a enfermeira da equipe se eu poderia utilizar uma máscara quando fosse realizar estas visitas, na época ela me respondeu que eu não poderia e que correria o risco de estar constringendo o paciente. Respondi sobre o meu constrangimento de ser infectado e de transmitir para as pessoas que convivem comigo na minha casa, de ter que me afastar com atestado para me tratar, pois sei que há vários agentes comunitários de saúde que fazem tratamento contra a tuberculose que não se afastam das suas atividades de saúde por não poderem reduzir seus vencimentos no final de cada mês.

Houve um silêncio e a enfermeira respondeu posteriormente que é obrigado visitar o paciente e vê-lo tomando a dose supervisionada no caso do paciente com tuberculose. Ela não deu a mínima atenção ao que eu falei, provavelmente sua interpretação era que eu não iria realizar o meu trabalho, contudo disse que faria o acompanhamento e que observaria o paciente tomando o medicamento.

A tuberculose é provocada por uma bactéria *mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch e pode se instalar em qualquer parte do corpo, as mais comuns são as que acometem os pulmões e possui tratamento exclusivo disponível pelo sistema único de saúde (SUS).

Meu primeiro acompanhamento a um paciente com tuberculose, foi o senhor Antônio, viúvo, de sessenta e cinco anos, aposentado e morava sozinho, com o hábito de sair de bicicleta de um bairro para o outro para visitar os parentes.

Demorei quase uma semana para entregar o resultado positivo de seu exame, pois ele não parava em casa, sua notificação foi feita no hospital e contra referenciada para a unidade de saúde. Quando chequei à sua residência, fui muito mal recepcionado, gritos de irresponsável e por aí vai, respirei fundo e disse que estava há quase uma semana procurando-o e que ele não parava em casa, ele me respondeu que eu viesse no horário que ele estivesse em casa,

mais uma vez respirei profundamente, respondi que não havia só ele para atender, acabando com as apresentações expliquei mais uma vez como deveria ser tomada a medicação, ele respondeu que sabia, tirava o pozinho do comprimido vermelho colocava na água e tomava, eu respondi que estava errado e que ele poderia engolir tudo, ele respondeu que era difícil de engolir, mas faria conforme eu expliquei.

Antes de terminar a visita ele me perguntou se meu trabalho não me obrigava a fazer uma faxina na casa dele, porque estava muito suja e como eu era da saúde, a limpeza também é saúde e eu devia limpar a casa dele, não me aguentei e comecei a sorrir, expliquei pacientemente que meu trabalho não me obrigava a isto, despedi-me e fui embora.

Todo o tratamento ao longo de seis meses foi muito difícil, reclamações, indiretas, mas passou, ele está curado e quando passa por mim não me cumprimenta e nem diz um “bom dia”!

Acompanhar um paciente com tuberculose é muito desgastante, pois em sua maioria abandonam o tratamento logo quando não sentem mais sintomas ou quando os efeitos adversos da medicação reagem em seus organismos, este comportamento do paciente colabora para a evolução de bactéria multiresistentes à medicação utilizada no tratamento.

A hanseníase é outra doença provocada por uma bactéria *Mycobacterium leprae* ou Bacilo de Hansen que também tem seu tratamento exclusivo pelo sistema único de saúde (SUS).

O paciente de hanseníase também pode ser um pouco complicado, pois este assim como o paciente de tuberculose tem alterações intestinais, vômitos e outros efeitos adversos provocados pela medicação. A diferença é o ressecamento e a mudança da coloração da sua pele a cada mês de tratamento.

Há situações em que o paciente não conclui o tratamento por não verem mais as manchas vermelhas e a ausência de úlceras na pele. Já atendi mães que se negaram a aceitar que estão com hanseníase devido ao preconceito que a doença causa ao portador, mas com muita conversa e explicando a importância do tratamento e a prevenção para não transmitir aos filhos e ao marido, esta realizou o tratamento e foi curada.

A meningite é uma doença infecto contagiosa que pode ser desenvolvida por uma bactéria, por um vírus ou por fungos que podem acometer

as meninges do cérebro e a medula espinhal. O paciente muitas vezes evoluiu para o óbito e o paciente que se recupera permanece com sequelas.

Um dos momentos mais tensos que vivenciei na função de agente comunitário de saúde foi um caso de um paciente de vinte e quatro anos de idade que contraiu meningite e acabou falecendo. Eu havia iniciado minhas atividades como agente comunitário de saúde há um pouco mais de um ano. Este momento foi um desastre das condutas profissionais dos meus superiores e na condução do caso na comunidade.

Primeiro fiquei sabendo do óbito por vias não oficiais, a enfermeira da equipe, na minha ótica não teve uma conduta correta, a mesma deveria ter me chamado em particular e explicado o que havia acontecido e a gravidade dos fatos, ela omitiu as informações e disse que eu estava “perdido” que “desta vez eu não escaparia” fiquei sem entender, foi o primeiro de muitos assédios que sofri à respeito deste caso.

Percebi que havia uma Kombi para levar uma equipe para o local onde o jovem morava para realizar a profilaxia, ou seja, fazer um cinturão de medicação para as pessoas que tiveram o contato com o paciente.

Mais uma vez fui ojerizado e impedido de entrar na Kombi, respirei fundo e disse a enfermeira que o titular da microárea era eu e tinha o direito de saber o que estava acontecendo.

A enfermeira deu-me explicações genéricas e superficiais e disse que não me caberia no carro por estar lotado e não me deu o endereço da ação, o carro saiu e fiquei na unidade de saúde, não desisti fui atrás à pé e depois de algum tempo chequei à casa onde estavam fazendo o atendimento.

A enfermeira olhou para mim e perguntou: “O que está fazendo aqui?”, respondi que estava fazendo o meu trabalho ao querer saber o que estava acontecendo na microárea. Ela observou que eu já estava exaltado e me respondeu: “Depois conversamos na unidade de saúde, o momento e o local não são este!” Estava furioso por ser tratado com tanto desprezo e desdém.

Passaram-se dois dias e a conversa não havia sido realizada, solicitei que necessitava das explicações e orientações sobre o caso, a enfermeira era relutante em realizar a devida reunião enquanto ela não quisesse, por fim ela conversou comigo depois de uma semana do ocorrido, explicou o que havia acontecido e os motivos da conduta dela, ouvi tudo, mas não me convenceu. A

partir daquele momento nosso relacionamento era estritamente profissional e pesado, ela solicitou transferência.

Descrevi esta situação, pois este evento marcou fortemente minha vida profissional, depois disso, fui várias vezes acusado de ter deixado o rapaz morrer, como se eu tivesse culpa ou fosse médico, a questão era que se necessitava de um culpado e eu por ventura deveria sê-lo.

Não aceitei esta alcunha e posteriormente fui à casa do rapaz que havia falecido e conversei com sua mãe, fui recebido bem, a mesma chorou muito, reclamou do sistema de saúde. Expliquei como procedia meu trabalho, ela disse que não me processaria, mas processaria a prefeitura. Aquele momento foi de muita dor para nós, depois de tudo conversado e compreendido, despedi-me e depois de três meses a família se mudou.

O falecimento de uma pessoa na comunidade por meningite sempre deixa todos apreensivos, principalmente as autoridades sanitárias e epidemiológicas.

As doenças causadas por arbovírus também merecem atenção, pois são de fácil aquisição por contar com um vetor que pode transmitir diversos vírus.

Mesmo não sendo agente de combate às endemias, a comunidade necessita de orientação de saúde contra a dengue e *chikungunya* que são transmitidas pelo mosquito *aedes aegypti*, sempre que possível a educação em saúde é realizada com este tema, pois no período chuvoso, a proliferação do mosquito é muito mais propícia ao surgimento de um surto da doença. Fortaleza em 2015 passou por um surto de dengue, zika e *chikungunya*, neste ano contrai dengue que é uma experiência horrível.

A educação em saúde é a forma mais rápida e eficaz de prevenção e promoção de saúde para as diversas comunidades, educar é o primeiro passo para a mudança na qualidade de vida da população.

Por fim, o cotidiano relativamente normal do agente comunitário de saúde é realizar sua programação preferencialmente atrelada aos programas indicados pela gestão, o acompanhamento das gestantes, das crianças menores de seis anos, das pessoas hipertensas, diabéticas, hansenianos e tuberculosas, quando realizado tudo isto podemos ser solicitados a realizar uma palestra. Acompanhar o processo epidemiológico de um determinado território é uma grande oportunidade de aprendizado.

A epidemiologia como outras ciências relaciona-se de forma interdisciplinar como a biologia, a história, a sociologia, a geografia, todos estes conhecimentos estão em cada um dos agentes comunitários de saúde no momento de suas visitas. Contudo, tudo isto pode ser cancelado se eventos violentos acontecerem na comunidade, pois a orientação nesta condição é suspender todas as visitas.

O trabalho do agente comunitário de saúde é indispensável para o desenvolvimento da qualidade de vida das comunidades. Realizar a interdisciplinaridade da saúde com educação pode potencializar o alcance dos resultados com mais eficiência e eficácia, mas para isto o princípio educativo deste profissional precisa ser reconhecido e fortalecido.

2.4 O potencial educativo do agente comunitário de saúde

Com o início da quarentena no dia 17 de março de 2020, adoeci e estou de atestado, espero que esta situação acabe em breve. O médico disse que era apenas forte resfriado, tenho minhas dúvidas e não sei se contrai o COVID-19, pois não fiz o teste e desde então estou em casa, minha esposa e minha mãe, também adoeceram, mas não desenvolveram sintomas.

É difícil ser agente comunitário de saúde e não está na linha de frente para realizar suas atividades normais, colaborar na educação em saúde que hoje está atrelada ao isolamento social pode colaborar para a interrupção do ciclo de transmissão do vírus.

Observa-se nas emissoras de televisão, nos meios digitais horas e mais horas de explicações sobre o contágio, a transmissão embasada a partir de dados epidemiológicos que fornecem atualização dos resultados das mais novas pesquisas realizadas para desenvolver uma vacina que tem suas perspectivas para ser desenvolvida em mais de um ano. A janela imunológica em pessoas que não contraíram COVID-19 ainda está longe de ser aberta.

Muitos têm pedido o isolamento social, este pedido divide opiniões e um grande debate que se instaurou entre o recolher-se ou fazer o isolamento social tenta resguardar o maior número de pessoas para não se contaminarem para assim não colaborar para a falência do sistema de saúde e gerar mais mortes, não somente pelos casos agravados de COVID-19, mas por outras

doenças e comorbidades, onde o sistema há tempos mostrava-se com sinais de insuficiência de oferta de atendimentos.

É importante compreender ambos os termos tão repetidos: o recolhimento que segundo o dicionário *online* descreve: ato ou efeito de recolher que difere do termo isolamento que é ação ou efeito de isolar, de separar dos demais; separação.

No recolhimento, a pessoa pode continuar algumas atividades de trabalho se possuir condições para isto, em outros termos não perde sua capacidade produtiva, em muitos casos os trabalhadores necessitam se deslocar para garantir seu sustento.

No sentido de isolar a pessoa especificamente como medida de prevenção para não contrair o vírus ou não o disseminar, entende-se que este não pode realizar nada, deve-se cuidar de si e se caso tenha sido infectado, desta forma prevenir a infecção de outras pessoas.

Neste momento as tecnologias da informação e comunicações, as TIC's, realizam um grande elo entre aqueles que estão em isolamento social, pois as informações não param de circular.

Grande parte da população não possui meios para trabalhar em estilo *home-office* ou melhor de casa, necessitam sair para conseguir garantir o cumprimento de suas necessidades essenciais.

Este é um dos problemas que a pandemia está deixando bem claro, aqueles que têm condições de se isolar em suas residências enquanto os trabalhadores que necessitam se arriscar a contrair o vírus e quem sabe, após um dia de trabalho transmiti-lo para a família.

A pandemia deixou bem claro o paradigma capital e saúde e os trabalhadores é quem podem iniciar este debate de permanecerem em casa ou irem trabalhar. Este paradigma imposto pelo sistema capitalista, força os trabalhadores a decidirem entre a saúde ou o trabalho, mostra a face indiferente do empregador que exige o trabalhador em qualquer situação com o a desculpa de falência do negócio sem a obtenção do lucro ou a manutenção do seu emprego. O Estado tem a responsabilidade de minimizar este paradigma, pois é necessário proteger as pessoas e posteriormente reestruturar a economia.

Para os profissionais da área da saúde não há dúvidas de que são necessários em seus postos de trabalho na linha de frente, muitas vezes

reutilizando os EPI's e em alguns casos sem eles. O profissional agente comunitário de saúde que exerce em sua comunidade um papel importante no processo de educação em saúde e que também não pode se dar o direito de recusar ao comparecimento de suas atividades, salvo em situações que este já esteja sob cuidados médicos.

É o agente comunitário de saúde que abre os caminhos, conversa com a população, organiza as filas para a equipe de imunização realizar seu trabalho na comunidade, sua postura profissional conduz a um princípio educativo que pode facilitar a compreensão das informações para a educação em saúde.

O potencial educativo do agente comunitário de saúde é pouco reconhecido ou percebido, para compreender este potencial é necessário compreender que seu trabalho é pesquisado no campo da saúde coletiva e realizado meio da educação popular em saúde que segundo Stotz (2005) é um processo de mediação social que contribui, por meio da reflexão crítica, para que mudanças conscientes e efetivas sejam buscadas, como resposta coletiva, aproximando profissionais e usuários.

No caso do agente comunitário de saúde a relação entre o trabalho e a educação, no qual se afirma o caráter formativo do trabalho e da educação como ação humanizadora por meio do desenvolvimento de todas as potencialidades do ser humano. Estas potencialidades podem ser desenvolvidas nos momentos das visitas domiciliares e nas campanhas de prevenção e vacinação realizadas pela unidade de saúde. Campo da discursão denominado por Marx (1979) de materialismo histórico dialético.

O materialismo histórico dialético parte do trabalho como produtor dos meios de vida, tanto nos aspectos materiais como culturais, ou seja, de conhecimento, de criação material e simbólica, e de formas de sociabilidade, segundo Marx (1979).

Então compreende-se que a sociedade é o resultado do trabalho desempenhado pelo trabalhador que dedica oito horas de seu tempo em troca de uma quantia de remuneração variável que se chama salário, esta é a materialização de produtos ou a execução de serviços.

O processo de desenvolvimento da educação como parte do trabalho surgiu pelo Sistema Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), criado no governo de Getúlio Vargas, em 1942, na época o ensino era tecnológico.

No que se refere à criação da categoria de agente comunitário de saúde aproveitou-se o processo formativo de cada um, para posteriormente ser instrumentalizado em outros temas de saúde.

Frigotto argumenta em dois sentidos, primeiro, faz a crítica à ideologia cristã e positivista de que todo trabalho dignifica o homem:

Nas relações de trabalho onde o sujeito é o capital e o homem é o objeto a ser consumido, usado, constrói-se uma relação educativa negativa, uma relação de submissão e alienação, isto é, nega-se a possibilidade de um crescimento integral” (1989, p. 4). Segundo, preocupa-se com a análise política das condições em que trabalho e educação se exercem na sociedade capitalista brasileira; “como a escola articula os interesses de classe dos trabalhadores... é preciso pensar a unidade entre o ensino e o trabalho produtivo, o trabalho como princípio educativo e a escola politécnica. (FRIGOTTO,1985, p. 178).

Quando se incute na cabeça do trabalhador que seu trabalho é tudo que ele é e ele não existe fora do trabalho desloca-se a importância do homem, do ser em detrimento do que ele aparenta ser, vive-se somente para trabalhar e o trabalho aos poucos lhe mata. Nesta pandemia, hoje o trabalho do agente comunitário de saúde pode ser de grande risco para sua saúde e de sua família.

O comportamento do trabalhador agente comunitário de saúde é avaliado continuamente pelo gestor e pela comunidade, pois a proposta da educação em saúde pode gerar debates que em muitos casos o posicionamento do trabalhador vai na contramão do discurso oficial, passando a ser uma educação crítica e reflexiva sobre a situação que se vive.

O discurso do processo educativo realizado pelo agente comunitário de saúde é completamente diferente do discurso da enfermeira que durante um ano se desloca para a área determinada, quando tem alguma campanha de vacinação ou bloqueio epidemiológico.

O que se fala e como se fala são duas dimensões do processo educativo, pois repassar as informações técnicas de forma simples e objetiva é um desafio para o agente, pois a grande maioria dos receptores da informação não possui conhecimento suficiente para compreender o que está sendo falado

de forma técnica. Neste momento utiliza-se as dimensões da educação popular em saúde, segundo a Política Nacional de Educação Popular em Saúde:

Concebe a Educação Popular como práxis político-pedagógica orientadora da construção de processos educativos e de trabalho social emancipatórios, intencionalmente direcionada à promoção da autonomia das pessoas, à horizontalidade entre os saberes populares e técnico-científicos, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa, ao respeito às diversas formas de vida, à superação das desigualdades sociais e de todas as formas de discriminação, violência e opressão. (PNEPS, 2012).

Contudo muitos gestores não conhecem a PNEPS e muito menos compreendem ou percebem as competências do agente comunitário de saúde como um profissional que pode realizar palestras em educação.

Mais uma vez volta-se ao questionamento do nível acadêmico, não é incentivado a autonomia do agente e nem a legitimado o profissional que possui conhecimento suficiente para realizar um repasse de informações qualificadas e seguras.

O processo de ação-reflexão-ação realizado pelo agente comunitário de saúde é incessante e muitas vezes natural de sua conduta.

A PNEPS (2012) endossa sobre o desenvolvimento da Educação Popular em saúde:

Não se faz 'para' o povo, ao contrário, se faz 'com' o povo, tem como ponto de partida do processo pedagógico o saber desenvolvido no trabalho, na vida social e na luta pela sobrevivência e, procura incorporar os modos de sentir, pensar e agir dos grupos populares, configurando-se assim, como referencial básico para gestão participativa em saúde. (PNEPS, 2012).

A dupla posição social exercida pelo agente comunitário de saúde como cidadão (povo) e trabalhador no meio do povo compreende os modos de sentir, de pensar e agir, sente várias emoções positivas e negativas, age na medida do possível, na maneira como o sistema lhe permite, está mergulhado na luta da sobrevivência diária porque vê com os próprios olhos as condições socioeconômicas da comunidade onde trabalha e vive.

Ainda de acordo com a PNEPS (2012):

Freire (1997), é a partir do contexto concreto/vivido que se pode chegar ao contexto teórico, o que requer curiosidade, problematização, criatividade, o diálogo, a vivência da práxis e o protagonismo dos sujeitos na busca da transformação social. (PNEPS, 2012).

Este contexto do vivido é tão forte, massificador, alienante que muitos consideram que não há conexão com o teórico. Essa foi uma dificuldade vivida por mim, quando iniciei a dissertação, é muito difícil compreender que o agente comunitário de saúde exerce uma influência direta no território onde trabalha.

O trabalho desperta uma consciência para a qualidade de vida, quanto vale uma informação de qualidade que gera saúde, que aumenta o índice de desenvolvimento humano (IDH), com um potencial para salvar vidas.

O meio que utiliza para produzir a conscientização da qualidade de vida e de saúde no processo educativo é o diálogo que é o encontro dos homens mediatizados pelo mundo para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto na relação eu/tu e por seu inacabamento o sujeito está sempre se construindo mediatizado pelo mundo. (PNESP *apud* FREIRE, 1997).

Dialogar com o outro é uma ação cotidiana, mas compreender que seu diálogo não é qualquer diálogo conversado com o vizinho.

Já esqueci quando tive uma conversa que não terminasse no tema saúde ou quando eu me percebi falando sobre saúde e o vizinho balançando a cabeça em sinal afirmativo.

O princípio educador deve estar aí, aproveitar para explicar e educar o outro e potencializar aquele momento com o outro, aproveitando a atenção para repassar informações importantes.

Somos educadores por natureza, diferentes de um professor que possui especificidade em sua disciplina, o agente comunitário de saúde é interdisciplinar porque transita por diversos temas e em especial naqueles relativos às ciências humanas ligadas à saúde.

Uma das dificuldades é a compreensão do agente comunitário de saúde, esta deficiência potencializa as dificuldades exercidas pela guerra de todos contra todos, descrita por Marx (1979), em que cada categoria busca sua importância e legitimação no mundo do trabalho.

Já a dificuldade de a comunidade compreender que o agente de saúde realiza o processo de educação quando inicia um diálogo também torna seu trabalho menos eficaz.

Continuando em acordo com PNEP (2012), temos a seguinte definição:

Os pressupostos teórico-metodológicos ou diretrizes como convencionalmente são apontados, contemplam dimensões filosóficas, políticas, éticas e metodológicas que dão sentido e coerência à práxis de educação popular em saúde. A apresentação demarcada destes elementos busca promover a melhor compreensão em uma perspectiva didática, porém destaca-se que são componentes de um todo, são partes articuladas de um processo integral e único e como tal configuram-se em pressupostos da Política Nacional de Educação Popular em Saúde. (PNEP, 2012).

Estes pressupostos que estão na Política Nacional de Educação Popular em Saúde, como diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e o compromisso com a construção do projeto democrático e popular continuam apenas nas páginas da PNEP.

A referida PNEP possui quatro eixos estratégicos a Participação, Controle Social e Gestão Participativa é um deles que, dessa forma:

Pretende-se fomentar, fortalecer e ampliar o protagonismo popular, por meio do desenvolvimento de ações que envolvam a mobilização pelo direito à saúde e a qualificação da participação nos processos de formulação, implementação, gestão e controle social das políticas públicas. (PNEP, 2012).

Este eixo ainda está na pretensão, pois pouco ou nada se vê realizado para fomentar e fortalecer o referido protagonismo. Protagonizar é um processo que passa pelo desenvolvimento, autonomia, tendo o controle social como um bom exemplo, mas as gestões não ouvem os representantes do controle social e quando são ouvidos, as ações divergem das solicitações realizadas.

No que se refere à Formação, Comunicação e Produção de Conhecimento, observa-se que:

Visa fortalecer a produção, sistematização e socialização de conhecimentos; a qualificação de informações para o enfrentamento participativo dos determinantes sociais da saúde, a construção e compartilhamento de tecnologias de comunicação pautadas pelo respeito à sabedoria popular e pela valorização da diversidade cultural. (PNEP, 2012).

Este eixo é realizado sem levar em conta o respeito à sabedoria popular, que não corresponde com os anseios do capital, pois prevenir as doenças em uma escala mínima interrompe a aquisição de medicamentos, o objetivo de fortalecer a qualificação das informações é realizado cada vez mais por coletas de dados, por meio de pesquisas, estas quando publicadas não são conhecidas pela sociedade.

No eixo do Cuidado em Saúde, observamos que é preciso:

Fortalecer as práticas populares de cuidado implica apoiar sua sustentabilidade, sistematização, visibilidade e comunicação, no intuito de socializar tecnologias e perspectivas integrativas, bem como, aprimorar sua articulação com o SUS. (PNEPS, 2012).

As práticas populares foram praticamente esquecidas e o pensamento hospitalocêntrico predomina em detrimento do preventivo. O cuidado passa exclusivamente pela linha técnica, mais uma vez o sistema capitalista leva a priorização do remédio em detrimento da prevenção.

E por fim, vemos abaixo, o Eixo Intersetorialidade e diálogos multiculturais:

O desafio posto está na possibilidade da construção dialogada e compartilhada dessas repostas, na articulação e mobilização social nos diferentes níveis (local, regional, nacional e internacional) e na perspectiva de fortalecer o referencial da educação popular nas políticas públicas. (PNEPS, 2012).

A intersetorialidade só será desenvolvida se houver a compreensão que todos fazem parte da solução que é necessário o diálogo para construção de soluções duradouras na perspectiva de política pública e não de governo.

O diálogo realizado nas comunidades por via da mobilização social é difícil de se realizar devido ao descrédito vivido nos diversos níveis, devido à falta de resolubilidade e das políticas públicas estarem distantes do atendimento real da população, o que contribui para a falta de consciência da construção deste diálogo que poderia desencadear em ações multiculturais.

É importante salientar que o Ministério da Saúde e órgãos vinculados às Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde possuem suas responsabilidades e atribuições relacionadas à gestão do SUS.

Por fim, mesmo com todas as dificuldades, o princípio educativo é inerente às atividades do agente comunitário de saúde, reconhecido ou não o realiza consciente ou intencional, com o aprendizado que adquiriu durante seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Este profissional pode colaborar muito para o alcance das metas de saúde programadas pelas esferas governamentais.

Para isso, é necessária a organização de um programa de formação para os agentes comunitários de saúde que os capacite de forma integral, possibilitando o atendimento das necessidades da sociedade.

A educação é a ação que garante a mudança que necessitamos para mudar as realidades nas comunidades, uma vez que é ela que garante o alcance da qualidade de vida.

A integração educação e saúde se faz necessária, pois constata-se que se a população tivesse sido educada desde as primeiras séries sobre educação e saúde o controle da nova epidemia poderia ser mais rápida e eficaz.

2.5 (Des)organização e luta do sindicato da categoria dos ACS em Fortaleza

A categoria dos Agentes Comunitários de Saúde é representada por três sindicatos, os quais são: O Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Saúde do Estado do Ceará (SINDSAÚDE), que tem 78 anos de fundação e é filiado à Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil, organizado no período de 1941, num momento de grande repressão exercida pelo governo do qual surgiu o projeto de organização sindical corporativista apoiado pelo presidente Getúlio Vargas e organizado pelo Ministro Alexandre Marcondes Filho.

O Sindicato dos servidores de Fortaleza (SINDIFORT), filiado à Central da Classe Trabalhadora Intersindical, fundado em 02 de janeiro de 1989, organizado ao longo da Constituição Cidadã de 1988 para representar os servidores que seriam anexados ao município como servidores, o sindicato também representa outros trabalhadores que são regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), dos quais os agentes comunitários de saúde eram regidos.

Em 2005 foi fundado o Sindicato dos Agentes de Saúde e Endemias no Estado do Ceará (SINASCE), que é filiado à Central Única dos Trabalhadores (CUT), e compõe a FENASCE - Federação Nacional de Agentes Comunitários de saúde e de combate às Endemias. Cada sindicato consta com servidores responsáveis pela organização e debate sobre a temática sindical e possui uma equipe específica para tratar sobre as condições de trabalho.

A pluralidade de representação poderia ser uma vantagem, mas tem se mostrado um ponto de enfraquecimento, pois enquanto os trabalhadores estão discutindo entre si, os governos estão objetivados a diminuir ou a acabar com os direitos conquistados.

Conflitos de interesses, falta de uma agenda unificada e a baixa compreensão de classe fragiliza o alcance de benefícios reais para a categoria. Cada sindicato disputa o servidor de várias formas, oferecem benefícios como lazer, convênios com faculdades e cursos técnicos, planos de saúde e odontológico, em que mais assemelha-se a política de pão e circo, da época dos romanos, é mais uma cortina de fumaça para amainar os ânimos dos Agentes Comunitários de Saúde.

Ano após ano, as campanhas salariais são iniciadas, mas a falta de capacidade de negociação resulta em ganhos irrisórios que não correspondem aos anseios da categoria. São mais mantenedores da política da gestão do que questionadores e defensores dos direitos dos trabalhadores que não realizam o objetivo para o qual surgiu.

A perpetuação das diretorias nestes sindicatos confirma que nenhum sindicalista quer voltar a base da categoria e deixar alguns benefícios oriundos da posição que ocupa.

O perfil sindical mudou as formas de negociação também, o que não evoluiu foi a forma de organizar a classe trabalhadora, não utilizamos os exemplos históricos vivenciados, não se ensina a juventude a refletir sobre o sistema no qual vivemos, paramos quando recebemos algum benefício, nossos líderes não nos lideram porque não sabem para onde vão, são cooptados pelo encantamento do poder e do conforto a eles proporcionado e enfraquecem a luta. Vemos isso na opinião dos trabalhadores a seguir:

O ACS, João, declara sua opinião sobre o sindicato quando diz: “Hoje nós temos o SINACE, temos o SINDFORTE, temos o SINDSAUDE também que

abrange a gente, entendeu, fica aquela coisa, são praticamente 3 (três) sindicatos e eles, no meu ponto de vista, eu vejo que eles muito entra em atrito entre eles pra ver qual o melhor e esquece as vezes da, do objetivo que é correr atrás da melhoria do trabalhador, ou seja, pra classe que tá ali apoiando eles que são nós agente de saúde, que infelizmente é uma classe grande mas que não conhece o poder que tem, não conhece o poder que tem”.

Maria também compartilha da opinião que o sindicato tem suas falhas quando diz: “O nosso sindicato, ele é um sindicato muito falho, ele já vem nesse comando desde 2006, e de lá pra cá, ele vem enrolando, enrolando, enrolando e tirando cada vez mais o que ele pode do agente comunitário de saúde né, e ele fez uma enrolação muito grande, ele fez uma junção do agente comunitário de saúde e o agente comunitário de endemias, que são duas categorias diferentes”.

A ACS, Raimunda, é bem direta na sua opinião e diz: “O sindicato não é uma coisa boa, eu não gosto do sindicato, por que o sindicato ele fala uma coisa pra gente quando chega lá ele concorda tudo com a gestão, sindicato eles fazem mais o que a gestão pede do que o trabalhador necessita, então eu não gosto do sindicato, eu sou sindicalizada, mas a minha opinião sobre o sindicato é essa, que eles são pela gestão e não pelo trabalhador”.

A falta de credibilidade, o sentimento de repulsa, a incerteza de quem realmente representa a categoria é o reflexo do comportamento submisso realizado pelos sindicatos em relação à gestão, esta atitude não favorece o desenvolvimento e o fortalecimento da consciência sindical da unicidade dos trabalhadores em torno de um objetivo único. De modo que quando não há consciência de classe, não há estratégias definidas para conquistar as melhores condições de trabalho e de salários, sendo assim é necessária a renovação do movimento sindical para que possamos ser liderados por representantes comprometidos com a classe trabalhadora que não estejam em conluio com os gestores do governo vigente.

Nesse horizonte, o ACS, Jorge, pontua o que poderia ser feito em relação à conduta do sindicato: “Primeiro lugar a mudança do presidente, né, e a cúpula dele toda, que já não serve mais, se fez alguma coisa já fez, já foi paga, muito bem pago pra isso, então já chegou, primeiro lugar é isso. Em segundo lugar, é, a busca ativa deles diante dos ACS, porque eles não buscaram os ACS

pra ajudar, eles só buscam os ACS para ganhar dinheiro, entendeu, então assim, o interesse maior deles no que diz respeito realmente o trabalho do ACS, o que o ACS realmente precisa, o que o ACS pensa, isso não é perguntado, isso não é procurado, eles apenas procuram os interesses deles, o que interessa a eles somente isso”.

A categoria profissional dos agentes comunitários de saúde é a única que está inserida nas residências familiares em todas as comunidades e nesse sentido, é potencialmente um agente da revolução social.

O movimento sindical mesmo com todos os erros ainda é a instância que o trabalhador pode recorrer quando possui seus direitos negados, o movimento sindical precisa por via da educação sindical formar novos representantes, renovar-se.

A classe trabalhadora mesmo mal representada também precisa desenvolver um objetivo de consciência, possuir unicidade na luta e um desejo de mudança, não deixar que suas vidas sejam roubadas por um sistema que existe apenas para consumir. A organização e a luta são constantes todos os dias para mudar esta realidade.

3 Saúde e doenças dos agentes comunitários de saúde

O processo de precarização vem se acentuando ao longo do tempo devido à crise estrutural do capital. Para Antunes (1995, p.37), o modelo de regulação social-democrático, que deu sustentação ao chamado estado de bem estar social, em vários países centrais, vem também sendo solapado pela (des) regulação neoliberal, privatizante e antissocial.

O conceito de neoliberalismo segundo Standing (2014, p.11), afirma que o crescimento e o desenvolvimento dependiam da competitividade do mercado; tudo deveria ser feito para maximizar a concorrência e a competitividade e para permitir que os princípios de mercado permeassem todos os aspectos da vida. Esta forma de pensar possibilitou a flexibilização das condições de trabalho.

Para maximizar a concorrência e a competitividade responsabiliza-se o trabalhador que não dispõe dos recursos de produção, tendo o trabalhador apenas sua força de trabalho, este é exigido que no período de trabalho produza mais e melhor, isto é percebido nos treinamentos realizados sobre como derrotar a concorrência e como aumentar o potencial competitivo da empresa no mercado de trabalho.

Como esta forma de pensar é repetida e fortalecida nos discursos das diversas instituições das escolas, para os corredores das empresas, a ideia do sempre vitorioso forma um pessoa que sempre pensa e age na perspectiva de ganha-perde, ganha ele e deve perder o outro, transformando as relações humanas em meras relações comerciais.

O sistema capitalista com objetivo de alavancar o enriquecimento dos países ricos estrutura o chamado estado de bem estar social foi mais uma fase do processo do capitalismo que estruturou os países mais pobres a partir dos anos 1980 para servirem de mercado consumidor e enriquecerem estes mesmos países que produziam bens de consumo, com esta estratégia de auto realimentação do capital, com as novas ideias neoliberais que fortaleceram as privatizações e a redução dos serviços públicos estes países enriqueceram cada vez mais.

Enquanto a lógica capitalista é a modificação da natureza e a destruição do meio ambiente, há a categoria de trabalho dos agentes

comunitários de saúde que está inserida nas comunidades que vive e observa diretamente as consequências das ações e transformações do sistema capitalista.

O objetivo principal da categoria é a redução dos agravos à saúde, desenvolvendo uma melhor qualidade de vida. Mas estes trabalhadores também estão expostos às mudanças sociais, ao seu ambiente de trabalho que são as comunidades que em sua maioria são vulneráveis em diversos âmbitos sociais, uma vez que não compreendem que os agentes comunitários de saúde também vivenciam as mesmas condições de vulnerabilidades sociais, assim como as intemperes do sistema capitalista e concomitantemente seu trabalho é precarizado.

Para compreender o que são as intemperes do sistema capitalista, Antunes disserta:

É preciso que se diga de forma clara: desregulamentação, flexibilização, 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, 1995, p. 38).

Este cenário é mais observável nitidamente no setor das empresas privadas que veem o trabalhador apenas como mais uma variável do sistema de lucratividade. No serviço público, os jargões como colaborador, servidor, parceiro, são utilizados para minimizar ou desviar a atenção dos trabalhadores, que são apenas mais um trabalhador a serviço de um governo que ele escolheu ou não para o governar e gerir a máquina pública.

No serviço público a desregulamentação, a flexibilização e a terceirização são realizadas de forma mais veladas, com manobras mais rebuscadas, de forma que os trabalhadores e a sociedade não percebam as condições precárias que são oferecidas.

Nos anos 1970 iniciou-se com mais efetividade a crise estrutural do capital com a nova forma de perceber o mundo e as modificações dos recursos naturais. Também com o fim dos estados que propunham o socialismo, a estruturação do trabalho teve uma mudança radical em sua forma de produção e relação com o trabalhador.

Segundo Antunes, a agenda neoliberal:

Passou a ditar o ideário e o programa a serem implementados pelos países capitalistas, inicialmente no centro e logo depois nos países subordinados, contemplando reestruturação produtiva, privatização acelerada, enxugamento do estado, políticas fiscais e monetárias, sintonizadas com os organismos mundiais de hegemonia do capital como Fundo Monetário Internacional FMI. (ANTUNES, 1995, p. 40).

A reestruturação produtiva se dá nas grandes áreas produtoras de insumos alimentícios que passam a produzir em larga escala, com foco no mercado externo. As privatizações em diversos setores têm como objetivo aumentar a competitividade e reduzir a folha de pagamento do Estado, com isto a redução do próprio Estado amparado pelas políticas fiscais que favorecem o recebimento de impostos e quase nenhum retorno é remetido para a sociedade. Todas estas variáveis são coordenadas por instituições externas ao país, todas estas medidas visam o fortalecimento do capitalismo.

O sistema capitalista passa por crises em sua estrutura de tempos em tempos devido aos próprios processos de produção que ele mesmo impõe. As forças que contrabalanceiam sua dinâmica, como os sindicatos e a concepção da luta de classes são enfraquecidas para permitir a estruturação do modelo para que este não entre em colapso definitivamente.

Mas para o sistema capitalista não colapsar como um todo, o que é feito? Quem manobra o capital possui um projeto que manipula e envolve a classe trabalhadora, como afirma Antunes:

O capital busca o consentimento e a adesão dos trabalhadores, no interior das empresas, para viabilizar um projeto que é aquele desenhado e concebido segundo os fundamentos exclusivos do capital. (ANTUNES, 1995, p. 41).

Então eis o que é cedido por quem manobra o sistema, isto nada mais é que a execução de uma das fases do plano que necessita que os trabalhadores colaborem com a execução. É neste exato momento que a responsabilidade cai sobre os ombros das lideranças sindicais e de todos os trabalhadores, pois ao aceitar condições e situações precarizadas de trabalho estão colaborando e chancelando, um sistema que não oferece seguridade para o futuro.

É por isso que observamos uma grande massa de trabalhadores precarizados e sempre com as mesmas respostas quando dizem: “É assim mesmo! sempre foi assim! fazer o quê isto não muda!”.

Perceber a impossibilidade da mudança favorece a lógica social da (des)sociabilização contemporânea para a manutenção do sistema social do capital, conforme Mészáros:

Neste sentido, desregulamentação, flexibilização, terceirização, *downsizing*, “empresa enxuta”, bem como todo esse receituário que se esparrama pelo “mundo empresarial”, são expressões de uma lógica societal onde tem-se a prevalência do capital sobre a força humana de trabalho, que é considerado somente na exata medida em que é imprescindível para a reprodução deste mesmo capital. Isso porque o capital pode *diminuir* o trabalho vivo, mas não *eliminá-lo*. Pode intensificar sua utilização, pode precarizá-lo e mesmo desempregar parcelas imensas, mas não pode extingui-lo. (MÉSZÁROS, 1995, p. 44).

Os jargões administrativos são ferramentas do discurso que estão a serviço da diminuição dos direitos dos trabalhadores com o objetivo de retirar o trabalhador do processo reflexivo, exacerbando-o de trabalho e dispensando-o somente quando não houver condições de realização do trabalho, por inaptidão ou enfermidade adquirida no trato laboral. Com este cenário podemos iniciar a compreensão deste fenômeno que foi disseminado em todo planeta.

O processo de precarização do mundo do trabalho é um processo histórico-dialético que encontra grandes contradições em seu desenvolvimento. É histórico porque surgiu em um determinado espaço e tempo da história do homem. Nem sempre existiu o sistema capitalista, por isso, ele pode deixar de existir. É dialético porque se relaciona com as diversas dimensões da vida da humanidade.

A precarização estende-se por todos os setores de trabalho, cujas formas estruturais das péssimas condições de trabalho podem ser visíveis, seguindo Drunck:

Os estudos microssociais em empresas e organizações, no campo da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho, definem uma “psicopatologia da precarização”, produto da violência no ambiente de trabalho, gerada pela imposição da busca de excelência como ideologia da perfeição humana, que pressiona os trabalhadores ignorando seus limites e dificuldades, junto a uma radical defesa e implementação da flexibilidade como “norma” do presente. (Drunck, 2011, p. 49).

O desenvolvimento do processo de precarização analisado microscopicamente por Drunck, especificamente ao que concerne à saúde mental cunhou a expressão “psicologia da precarização”. Esta psicologia é disseminada e ensinada para reforçar a ideologia da perfeição contínua do trabalho executado pelo homem. As escolas administrativas com estes conceitos exercem um aumento considerável no psicológico dos trabalhadores.

A palavra flexibilização é expressa linguisticamente no sentido de degradação das condições de trabalho e não flexibilizar para a melhoria das condições de trabalho, mas sim para aumentar a quantidade deste trabalho e não favorecer o trabalhador.

O que se é visto é uma flexibilização do trabalhador em detrimento ao trabalho. Nos momentos de enfermidade, o sistema age de forma cruel em forma de descontos por não está produzindo conforme as exigências do trabalho. Enfim, a flexibilização é relacionada à manutenção do sistema e nunca à saúde do trabalhador.

Quando o sistema está em crise exige-se cada vez mais do trabalhador e para recuperar o sistema em detrimento de sua restituição, corta-se os benefícios favoráveis aos trabalhadores.

As quatro dimensões dessa crise – que afetou desigualmente, desde o fim de 2008, os diferentes países que constituem o sistema econômico mundial – devem ser salientadas: crise dos mercados financeiros, crise bancária, crise econômica e crise social, de acordo com Zarifian (2009) e Hirata (2010).

É notório que a crise dos mercados financeiros, a crise bancária e a crise econômica são as três pernas do sistema capitalista que necessita de inovações constantes. Com o fenômeno da globalização continuar sendo desenvolvido, observado de forma macro é muito vantajoso, porém a própria globalização pode saturar os mercados consumidores, como também pode inviabilizar o consumo de bens por estarem acima das condições de aquisição dos trabalhadores. É certo que os mercados financeiros não possuem homogeneidade das moedas e as bolsas de valores, nesse caso, as moedas oscilam influenciando na inflação e no poder de compra das pessoas dos países mais pobres. Este fenômeno reduz as compras e consecutivamente a lucratividade, diminuindo o consumo e causando um efeito dominó na cadeia produtiva.

No que se refere à crise bancária que é a quarta perna que sustenta o sistema capitalista, é percebida quando os bancos entram em falência e solicitam ajuda do Estado para se recuperarem. É a prova viva da intervenção do Estado no setor privado, com a concorrência de bancos entre si, a lei da oferta e da procura, favorece a retroalimentação do sistema, se um banco fale, fragiliza os outros que tentam se manter com taxas mais baixas e por ventura com menores taxas de lucratividade.

A crise econômica é percebida na perda de poder real de compra com a inflação cada vez mais alta, com isto, o trabalhador não conseguiu adquirir insumos básicos para sua sobrevivência. Todas as dimensões da vida são agravadas na crise social expressa pela diminuição dos direitos trabalhistas, pelo aumento de horas de trabalho, com baixa remuneração, condições de trabalho cada vez mais insalubres e precarizadas.

Segundo Hirata:

Essa crise social aprofundou as consequências negativas de uma série de fenômenos de cunho neoliberal observados desde o início dos anos noventa, como as privatizações, a diminuição da proteção social, a redução de todos os serviços públicos. (HIRATA, 2011, p. 15).

Os governos se utilizam do discurso falho que a solução é privatizar alguns serviços públicos, que a privatização beneficiará os cofres públicos e a gestão do Estado. Isto não é observado, exemplo é a diminuição drástica na oferta de serviços essenciais no dia a dia das pessoas, sem pronunciar que o lucro oriundo das operações financeiras das empresas privatizadas não fica no país, mas são transferidos para os países que contêm a concessão.

A proteção social também vem sendo duramente abalada, pois direitos estão sendo retirados, impostos promulgados, consecutivamente os serviços públicos são fortemente reduzidos e precariamente extintos.

Em nível macro, a precarização disfarçada de flexibilização segue da seguinte maneira, segundo Antunes:

As formas de flexibilização – em verdade precarização – podemos destacar a salarial, de horário, funcional ou organizativa, dentre outros exemplos. A flexibilização pode ser entendida como “liberdade da empresa” para desempregar trabalhadores; sem penalidades, quando a produção e as vendas diminuem; liberdade, sempre para a empresa, para reduzir o horário de trabalho ou de recorrer a mais horas de trabalho; possibilidade de pagar salários reais mais baixos do que a

paridade de trabalho exige; possibilidade de subdividir a jornada de trabalho em dia e semana. (ANTUNES, 2009, p. 50).

Todo este cenário degradante das condições de trabalho acomete especificamente os jovens, que ainda não possuem qualificação técnica, as mulheres que em sua maioria recebem menos e são marcadas pelo machismo cultural e institucional vivo no mercado de trabalho e por fim os idosos que para o sistema não possuem mais a força de trabalho que a eles são exigidos.

Neste cenário aprofundaremos nossas análises tendo como base os trabalhadores da área da saúde e especificamente a categoria dos agentes comunitários de saúde que em sua maioria é composta por trabalhadoras.

A saúde, como se sabe, é pilar fundamental na construção dos modernos sistemas de proteção social, pois o adoecimento e a velhice são e foram os dois principais problemas das camadas mais pobres. Então, como garantir assistência à saúde em todos os momentos do ciclo de vida (infância, maturidade e velhice) e por fim, uma renda digna, quando o cidadão deixa de trabalhar? Esses dois itens configuram um dos problemas centrais da proteção social, segundo Viana (2007).

O processo de adoecimento relaciona-se ao lugar onde a pessoa vive e também qual o trabalho que esta pessoa desenvolve, ou seja, para evitar o maior número de enfermidades, é necessário residir em um ambiente com infra estruturas adequadas de saneamento, mobilidade e sem fatores externos estressantes, como a violência.

No que se refere ao trabalho, este deve ser realizado em condições ergonomicamente corretas e que não leve o trabalhador a um desgaste excessivo, possibilitando que este usufrua de uma vida com dignidade.

O envelhecimento é ação inerente à condição humana, é neste momento da vida que os cuidados e os custos em saúde serão mais exigidos e os mais caros. Há uma lógica diametralmente oposta neste momento, pois as consultas e as medicações são as mais caras, uma quantidade maior de especialistas é solicitada. Contudo, neste momento a pessoa consta apenas com a aposentadoria e em alguns casos o idoso não é aposentado.

O início do debate da oferta de saúde para todos na sociedade de forma indiscriminada culminou com a instituição da saúde como direito para todos por via Constituição Federal de 1988, e segundo Viana (2007), houve uma

tentativa de desmercantilização do acesso, favorecendo o nascimento do sistema de proteção social, hoje desmobilizado pelo Estado que utiliza o argumento de estar em crise.

A desmercantilização é apenas uma pequena fase do processo de mercantilização da saúde, pois o discurso que afirma constitucionalmente que a saúde é direito de todos, fica só no discurso, seu acesso ainda não é para todos

É comum para atendimentos de alta complexidade são por via jurídica, obrigando o Estado a cumprir com sua obrigação, a saúde é direito de todos, mas só faz jus ao direito quem reclama por ele.

A saúde para todos deveria ser ofertada pelo Estado que faria a gestão dos recursos públicos para atender os que necessitam destes serviços, como surgiu uma visão da saúde como bem econômico, paga-se para ter saúde, mesmo que seja por via de impostos.

Segundo VIANA:

Pode-se afirmar que a saúde como direito influenciou, de forma indireta, dado o aumento de demanda que propiciou / estimulou, em alguns casos, a rápida expansão da saúde como bem econômico; essa mesma expansão da demanda, ao lado do desenvolvimento científico, por sua vez, estimulou a formação do complexo industrial da saúde (produção em larga escala de medicamentos, por exemplo). (VIANA, 2007, p14).

O Estado garante ou tenta garantir o direito à saúde quando constrói uma unidade básica de saúde ou um hospital, fortalece o capital farmacêutico e hospitalar, também quando oferta uma campanha de vacinação e entrega a medicação de baixo custo aos pacientes que dela necessitam. Isto é apenas um pequeno universo da problemática da saúde que envolve uma pessoa ou uma comunidade, tem-se a oferta da saúde com vários entraves para acessá-la, principalmente em níveis mais complexos de atendimento.

O momento em que mais se percebe a mercantilização da saúde é expressa na oferta, pode-se ver nas consultas especializadas que também fazem parte do sistema mercantil da saúde, pois os valores das consultas são exorbitantes e o tratamento também possui um custo elevado para quem apenas recebe um salário mínimo.

Freeman e Moran (2002, p.15) descrevem as três dimensões da política de saúde, a primeira dimensão seria como sistema de proteção social

que propiciou a consciência do direito à saúde, assimilada por diferentes sociedades, constituindo uma característica das sociedades modernas que suas preocupações são com a saúde e a procura por cuidados médicos.

Hoje é quase impossível não pensar a saúde como direito de todos, mas o processo de mercantilização da saúde abre precedente de quem pode ter mais direitos, ou direitos limitados, pois a saúde como fator de mercado denuncia um comportamento de acumulação de capital em detrimento do adoecimento do outro.

Vejamos a seguinte reflexão:

O Estado Neoliberal que emergiu no final do século XX - período que coincidiu, no Brasil, com a promulgação da Constituição de 1988 -, enfraqueceu as políticas sociais (principalmente na área da saúde), assim como eliminou reais possibilidades de se erguer um Estado Social, propõe-se investigar até que ponto a mercantilização da saúde - cujas forças foram estabelecidas por este ambiente - contribuiu para enfraquecer a cidadania em direito à saúde, tendo em vista, especialmente, o fato de desfazer no imaginário dos cidadãos o dever de cumprimento desse direito fundamental pelo Estado, uma vez que adquire a roupagem de um "produto". (SANTOS, 2013, p. 03).

Esta estratégia é utilizada quando a gestão em seu discurso pronuncia que o usuário é o cliente, este discurso torna-se arriscado, pois o serviço ofertado pelo Estado deixa a desejar e o cidadão passa a reclamar cada vez mais sem possuir canais de resolução, despejando no trabalhador do sistema sua insatisfação e principalmente naqueles que estão em sua ponta ou em trabalhos diretamente exercidos no cuidado, isto acontece nos episódios de violência contra os trabalhadores.

Este tipo de discurso de atender o cliente favorece o processo de mercantilização da saúde, transformando a saúde em um produto e o paciente em um ser coisificado que absorverá os serviços necessários e gerará lucro à cadeia capitalista de produção de insumos de saúde. O ato de pagar é sinônimo do bom atendimento, ação que não se expressa na realização, pois os hospitais que atendem via planos de saúde particulares estão lotados e ofertam atendimentos tão piores quanto os hospitais públicos.

Para Santos:

O problema central, portanto, relaciona-se à ausência de cidadania em direito à saúde, porquanto há uma verdadeira inversão de valores: o cidadão passa a ser consumidor, e a saúde produto. (SANTOS, 2013, p. 06).

A diminuição do processo de reivindicação por parte do cidadão, faz a saúde passar a ser um produto e não mais um direito, com isto fortalece o mercado de serviços ou medicamentos para o sistema. Só existe cidadania se houver a prática da reivindicação, da apropriação de espaços, da pugna para fazer valer os direitos do cidadão (COVRE, 1991, p. 10).

A segunda dimensão é a política da política da saúde. Esta dimensão corresponde às decisões dos gestores em saúde que planejam de forma macro e não levam em consideração as especificidades dos casos individuais, com isto a saúde é objeto de conflitos entre o provedor, o usuário, o pagador e os governantes. (FREEMAN e MORAN, 2002, p. 17).

Estas decisões que refletem o pensamento estratégico em saúde do grupo político que governa por um período de tempo, impacta muito a sociedade, evidenciando mais uma vez que o paciente que constar com um aporte financeiro maior fará seu tratamento de forma mais rápida ou de forma alternativa, pois o que é oferecido pelo governo leva em consideração variáveis de eficiência e eficácia produzidas por ele próprio governo que em sua maioria atende apenas uma parte da enfermidade do paciente esquecendo sua integralidade.

A terceira e última dimensão é referente à indústria da saúde descrita por Freeman e Moran (2002) que é ainda o setor formador/responsável por um imenso número de empregos diretos e indiretos, sendo, em muitos países, a maior fonte empregadora.

Esta imensa fonte de empregos traz consigo uma cadeia de trabalhadores precarizados, sejam em suas qualidades de emprego, passando por salários baixos e jornadas de trabalho esgotantes, produzindo mais doentes, estes em sua maioria compadecem calados com suas enfermidades por saberem o que lhes espera, caso mudem de atendentes para os que são atendidos.

A indústria de medicamentos se favorece da ideia de que a imagem do medicamento é, nas sociedades capitalistas como a brasileira, uma mercadoria Lefèvre (1991). Isto é percebido nitidamente quando o Estado entrega a medicação para o paciente logo após a consulta e quando este medicamento falta é motivo de insatisfação, correndo o risco de avaliar de forma negativa toda a experiência de atendimento em saúde.

Esta forma de pensar foi desenvolvida ao longo da estruturação do sistema de saúde que também é um fator de avaliação da gestão pela sociedade. No senso comum, aparentemente, quando há medicação na unidade de saúde, o sistema está atendendo às expectativas dos usuários, saúde não se reflete em consultas, remédios e tratamento, saúde é um complexo de fatores que parte da qualidade de vida do indivíduo, das condições ofertadas pelo Estado.

O marketing da saúde também é utilizado em outras dimensões da saúde, ou melhor, da ausência dela como: tratamentos de doenças, utilização de próteses, aparências fora dos padrões e deficiências, tudo que foge ao padrão estético da pessoa saudável é motivo de tratamento e consecutivamente passível de oferta encapsulada em um produto.

Segundo Lefèvre:

A sociedade de consumo, ao mesmo tempo que promove, por todos os seus canais de comunicação, a ideia de que qualquer sofrimento, qualquer dor, qualquer estado, enfim, que fuja daquilo que ela institui como padrão, inclusive estético, constitui algo insuportável para o indivíduo; por outro lado, oferece a solução mágica, na ponta dos dedos: os comprimidos. (LEFÈVRE, 1983, p.03).

Esta sociedade de consumo transmitida e fortalecida pela mídia que vende a ideia de que tudo pode ser remediado, que para todas as dores há um remédio, que tratando a enfermidade daquela forma, o resultado será sempre positivo, tanto no que tange a parte clínica como na estética. Com isto, mais uma vez o símbolo da eficiência do sistema de saúde, o comprimido, que representa a solução de uma cadeia de problemas de forma rápida e simples, da qual se sabe que o processo saúde e doença é muito mais complexo e mais difícil de se resolver do que apenas ingerindo um comprimido.

Nesta ótica, o paciente não é tratado de forma integral, e sim visto por partes: o médico que diagnostica as enfermidades da cabeça, os médicos do estômago, dos membros, enfim, o paciente é fatiado e cuidado de forma separada e não integral.

O pensamento mercadológico, segundo Santos, endossa a prática de tratamento parcelado e não integral ao paciente:

O neoliberal que propõe o enfraquecimento do Estado Social, tido por dispendioso e ineficiente, substituindo-o por um modelo de Estado

mínimo, no qual além da privatização e desregulamentação da economia almeja-se maior flexibilização dos direitos sociais (principalmente trabalhistas). (SANTOS, 2013, p. 09).

O enfraquecimento do Estado Social corresponde a retirada de direitos coletivos transferindo para a iniciativa privada a oferta do serviço, com isto, quem pode pagar tem acesso ao serviço e quem não pode pagar fica sem o atendimento ou recorre a processos similares.

O pilar da seguridade trabalhista também é abalado, pois transforma o trabalhador em apenas mais uma peça no tabuleiro do sistema capitalista que não se importa com o processo de adoecimento do trabalhador que apenas possui plano de saúde até o momento que está empregado e quando é demitido passa a utilizar o SUS que está sucateado e inflado de atendimentos.

O sistema mercantilista da saúde está apenas interessado na capacidade de lucratividade que o trabalhador pode render a empresa para a qual ele presta seus serviços.

Completando o processo de estruturação da lógica neoliberal é necessário um modelo que corresponda aos objetivos de quem organiza o sistema:

De fato, a conformação de um modelo hospitalocêntrico – que se ocupa exclusivamente do tratamento, da cura/reabilitação das doenças – coincide com a própria mercadorização dos serviços de saúde, sendo o hospital o lócus singular de atenção e lucratividade. (MARTINS; EICH; MARTINS, 2002, p. 04).

O hospital é outro símbolo que representa este modelo, porque todos os esforços e ações acabam convergindo para ele, é também um legado visível que ficará para a sociedade. A representação simbólica do governo que o erigiu traz consigo a oportunidade de muitos empregos precarizados e há sempre a possibilidade de negócios, seja um hospital público ou privado.

A ilusão do pensamento neoliberal de que o mercado sozinho disponibilizaria os serviços e se auto regularia, ou seja ofertaria os serviços em saúde para todos os pacientes e resolveria os problemas em saúde, é demagogia, pois a estrutura do mercado em saúde exclui aqueles que não são mais lucrativos, como idosos e pessoas com doenças terminais.

Tudo isto, visto e vivo nos planos de saúde que não liberam os procedimentos necessários ao paciente e nas filas de regulação dos leitos no

SUS. Nestes dois exemplos, a família do paciente tem que recorrer à justiça para garantir o direito ao tratamento.

A dificuldade de efetivação do tratamento passa a configurar o desenvolvimento de uma política de morte, em que a ausência de atendimento favorece à diminuição de gastos e ao aumento dos lucros. A morte do paciente é mais um incidente que ocorre no processo do mercado de saúde.

O processo da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tem se adaptado à dinâmica do mercado e das necessidades dos consumidores. As indústrias farmacêuticas e hospitalares também mercantilizam as relações sócias que acabam vendo os pacientes apenas como números.

Para Marques (2019, p. 11), a mercantilização da saúde é uma expressão da mercantilização das relações sociais e interesses da classe burguesa com o auxílio - e interesse - da burocracia estatal e da própria intelectualidade.

Por fim, é necessário repensar as relações de consumo e em específico as relações saúde e adoecimento da sociedade, na qual o sistema capitalista coisifica o ser humano e desenvolve uma sociedade adoecida, pautada apenas na mais-valia, na cultura hospitalocêntrica e remediativa que não resolve os problemas estruturais com o objetivo de sempre lucrar com o adoecimento e fortalecimento das grandes empresas de medicamentos.

Erich Fromm coloca que:

O fato de o indivíduo estar ou não mentalmente sadio não é primordialmente um assunto individual, pois depende da estrutura da sociedade. Uma sociedade sadia desenvolve a capacidade do homem para amar o próximo, para trabalhar criadoramente, para desenvolver sua razão e sua objetividade, para ter um sentimento de si mesmo baseado em suas próprias capacidades produtivas. Uma sociedade insana é aquela que cria hostilidade mútua e desconfiança, que transforma o homem em instrumento de uso e exploração para outros, que o priva do sentimento de si mesmo, salvo na medida em que se submete a outros ou se converte em um autômato. (ERICH FROMM, 1955, p. 74).

Na perspectiva de Fromm, o processo de mercantilização da saúde colabora para a construção de uma sociedade adoecida que se retroalimenta das condições precárias de vida que não possuem um ideal para a construção de uma sociedade mais justa e solidária em suas relações individuais.

As pessoas não podem ser vistas apenas como um número ou como mais uma possibilidade de lucro. As pessoas devem ser vistas como seres únicos que possuem suas especificidades.

Esta consciência só se desenvolverá quando a sociedade compreender e interiorizar a importância da mudança do sistema capitalista que transite para um outro sistema que tenha em seu cerne a importância da pessoa em si e não este que temos hoje que se pauta no valor monetário da pessoa.

Enquanto o processo de mercantilização da saúde continuar a desenvolver-se assim, o abismo existente entre os que possuem saúde e os não possuem saúde cada vez mais se alargará, quando não se resolve os problemas estruturais, mas apenas de forma paliativa, o sistema mantém o controle para gerar ainda mais valia de serviços e novos medicamentos.

Com o avançar da pandemia de vírus COVID-19, presenciamos mais de 64 mil mortes em todo o país. É vista também a negligência do governo federal que omite as informações e não age de forma efetiva para combater a pandemia.

Esta conduta mostra a falta de respeito e compreensão do valor de uma vida, não o valor monetário, mas o valor que cada pessoa tem para sua comunidade, para a aqueles que vivenciam juntos a experiência do viver.

Em meio a este número exorbitante de mortos estão diluídos os profissionais de saúde e ainda mais diluído o quantitativo de agentes comunitários de saúde que foram infectados e morreram devido ao COVID-19.

Até maio de 2020, em informação retirada do site UOL, que informa que 199 mil profissionais de saúde foram notificados dentro do sistema. Já em relação ao número de Agente Comunitário de Saúde infectados, foram 4.917 casos em todo país, o que corresponde a 2,5% do percentual do total de casos.

Os municípios menos preparados para o combate da pandemia no início enviaram seus trabalhadores sem os equipamentos de proteção individual (EPI), e quando estes foram disponibilizados sua qualidade foi questionada e em alguns casos, os trabalhadores não receberam e tiveram de comprar as máscaras para se protegerem da contaminação.

Em nível nacional, a categoria conta com duas instituições de representatividade: a Federação Nacional dos agentes comunitários de saúde e

endemias (FENASCE) e a Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS).

Ambas neste momento deveriam exigir os dados para o Ministério da Saúde (MS) e realizar o acompanhamento dos infectados, número de óbitos e recuperados pela COVID-19, realizando uma pesquisa que mostre a real situação das condições de trabalho e o processo de precarização da categoria.

Estes dados sobre os agentes comunitários de saúde teriam como objetivo a criação de um imenso banco de dados para produção de futuras propostas para as políticas de saúde do trabalhador e com isto, realizar ações positivas e propositivas para a melhoria da qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de todo o país.

3.1 O adoecimento pelo trabalho dos ACS em Fortaleza

A Organização Mundial de Saúde define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. (OMS, 1978, p. 01).

Bem estar físico pode ser percebido pela ausência de dores ou por qualquer outra patologia associada ao funcionamento do corpo.

Algumas doenças ortopédicas acometem mais os ACS, dentre elas o esporão de calcâneo que é a calcificação no osso do pé. O calcanhar fica adoecido devido a grandes caminhadas e sempre feitas a pé, sem a utilização de calçados adequados, com amortecedores.

As dores nos joelhos também são desenvolvidas ou agravadas devido às caminhadas realizadas na área e as dores na coluna lombar, por carregarmos uma mochila nas costas com caderno, pranchetas, livros e vários materiais para execução do trabalho.

Outro fator de adoecimento é a mudança que o corpo adquire com sobrepeso, pois não há um acompanhamento nutricional ou uma dieta, assim como estímulo para realização de exercícios físicos e monitoramento da própria condição de saúde.

O deslocamento é realizado sob o sol, aparentemente protegido por um protetor solar de má qualidade ou apenas por um guarda-sol. No final do dia, o cansaço físico é extenuante e o sentimento é de não querer fazer mais nada,

de esquecer tudo, o que parece um reflexo de um processo corporal chamado esgotamento associado ao desejo de querer somente descansar. Isso se pode caracterizar como sinais da síndrome de Burnout que é uma síndrome multidimensional, caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal, diagnosticada em profissionais que lidam diretamente com pessoas, uma vez que o relacionamento profissional requer resposta emocional contínua, de acordo com Benevides (2003).

A continuidade de ter que responder sempre emocionalmente e de forma positiva leva a redução do bem estar mental que é abalado quando se percebe o sentimento de impotência de não poder resolver problemas simples, ou de ter que escutar sempre as mesmas reclamações e ter que explicar que sua função é limitada dentro do sistema de saúde.

Isso ocorre também em função de ver um paciente agravar cada vez mais seu quadro de saúde devido à infundável espera por uma consulta ou exame especializado que nunca são realizados.

Já em relação às enfermidades psíquicas, o transtorno de bipolaridade também está na lista de patologias que os ACS desenvolvem, assim com o alto nível de *stress* e a depressão também são registrados.

Na dimensão social, este trabalhador quando desenvolve um bom relacionamento com a comunidade é visto como um personagem público que pode resolver problemas, mas não é percebido como vizinho que vivencia todas as adversidades e dificuldades das quais ele também está inserido.

Quando o ACS não consegue resolver algo, tem sua imagem abalada na comunidade, o que pode ser notado pelos olhares destinados a ele, há desconfiança, desprezo e palavras de xingamentos ou piadinhas. Tudo somado ao fato que ainda tem que absorver uma carga de insatisfação de todo um sistema que não é visto e muito menos compreendido pelo usuário, mas percebido apenas a sua ineficiência.

As três dimensões descritas pela OMS para se considerar uma pessoa saudável está longe de sua realização por parte dos ACS que estão inseridos na massa social que não compreendem que o ACS também são trabalhadores que desenvolvem suas atividades na comunidade com o objetivo de promover a melhoria na qualidade de vida de toda uma coletividade.

Para entender o processo de adoecimento dos ACS, é necessário observar dois ambientes de trabalho: o primeiro é o posto de saúde e o segundo sua área adstrita que não é igual para nenhum outro ACS, pois cada área possui suas próprias peculiaridades.

O posto de saúde é um ambiente que recebe os usuários que iniciaram um tratamento no SUS. É neste ambiente insalubre que o ACS inicia suas atividades no período da manhã, sendo bombardeado por perguntas que em sua maioria foge às suas atribuições, por serem de responsabilidade da gestão, tais como: “- Por que já acabaram as fichas do médico?; - Quando tem marcação de novo? ; - Tem remédio de hipertensão e diabetes na farmácia?; - Quando é que meu exame será marcado?”

Estas perguntas são feitas várias vezes e por várias pessoas, grande parte em tom de deboche ou de responsabilização do mal funcionamento do sistema.

O clima laboral é predominantemente estressante devido ao grande número de pessoas reclamando. O distanciamento da gestão de não se comprometer com a solução dos problemas trazidos pelo trabalhador colabora na manutenção de um clima pesado e sem muitas informações.

Quando o ACS se desloca para sua microárea, ao longo do caminho, pode ter que parar mais de uma vez para dar informações ou receber “uma piadinha” acerca das condições precárias do SUS, ou reclamações mesmo com solicitações que se fale com o prefeito para resolver tal problema.

A conduta que se tem é de ouvir e tentar abstrair ou responder tecnicamente e fazer o usuário entender que a função do ACS não é esta exigida e que o ACS está na mesma condição dele ou ainda pior, uma vez que não somos ouvidos ou respeitados.

Nestes dois ambientes, o nível de respeito ao profissional é muito baixo, pois as pessoas se comportam da forma que são, não compreendem que somos profissionais e que naquele momento estamos trabalhando.

As relações extra pessoais são íntimas no que se refere a alguns assuntos que só os ACS e os usuários são cientes, é necessário estarmos bem atentos às entrelinhas dos discursos para que não sejamos mal interpretados, pois estamos constantemente em terreno minado.

O trabalhador necessita portar-se profissionalmente para que a comunidade entenda que ele não está ali executando uma atividade de caridade ou por não ter outra coisa a realizar, mas que é o seu trabalho e sua responsabilidade realizar os atendimentos e as visitas.

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Descrito conforme o Art.1, as ações de saúde e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. No capítulo I dos objetivos e atribuições em seu Art. 6, onde está incluída no campo de atuação, o inciso I que trata da execução de ações no item c) que trata da saúde do trabalhador. É neste item que deve estar embasada todas as ações de promoção e a saúde dos trabalhadores do sistema incluindo os ACS.

Esta lei descreve genericamente as ações que devem ser realizadas para reduzir os agravos à saúde dos trabalhadores em todas as diversas formas de trabalho. O foco está em prevenir o que pode ser observável.

Em nível municipal, a Célula de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), é responsável pela execução das políticas de saúde para o trabalhador. Esta célula não é conhecida pelos trabalhadores, pois suas ações não são divulgadas por estar agregado a outras células da SMS.

Os acidentes de trabalho e as manifestações de adoecimento com nexos laborais não são fenômenos novos, mas processos tão antigos quanto a submissão do trabalho às diferentes formas de exploração.

Sob o capitalismo, Engels (2010) baseado na observação direta e em outros estudos sobre as condições de trabalho no século XIX, descrevia, em 1845, como as condições de vida e trabalho do operariado de algumas cidades industriais inglesas encontravam-se na raiz de um conjunto de enfermidades que, não raramente, desdobravam-se na morte desses trabalhadores (ANTUNES, 2015).

Os riscos de acidentes como lesões, quedas, não são muito frequentes, mas o ACS está exposto à dinâmica social, às intempéries das relações de outros atores sociais e com isto, surge um medo de estar no lugar 'errado na hora errada', de ser alvejado por uma bala. Isto é percebido devido ao

aumento da violência nas comunidades periféricas e ao grande número de armas de fogo existentes nestes territórios. Nesse sentido, este risco está cada vez mais presente.

O processo de adoecimento é percebido pelo trabalhador que tenta ser forte ou trata o trabalho diário como uma missão, em muitos casos a negação é o único argumento que é utilizado para minimizar uma situação já instalada no seu cotidiano. Este pensamento de tratar o trabalho como uma missão é mais um argumento para incutir nas cabeças dos trabalhadores que ele tem que ser sempre forte, que não deve desistir, o que aumenta o sofrimento psicológico do trabalhador.

Nas entrevistas com os ACS, perguntei se estes percebiam o processo de adoecimento relacionado ao trabalho. Abaixo, vemos a resposta conforme a fala de cada um, não corriji a expressão dos entrevistados, pois a forma de falar diz muito do emissor da mensagem.

O ACS, João, responde à pergunta sobre o seu processo de adoecimento, sobre as mudanças percebidas por ele em seu corpo e em seu comportamento devido aos problemas existentes na comunidade, o mesmo responde:

De certa forma afeta, porque você chega, escuta de um lado, escuta de outro, aí você se estressa porque você chega e não, vai repassar pra gestão que é, que tá acima da gente pra tentar uma melhoria, pra tentar pelo menos uma resposta, e você não obtém aquela resposta que você esperava, muitas vezes nem resposta lhe dão, aí você fica com aquela pessoa na comunidade doente, que toda vida que lhe vê lhe cobra, toda vida que ver dá aquela pressão, com o passar do tempo você vai se esgotando, vai tendo aqueles, sem contar que a gente trabalha no sol, faça chuva ou faça sol nós temos que ter, fazer nossa produção, nós não temos um protetor solar digno, por que o protetor solar da gente fede mais a peixe do que um protetor mesmo, né, e de 10 anos pra cá eu já vi muitos companheiros sim que adoecem, pede afastamento por não ter mais condições mais de trabalhar, de tá exposto no sol, muitos devido receber ameaças assim mesmo na comunidade, porque a comunidade tem hora que não consegue separar ver que não é a culpa do agente de saúde e sim uma culpa que vem lá de cima que é da gestão. (JOÃO).

O momento da entrevista é de muita riqueza e posteriormente o depoimento da ACS, Raimunda, declara sobre como percebe sua condição de trabalho e de saúde:

Nós trabalhamos sol a sol, chuva, vento, nós recebemos uma vez por ano um protetor solar entre aspas, fator 30, que na verdade ele é mais bronzeador do que protetor, é, nós temos, á, a gestão ela é tão falha, tão falha, que o ACS se ele sentir uma dor de cabeça na unidade, e ele for procurar a medicação, não tem direito, ter uma medicação, que dizer, se a gente não comprar do próprio bolso, não tiver alguém pra doar, ali, naquele momento, aquela medicação pra dor de cabeça, a gente não consegue, é, ser medicado, é, eu particularmente hoje tenho um problema sério no pé, esporão de calcâneo, já, já tive que me afastar do meu, da minha, do meu trabalho por conta desse problema, tem pessoas que já se afastaram, pessoas que já, problemas de joelho, já fizeram cirurgia de joelho, e, melasma que são manchas na pele que podem desenvolver câncer de pele, eu estou com um problema sério de melasma eu pego muito sol, eu gasto muito com protetor solar por conta disso, né, e as cobranças são muito grandes em cima do ACS, e o ACS, enchem muito a cabeça do ACS, tem ACS que eles entram em depressão, porque? por que entram em áreas é, perigosas, que encontram com homens armados e essas coisas todos e passam a tomar medicações por causa disso, e não é assistido, não é assistido pela prefeitura, nós não temos um psicólogo, nós não temos um psiquiatra, nós não temos um serviço social que nos ampare, nós não temos simplesmente, nem o sindicato mesmo, nós não temos simplesmente não, então nós estamos a Deus dar. (RAIMUNDA).

Toda esta conjuntura desencadeia estresse, de acordo com Mussolin e Rodas (2013, p. 93), pode-se definir estresse no trabalho como: “as reações físicas e emocionais que ocorrem quando as exigências do trabalho não igualam as suas capacidades, ou as necessidades do trabalhador.”

O estresse no trabalho pode ocorrer da relação entre o indivíduo e o seu ambiente de trabalho, no qual as exigências ultrapassam as habilidades do trabalhador para enfrentá-las, podendo acarretar a um desgaste excessivo do organismo, interferindo na sua produtividade.

A ACS, Maria, declara com relação ao estresse:

Eu já tive até que procurar ajuda profissional, por que as vezes eu nem conseguia dormir porque eu tava pensando como era que eu ia resolver o meu trabalho, assim, no meu trabalho, como era que eu ia resolver o problema da pessoa que eu já tinha ido na casa dela hoje, e que eu acho assim eu estava adoecendo igual as pessoas, e eu estava ficado assim, eu não dormia mais, eu não ficava bem, eu não me sentia bem, e isso é um processo de adoecimento eu tive que procurar ajuda profissional pra poder eu saber separar, porque eu chegava no meu trabalho e eu não via interesse algum de ajudar aquela pessoa, as vezes era só um encaminhamento, as vezes só uma troca de receita, mas eu já ia preocupada com aquilo na minha cabeça como é que eu ia resolver e eu estava adoecendo.(MARIA).

No que se refere à condição física, a ACS, Maria, tem a compreensão de que seu corpo sofreu mudanças:

“Eu me vejo que eu engordei mais, que eu fico mais assim, intimamente eu sou mais assim, é triste, eu me sinto triste por que eu não consigo ajudar aquela pessoa do jeito que eu queria que fosse, que eu queria ajudar, então isso adocece a gente, então isso com um tempo isso vai se tornando uma doença que a gente tem que se cuidar por que se não a gente também adocece igual os pacientes que a gente tá acompanhando”.(MARIA).

As exigências realizadas pela gestão estão focadas na produtividade e no registro quantitativo das visitas domiciliares que está relacionada diretamente ao recebimento de repasses do governo federal, quanto mais visitas mais recursos. Esta exigência é rebatida quando se pensa que todo mês os problemas são encaminhados, mas não são solucionados.

Qualitativamente não se observa a melhoria dos processos, mas o elevado sucateamento do sistema de saúde. Com reações físicas observáveis são o ganho de sobrepeso e as constantes reclamações de dores de cabeça e enxaqueca que são comuns entre os ACS. As reações emocionais são vistas pelo choro facial, irritabilidade, distanciamento dos debates dos temas sociais até o isolamento da família e dos colegas de trabalho.

Adoecer para um ACS é uma condição de vida muito difícil, passar da condição de apoiador para aquele que será apoiado é desenvolver um sentimento de incapacidade, sua imagem de liderança, de fortaleza é neste momento substituída pela imagem de fragilidade, mostrando que o corpo adocece e está susceptível ao cansaço, à fadiga, ao envelhecimento. Quando a família apoia, este momento torna mais fácil o processo de recuperação da saúde.

O processo de adoecimento é perceptível para alguns e negados por outros, declara, a ACS, Maria:

Vários agentes de saúde eles são doente, mas tem uns que não aceitam que adoceceu, que não reconhece que tá doente, que precisa procurar um profissional, pessoas adoecidas mesmo só da mente e você, a doença da mente ela acarreta vários outros tipos de doença pro corpo da gente e que a gente acha que tá, não é só uma dorzinha, não é, é uma coisa que já vem da gente mesmo, da cabeça da gente mesmo que acarreta vários tipos de adoecimento e eu não me vejo acolhida dessa forma, e nem através dessa parte que a gente não tem acompanhamento de forma alguma sobre isso, e quando a gente vai buscar no nosso Instituto de Previdência do Município IPM.(MARIA).

Maria ainda descreve o que sentiu quando compreendeu que estava doente e foi à primeira consulta:

Pra mim foi, no princípio eu fui com vergonha, eu fui pensando assim, meu Deus eu tô doente, eu tô muito grave, eu tô gravíssima, eu já fui botando várias coisas na cabeça pensando que ia tomar várias medicações, é o meu medo maior que eu tenho é de ficar tomando medicações tarja preta, que eu digo meu Deus eu trato tanto de gente assim agora eu vou precisar tomar e eu não me aceito, eu não queira ir por que eu tinha medo da medicação, nera nem da médica, nem do profissional que ia me atender era das medicações que eu ia ter que tomar, ai meu Deus, vou ficar dormindo o dia todo, isso tudim eu pensava, mas não, foi, eu fui muito bem atendida e em respeito a profissional que me atendeu ela foi maravilhosa, até hoje ela é, então eu me vi uma pessoa, ela me acolheu muito bem, e eu, fez bem pra mim por que com ela eu me auto reconheço mais ainda, cada dia mais, e eu gosto de me reconhecer por que eu tenho que me reconhecer todos os dias pra mim tá passando segurança pro meus clientes né, que as pessoas que me procuram que eu nem conheço, muita gente eu nem conheço, que chega pra mim a primeira vez me pedindo ajuda, então, eu tenho que tratar ele muito bem. (MARIA).

A preocupação de ter que tomar medicação pelo resto da vida, dos efeitos colaterais e ser adjetivada de doente a preocupava muito, mas até ser atendida pela primeira vez suas dúvidas foram dirimidas.

Quando o ACS não pode mais executar suas atividades na área adstrita este passa a trabalhar nas dependências do posto. Na grande maioria das vezes, não é feito um processo de recondução funcional e sim um acordo com a gestão interna de cada unidade de saúde. Esta situação também agrava o estresse, pois cada vez que se troca de gestor é necessário contar tudo novamente e depender do bom senso do novo gestor, o que causa desconforto de ter que expor sua condição de saúde.

No estado do Ceará, até o dia 19 de maio de 2020, segundo informações retiradas do G1 Globo, mais de 4,4 mil profissionais de saúde haviam sido infectados pelo corona vírus.

Em Fortaleza foram notificados 3.151 casos que correspondem a 17% do total de casos no Estado, número de 3.279 são de trabalhadores recuperados em todo o Estado e 5.878 em investigação, com relação aos agentes comunitários de saúde o quantitativo de infectados é 181.

O governo do estado do Ceará e a gestão de Fortaleza não divulgam dados específicos do número de óbitos dos agentes comunitários de saúde, assim como o de recuperados. Esta divulgação é realizada nos grupos das redes

sociais, mas sem uma metodologia e regularidade na publicação destas informações.

A subnotificação também deve ser levada em consideração e o processo de realização do exame para confirmar a infecção pelo vírus passa pela burocracia que demora até quinze dias para a coleta sanguínea.

O relato da agente comunitária de saúde, Rosângela, com vinte e quatro anos de trabalho, graduada em Gestão em Recursos Humanos e está cursando uma Pós graduação em saúde pública, é hipertensa e tem refluxo, ela inicia dizendo:

Não sei como fui infectada, se foi na unidade de saúde ou se foi no atendimento da área, passei muito tempo mendigando uma máscara na coordenação que dizia que nós não precisávamos porque não iríamos entrar nas casas dos usuários, em 9 de maio de 2020 iniciou com falta de paladar, perda do olfato, depois de um mês tenho coriza no nariz e sinto também cansaço, minha pele também coça muito e a barriga ficava muito quente os sintomas de febre e dor de cabeça eram muito incômodos, passei cinco dias sem querer comer nada e quando comia tive diarreia, me sentia desidratada, tomei muito água de coco, também fiquei muito ofegante e sentia um cansaço e dor no corpo que eu não conseguia ficar de pé, minha filha me acompanhou no hospital e lá haviam muitas pessoas também com os mesmo sintomas eu tive medo que ela também fosse infectada, e também tive medo de infectar minha filha que tem problemas renais e necessita fazer hemodiálise. Quando fui consultada o médico solicitou um raio-x e tomei soro na veia com dipirona. Disse que não iria ficar internada porque não estava com falta de ar e que também por este motivo não faria o teste para confirma se fui infectada pelo covid-19. Voltei para casa e durante a noite tive falta de ar e para dormir era muito desconfortável tive que dormir na rede com uma almofada nas costas para que minha cabeça ficasse mais alta para poder respirar, porque não conseguia dormir na cama, ao dormir tive vários pesadelos, percebi que no início da noite ficava mais intenso os sintomas e um medo de morrer, durante o dia sentia deprimida e tinha crise de choro, meu psicológico não estava bem, devido as notícias, pois faleceram três pessoas que eu atendia e não pude me despedir, iniciei a medicações prednisona e azitromicina e quando sentia falta de ar ainda faço a inalação de soro como se estivesse inalando aerossol. Me apeguei a fé e louvo a Deus por estar bem melhor, nestes vinte quatro anos trabalhando como agente comunitário de saúde nunca havia vivenciado uma coisa desta, infelizmente não temos mais o que era antes a realidade mudou está dura e triste e não tem previsão de voltar à normalidade. Também tive um quadro clínico igual ao descrito pela companheira de profissão, onze dias sem conseguir respirar corretamente com sensação de falta ar, cefaleia, dificuldades para dormir, pesadelos, congestão nasal, febre, hiposmia, anosmia, falta de apetite, diarreia, um processo depressivo e uma fraqueza que não me permitia realizar ações simples como deslocar-me dentro de casa. Passando da fase aguda da infecção a alimentação, fé com pensamento positivo e cumprindo com o tratamento medicamentoso o corpo foi se reestabelecendo, mesmo após trinta e cinco dias ainda sinto um cansaço. (ROSANGELA).

A preocupação de infectar seus parentes é um sentimento muito angustiante, pois quanto mais pessoas doentes em casa, mais difícil o manejo destes pacientes. Na maioria das residências dos ACS, estes possuem algum familiar do grupo de risco. Às vezes, o próprio ACS está classificado em algum grupo de risco. Infelizmente, tive relatos que familiares de ACS evoluíram para o óbito após infectados.

A dúvida gerada é se a infecção partiu do próprio ACS para seu familiar, é uma dúvida que lhe consome pelo resto da vida e isto pode causar um sofrimento psicológico e desencadear para uma patologia psíquica.

O discurso unificado denuncia que há negligência em relação aos agentes comunitários de saúde, esse discurso é proferido a quem nos pergunta. Os responsáveis endossam que a entrega de máscaras por parte da unidade de saúde foram negadas ou diziam que o ACS não necessitava da máscara porque não precisava entrar na casa dos usuários, um ACS infectado torna-se um vetor em potencial para sua família e para sua comunidade.

A humilhação de tentar conseguir uma consulta na própria unidade onde trabalha também foi outra ação situação relatada pelos agentes comunitários de saúde e a negação da realização do teste para confirmar o contágio do COVID-19 confirmam que não há uma política de cuidar daqueles que cuidam.

Não há um programa específico para a saúde do trabalhador agente comunitário de saúde que está mais exposto a contrair diversos patógenos e que está diretamente incluído na dinâmica social.

A oferta de atendimento por meio do plano de saúde oferecido pela prefeitura remete o trabalhador a instituições particulares que também se encontram lotadas nesse momento e negam atendimento com a justificativa de estarem com todos os seus leitos ocupados e quando o trabalhador é atendido, o custo da medicação também onera seu orçamento.

As condições de trabalho antes da pandemia já eram precarizadas, este fenômeno vem mostrar a falta de planejamento sistemático e integrado do sistema de saúde, além da falta de um plano de ação para o combate de endemias e pandemias de forma eficiente, assim como a falta de insumos como EPI's e que são indispensáveis para a redução dos números de infectados.

Também foi confirmada a ausência de um plano de educação popular em saúde integrada com a secretaria de educação junto à secretaria de saúde. Se esta política estivesse integrada em ambas as secretarias, a compreensão da seriedade do momento seria mais rápida, o isolamento social seria maior e o desfecho não seria catastrófico.

Percebido a importância da educação popular em saúde os próximos planos de saúde devem endossar a educação popular em saúde realizando a intersetorialidade e interdisciplinaridade com outras disciplinas e com outras secretarias em especial a secretaria de educação que já possuem um programa em comum o Programa Saúde na Escola PSE que hoje não possui o foco na prevenção, mas na realização de laudos para crianças com deficiência.

3.2 As diversas violências sofridas pelo Agentes Comunitário Saúde

Entende-se por violência o uso intencional de força física ou do poder, real ou de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, contra um grupo ou contra uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (MS, 2012).

Os ACS testemunham diversas violências, como também são acometidos por elas. A violência interpessoal que se relaciona com a incapacidade de resolução de problemas e mudança da realidade pode ser visto na comunidade e chega a agravar ainda mais o sentimento de incapacidade de defesa e resolução dos problemas.

As violências coletivas exercidas pelos diversos grupos sociais também impactam o processo de saúde. Para exemplificarmos, temos o caso de quando a gestão não dá a devida importância para os problemas vividos no local de trabalho como: ameaças, impossibilidade de acessar a algum território, irritabilidade, desânimo, dentre outras queixas realizadas pelo profissional nos poucos momentos que possuem para serem escutados.

Outra violência exercida é realizada pelos grupos de facções que tentam impedir ou impedem a realização do trabalho do agente ou quando a política interpreta que o ACS não é um profissional da prefeitura e o julga ou o utiliza como informante indireto, potencializando cada vez mais o risco para este tipo de trabalhador territorial.

A violência deixa marcas psicológicas, como nos conta a ACS, 2, quando foi assaltada:

O marginal colocou a arma na minha cabeça, eu estava com uma blusa, na época era amarela, que eu era da equipe amarela, e hoje eu não uso amarelo, eu não uso amarelo, então eu tenho esse trauma de amarelo, eu não uso amarelo pra nada, eu tenho trauma da cor amarela, pra mim, onde eu botar um amarelo o marginal vai me ver de longe, por que eu fiquei traumatizada, desde essa época, eu não uso amarelo. (ACS, 2).

ACS, Maria, declara igualmente sobre suas dificuldades:

a dificuldade assim, as vezes eu tenho dificuldade assim, ficar na minha área, por conta da violência, eu me vejo assim, que atrapalha o meu trabalho é mais a violência e também muitas coisas que as vezes eu faço meu trabalho aqui, eu organizo, programo tudo na minha cabeça vou lá, passo pro meu cliente quando chega no posto é tudo desmanchado, ei eu, ei é outro problema que eu tenho pra mim chegar no outro dia eu tenho que, ah meu Deus, respirar fundo, pensar em coisa boa pra mim chegar lá e não explodir também com aquela outra pessoa que recebeu meu cliente mal, a pessoa que eu enviei pra lá pra ser bem recebida, pra ser bem organizada no atendimento humanizado e não é.(MARIA).

As violências resultam de ações ou de omissões humanas condicionadas e/ou determinadas por aspectos sociais, econômicos, políticos, culturais, subjetivos e outros (MS, 2012). As ações de violência são inúmeras, mas o assédio moral e institucional, que é toda conduta abusiva, a exemplo de gestos, palavras e atitudes que se repitam de forma sistemática, atingem a dignidade ou integridade psíquica ou física de um trabalhador (CNPJ, 2019).

O assédio moral causa grandes impactos psicológicos de difícil minimização deste tipo de violência, assim é acompanhada pela omissão das esferas superiores e gestão, que não reconhecem que o gestor não possui habilidades e competências necessárias para realizar a gestão da unidade de saúde.

A gestão com a finalidade de dar uma resposta a este mal disseminado em toda a prefeitura, lançou no dia 23 de abril de 2019, a política de Prevenção e Combate ao Assédio Moral no âmbito da Administração Municipal. O princípio desta política é a mediação. O fluxo do processo inicia-se com a investigação e com a avaliação do caso e se constatado o assédio ou não, a partir deste processo abre-se uma sindicância.

A Comissão Central de Prevenção e Combate ao Assédio Moral e das Comissões Setoriais é responsável por realizar o processo de investigação e avaliação e abertura da sindicância. Tudo feito sobre sigilo total. Esta política tem início a partir de cinco órgãos, sem inclusão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), havendo um compromisso de expansão para os demais órgãos até o final do ano. Para fortalecer a política foi lançada uma cartilha que define o assédio moral como:

É a exposição dos servidores a situações humilhantes e constrangedoras, geralmente repetitivas, durante o horário de trabalho e no exercício de suas funções. Comportamentos e exigências que ofendem a sua dignidade e integridade. (Cartilha contra o assédio Prefeitura de Fortaleza, 2019).

Ainda de acordo com a Cartilha, o assédio:

Podem ser palavras, gestos ou atitudes, de forma reiterada, e traz danos à personalidade, à dignidade, à integridade física ou psíquica do trabalhador, podendo colocar em risco seu emprego e degradando o ambiente de trabalho. A conduta do gestor ou de outro servidor que humilha, ridiculariza, menospreza, inferioriza e rebaixa, causando constrangimento (Cartilha contra o assédio Prefeitura de Fortaleza, 2019).

A cartilha também define condutas que caracterizam do assédio moral:

- Exigir, sem o consentimento do servidor, com ou sem ameaça, o cumprimento de atribuições incompatíveis com o cargo ocupado ou com prazos reconhecidamente insuficientes;
- Exigir o exercício de funções triviais, para quem exerce funções técnicas e/ou especializadas;
- Reiterar críticas e comentários improcedentes ou subestimar esforços;
- Sonegar informações indispensáveis ao desempenho das suas funções;
- Transferir qualquer servidor, sem motivo e contra a sua vontade, do local em que exerce suas atividades para outro local designado, salvo os casos de necessidade de serviço;
- Apropriar-se em proveito próprio de ideias, propostas, projetos ou qualquer trabalho de colegas;
- Desprezar, ignorar ou humilhar o servidor, de forma que o isole, sujeitando-o a receber informações, atribuições, tarefas e outras atividades através de terceiros ou por outros meios. (Cartilha contra o assédio Prefeitura de Fortaleza, 2019).

Mesmo com esta ferramenta de prevenção contra o assédio moral, estes eventos continuam acontecendo, pois, uma cultura organizacional não se muda com apenas uma cartilha. Mas isto já é o reconhecimento, o primeiro passo

para minimizar situações de desmando por gestores que pessoalizam a gestão pública.

O contexto social também favorece o adoecimento, muito se fala na criação de uma cultura de paz. Mas à cada dia fica mais difícil efetivar esta cultura, pois a lógica do sistema não muda. No entanto, ele tenta mudar o homem que à cada dia tem que ser cada vez mais competitivo, doar cada vez mais de si ao sistema que lhe suga de todas as formas até não mais precisar dele.

As mudanças sociais não acontecem rapidamente, isso força o ACS a se posicionar contra a própria gestão que apaticamente cumpre as ordens estabelecidas pela gestão vigente. Este posicionamento recai sobre o ACS em forma de perseguição velada, demonstrada pela falta de respeito por seu posicionamento político ou por não considerar que a gestão esteja a realizar um trabalho efetivo.

Estas ações de violência partem dos assessores que representam o poder público que não concordam em serem questionados devido à falta de respostas contundentes para a resolução dos problemas de saúde da sociedade.

3.3 O salário aspecto econômicos dos agentes comunitários de saúde

O plano de cargos, carreiras e salários é outra bandeira de luta da categoria, após o decreto que nos passou para o quadro de servidores da prefeitura, esta foi mais uma luta realizada de forma unificada pelos sindicatos.

Em 04 de abril de 2012, a Lei de Nº 9897 instituiu o Plano de Empregos, Carreiras e Salários (PECS), do Município de Fortaleza, para os empregados públicos, agente de combate às endemias (ACE) e agente comunitário de saúde (ACS) e dá outras providências. Esta lei consta com doze capítulos, no Art. 2º - O Plano de Empregos, Carreiras e Salários tem como princípios e diretrizes:

I — Investidura no emprego público, condicionada à aprovação em concurso público e garantia do desenvolvimento profissional através dos instrumentos previstos nesta Lei;

II — Estímulo à oferta contínua de programas de capacitação que contemplem aspectos técnicos, especializados e a formação geral, necessários à demanda oriunda dos municípios, bem como ao desenvolvimento institucional;

III — Organização dos empregos públicos e adoção de instrumentos de gestão de pessoal integrados ao desenvolvimento organizacional do Município de Fortaleza.

No capítulo II, estão descritos os conceitos em seu Art. 3º:

I — Plano de Empregos, Carreiras e Salários: conjunto de princípios, diretrizes e normas que regula o desenvolvimento profissional dos empregados titulares dos empregos públicos de agente de combate às endemias e agente comunitário de saúde do Município de Fortaleza, que integram determinada carreira, constituindo-se em instrumento de gestão de pessoal;

II — Carreira: é o conjunto de empregos de mesma natureza, no qual o empregado se desloca nos estágios de carreira e nos padrões de salário;

III — Emprego Público: unidade básica do quadro de pessoal, criado por lei, provido por concurso público de seleção, individualizando ao seu ocupante o conjunto de atribuições substancialmente idênticas quanto à natureza do trabalho, aos graus de complexidade e responsabilidade;

IV — Estágio de Carreira: posição do empregado na matriz salarial hierárquica dos padrões de salário em decorrência da capacitação profissional para o exercício das atividades do emprego ocupado;

V — Padrão de Salário: posição do empregado na escala de salário da carreira, em função do emprego e estágio de carreira;

VI — Referência: posição do empregado no padrão de salário em função do tempo de serviço.

No Art. 6º do Plano de Empregos, Carreiras e Salários (PECS), trata a composição da Lei pelos seguintes capítulos:

I — Do ingresso na carreira;

II — Jornada de trabalho;

III — Das formas de desenvolvimento;

IV — Do incentivo de titulação;

V — Da remuneração;

VI — Da matriz salarial hierárquica;

VII — Do enquadramento;

VIII — Das disposições finais.

A PEC descreve de que forma ocorrerá o ingresso do ACS, que será realizado mediante concurso público de seleção, conforme dispõe o art. 37, inciso II, e o art. 198, § 4º, da Constituição Federal, com a redação dada pela Emenda Constitucional n. 51, de 14 de fevereiro de 2006, e da Lei Federal n.º 11.350, de 05 de outubro de 2006, a fim de suprir as necessidades institucionais, respeitando o quantitativo da lotação global do quadro de pessoal, bem como a respectiva previsão orçamentária. A jornada de trabalho é composta de 40 horas semanais.

Ainda explica no capítulo VII, referente às formas de desenvolvimento que se dará da seguinte forma:

I por promoção por capacitação para fazer jus ao benefício o trabalhador não pode constar mais de 10 (dez) faltas não justificadas durante o período de 24 (vinte quatro) meses e não pode ter sido penalizado por processo administrativo sendo garantido sua ampla defesa e contraditório, os parágrafos §1º Para efeito de promoção por capacitação, é permitida a soma de carga horária obtida em cursos ou eventos correlatos, conforme citado no caput deste artigo, desde que mantenha o foco na área de atuação e §2º A carga horária mínima para cada curso será de 40 (quarenta) horas, ressalvados os cursos promovidos pelo Município de Fortaleza e Secretaria Municipal de Saúde, cuja carga horária mínima deve ser de 20 (vinte) horas e estes certificados só podem ser apresentados uma única vez, este tipo de promoção ocorrerá de 3 (três) em 3 (três)anos onde a primeira promoção só pode ser concedida 1 (ano) após a publicação deste lei. No que se refere à progressão por tempo de serviço, a cada 24 (vinte e quatro) meses de efetivo exercício, contados a partir da publicação desta Lei.

O capítulo VIII da Lei discorre sobre o incentivo de titulação, o art. 21 endossa o estímulo da qualificação dos empregados, o art. 22 descreve que o empregado deve obter certificado ou título em curso que mantenha correlação direta com o emprego ao qual pertença.

§ 1º - Serão considerados apenas os títulos e/ou certificados relativos ao grau de educação formal que exceda ao exigido pelo emprego, conforme o Anexo VI.

§ 2º - Os cursos de graduação e pós-graduação para fins de concessão do incentivo de titulação deverão ser reconhecidos pelo Ministério da Educação e/ou Secretaria Estadual de Educação.

§ 3º - Para todos os efeitos de concessão deste benefício, os títulos ou certificados obtidos só poderão ser apresentados uma única vez.

§ 4º - Os percentuais de incentivo de titulação previstos no Anexo VI não são cumuláveis entre si.

§ 5º - Portaria do secretário Municipal de Saúde definirá os critérios de correlação direta entre o título apresentado pelo empregado e o emprego exercido.

Art. 23 - A regra de implantação do incentivo de titulação obedecerá aos seguintes critérios:

I — Em junho/2014, será concedido o incentivo de titulação ao empregado que neste mês de implantação possuir 45 (quarenta e cinco) ou mais anos de idade;

II — Em junho/2015, será concedido o incentivo de titulação ao empregado que neste mês de implantação possuir entre 30 (trinta) e 45 (quarenta e cinco) anos de idade;

III — Em junho/2016, será concedido o incentivo de titulação ao empregado que neste mês de implantação possuir entre 21 (vinte e um) ou menor de idade.

Art. 24 - Finalizada a etapa de implantação do incentivo de titulação de 2016, conforme inciso III do art. 23 desta Lei, ele passará a ser automaticamente concedido ao empregado, conforme previsto no Capítulo VIII desta Lei e Anexo VI.

Houve uma corrida ao setor de protocolo para iniciar o processo de entrega dos certificados e dos títulos dos servidores para aquisição do benefício, conforme o Anexo VI, que vimos anteriormente. Estes processos ainda não beneficiaram grande parte da categoria que possuía os requisitos para impetrar o processo.

No dia 22 de fevereiro de 2019, o Prefeito Roberto Claudio divulgou o reajuste salarial de R\$ 1.014 para R\$ 1.600 de forma escalonada até 2021 para 40 horas semanais conforme a Proposta da Emenda à Constituição (PEC 22/11). Serão beneficiados mais de três mil ACS de forma escalonada até 2021 para jornada de 40 horas semanais, conforme determina a Proposta de Emenda à Constituição (PEC 22/11), aprovada na Câmara dos Deputados em 2018. Este escalonamento serve na visão do gestor para não onerar as contas públicas com pagamento de pessoal, para cada servidor o valor reajustado não corresponde a um ganho real que é consumido pela inflação.

No dia 17/04/2019, o governador Camilo Santana, em evento no Palácio do Governo, sancionou lei que reajusta o piso da categoria de agentes comunitários de saúde do Estado do Ceará. O reajuste corresponde a 17,37%, passando o piso para R\$ 1.250,00. Em uma política financeira alinhada, o município e o governo do Estado ajustam os salários com o objetivo de silenciar outras reivindicações da categoria.

Em 19 de fevereiro de 2020, a prefeitura municipal de Fortaleza assinou o projeto de lei ordinária de nº 0058/2020 que cumprirá a lei nacional do piso dos agentes de saúde que corresponde a 12% de aumento que corresponde ao valor real de R\$ 180,00.

Mesmo assim, o valor salarial do agente comunitário de saúde é um dos mais baixos se comparados com outras categorias profissionais de trabalho da prefeitura. Não há isonomia no aumento salarial entre as categorias. Segundo

informações do sindicato, a mesa de negociação salarial está suspensa e continuará se reunindo após o término da pandemia.

As condições salariais mesmo reajustadas não oferecem poder de compra satisfatória, a inflação desvaloriza o salário que permite apenas a manutenção a muito custo das obrigações mensais.

O plano de cargos e salários só foca no salário, mas a qualidade de vida do servidor não passa somente pelo aumento da remuneração que é irrisória, as necessidades do servidor vão mais além. A princípio ser escutado no momento do planejamento das políticas públicas de saúde já seria interessante.

A categoria é orientada pela diretoria sindical que tem seus princípios apenas na valorização do servidor por via da remuneração, compreendo que há outras formas de valorização, não somente a pecuniária, mas um pacote de benefícios que poderia ser disponibilizado à categoria.

Não há uma forma de progressão horizontal, que é a possibilidade de mudança de função e somente de forma vertical. O trabalho é essencial para a gestão que recebe as verbas federais em nome da categoria.

Os recursos são oriundos da atenção primária que são rateados por todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família. Este rateio não é isonômico porque leva em consideração o aspecto acadêmico e não outros fatores com progressão acadêmica ou os níveis de vulnerabilidade de cada território trabalhado.

O prognóstico dos próximos anos para a categoria de ACS no município de Fortaleza mostra que cada vez será mais difícil a execução da política de saúde da atenção primária, pois há redução de investimentos para este nível de saúde. Soma-se a isto, o aumento da violência nas cidades, junto a um movimento sindical travado e sem renovação, aparentemente parceiro da gestão e com suas acanhadas iniciativas de melhoria de trabalho para o servidor.

Este prognóstico negativo deve ser mudando pelos trabalhadores que possuem uma consciência de classe, precisam organizar-se tanto pelas vias sindicais como pelas várias esferas da gestão com o objetivo de mostrar a importância do profissional para o sistema de saúde e para a sociedade

CONCLUSÃO

Conforme o exposto, a história do surgimento da categoria profissional dos agentes comunitários de saúde, é a resposta para uma grande demanda da sociedade da época no caso o surto de cólera dos anos de 1980, na qual as políticas públicas de saúde do Estado não conseguiam chegar em quem mais necessitava. Além disso, vimos as primeiras mulheres impulsionadas pelo senso de responsabilidade com suas comunidades que sem saber se suas ações dariam resultado e não percebiam a grandiosidade de seus trabalhos alcançariam e seríamos uma das maiores categorias profissionais do país.

A semente desta categoria que surgiu no Estado do Ceará e se espalhou por todo o país é a prova viva que a educação popular em saúde pode e salva vidas, que dialogar com a comunidade é o meio mais eficaz de fortalecer as políticas públicas em saúde.

Historicamente nos é dado o reconhecimento que somos responsáveis em salvar inúmeras vidas e continuamos dia após dia salvando vidas e tentar desenvolver qualidade de vida para as comunidades que moramos e trabalhamos, por meio do ato da escuta qualificada em que na conversa o paciente, usuários ou simplesmente o vizinho descreve suas dores e sentimentos por via da palavra, por meio do diálogo já se inicia um processo de cura, mesmo sem saber, estamos em uma processo de troca de saberes, de educação, nós ensinamos e aprendemos.

Inseridos no contexto do mundo do trabalho, os agentes comunitários de saúde vivenciam todas as dificuldades referentes ao processo de precarização descrito nas páginas acima. Este fenômeno não atinge somente os agentes, mas a todos os trabalhadores que a cada dia são retirados seus direitos conquistados com tanta luta.

O trabalho é realizado em um território, analisá-lo e compreendê-lo colabora para as ações cotidianas do agente. Cada bairro, cada microárea possui suas especificidades, suas nuances.

A solução para muitos dos problemas necessitaria de uma análise *in loco* do diálogo direto com os moradores para entender quais as necessidades de cada comunidade objetivando a execução das políticas públicas onde abrangem o maior quantitativo da população.

O princípio educativo do agente comunitário de saúde pode ser bem mais potencializado, devido a sua capacidade interdisciplinar e multidisciplinar, por transitar em diversos espaços da sociedade.

A efetivação da educação popular em saúde é o eixo transversal que colaborará na mudança e no aumento da qualidade de vida da sociedade, assim para fortalecer a educação em saúde para ter saúde.

A categoria está em desenvolvimento no que refere à compreensão da importância e o engajamento na luta sindical, da representatividade da instituição que defende os direitos dos trabalhadores.

Esta compreensão surgirá quando desenvolvermos a consciência de classe trabalhadora. Este processo educativo é contínuo, de modo que quando os agentes compreenderem que as condições de trabalho são o reflexo da ausência de suas reivindicações, e a melhoria destas condições refletirá na diminuição do processo de adoecimento da categoria.

As condições precarizadas de trabalho dos agentes comunitários de saúde, é constatada na negação de insumos básicos como EPIS's, chegando situações de assédio moral que geram transtornos à saúde do trabalhador.

O agente adoece assim como aqueles que estão na ponta do sistema, historicamente a cidade de Fortaleza é desigual, esta desigualdade agrava as condições de trabalho dos agentes passam por diversas formas de adoecimento, tanto físicas quanto psicológicas, hoje a violência é um fenômeno de saúde pública, que acomete à saúde de todos os trabalhadores.

A defasagem salarial a luta para conquistar melhores salários, um programa que cuide de quem cuida da comunidade e melhores condições de trabalho são metas almejadas pela categoria, são futuras reivindicações e muita luta.

Em um cenário de incertezas a precarização torna-se mais evidente o futuro das atividades desempenhadas com segurança para o agente e para a comunidade após a pandemia é incerto. O processo de precarização avança de forma rápida, a qualidade do trabalho é disfarçada por reformulações e produção de novos protocolos que punem mais o trabalhador do que conscientizam o coletivo.

Não restam dúvidas de que o agente comunitário de saúde é indispensável ao sistema único de saúde, ele é um componente que

desempenha um papel de elo entre a equipe de saúde da família com a comunidade e continuará sendo cobrado pela lentidão dos processos, pois é o único que está no contato diário com as pessoas.

Quando os serviços forem realizados com mais qualidade, a organização do sistema de consultas e de exames, as respostas de melhorias em saneamento básico para a comunidade a educação popular em saúde será mais uma fator que colaborará para a qualidade de vida da comunidade e posteriormente a imagem do agente comunitário de saúde.

Por fim, tenho orgulho de pertencer a esta categoria profissional que faz e fará parte da história no mundo do trabalho, categoria que não se omite diante do processo de precarização. Participar do movimento sindical também me fez refletir e compreender sua importância no trabalho em desenvolver uma consciência de classe.

Foi onde percebi que para ser ouvido pelas gestões e pela sociedade necessitaria percorrer o caminho acadêmico, comprovar que o perfil do agente comunitário de saúde de hoje não é mais o mesmo do início da história da categoria.

Não pretendo esgotar o assunto e reforço a importância do tema da precarização que neste momento se tornou mais exposta em todas as categorias em destaque os trabalhadores da área da saúde que sem equipamentos de proteção individual são obrigados a estarem na linha de frente cuidando dos infectados sendo contaminados e alguns até morrendo, os gestores utilizam o argumento de que os trabalhadores estão cumprindo sua missão, discurso que serve para cobrir a ineficiência e a falta de respeito pelos trabalhadores, também cito a categoria dos professores que foram obrigados a adaptarem-se de forma brusca as novas condições de trabalho e sabem que muitos dos seus alunos não possuem condições para estudarem via educação à distância, esta dificuldade refletirá no processo de educação popular em saúde.

Esta dissertação é uma contribuição para o debate das condições de trabalho e seu processo de precarização, mas muito mais do que isto é a possibilidade de dar voz para meus companheiros de trabalho que talvez nunca serão ouvidos de registrar para o futuro da classe trabalhadora sua história: vista, vivida e escrita por outro trabalhador agente comunitário de saúde.

REFERÊNCIAS:

ALBORNOZ, Suzana. **O que é trabalho**. Brasiliense, 2012.

ALONSO Carolina do Carmo, BÉGUIN Pascal Daniel, DUARTE Francisco José de Castro Moura. **Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese**, 2017

ANTUNES, R.: PRAUN, L. **A sociedade dos adoecimentos no trabalho**, Brasil Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 123, p. 407-427, jul./set. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.030>

ANTUNES Ricardo. **A sociedade dos adoecimentos no trabalho**; Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 123, p. 407-427, jul./set. 2015.

_____. **O Trabalho, Sua Nova Morfologia E A Era Da Precarização Estrutural**. Theomai, núm. 19, pp. 47-57 Red Internacional de Estudios sobre Sociedad, Naturaleza y Desarrollo Buenos Aires, Argentina, 2009.

_____. Capítulo II. **Trabalho e precarização numa ordem neoliberal La Ciudadania Negada. Políticas de Exclusión en la Educación y el Trabajo** Buenos Aires, CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales 2000 Reestructuración del empleo; Empleo; Trabajo; neoliberalismo; Capítulo de Libro <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/gt/20101010021549/3antunes.pdf>> Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas 2.0 Genérica <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/deed.es>

Benevides-Pereira AMT. **O estado da arte do burnout no Brasil**. Rev Eletrônica InterAção Psy. 2003;1(1):4-11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa**. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 160 p.: il. color. - (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário temático: promoção da saúde / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 48 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

CANESQUI, Ana Maria. **Sobre a Presença das Ciências Sociais e Humanas na Saúde Pública**¹ About the Presence of Social and Human Sciences in Public Health, Barão Geraldo, Campinas, SP, Brasil.¹ Conferência de Abertura do II Encontro Paulista de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. São Paulo, junho de 2009.

COVRE, M. L. M. **O que é Cidadania**. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Editora Brasiliense, 1991.

Discionário on-line de português <https://www.dicio.com.br/recolhido/> em 25/03/2020 às 13:10

<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trapriedu.html> em 18/03/2020 às 20:48; 2009 Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Todos os direitos reservados. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

DRUNCK Graça; **Trabalho, Precarização e Resistências: novos e velhos desafios?** Caderno CRH, Salvador, v. 24, n. spe 01, p. 37-57, 2011
Educação Popular em Saúde Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde
CNEPS - Brasília – DF – 2012

ENGELS, Friedrich. **O papel do trabalho na transformação do macaco em homem**. Fonte digital Rocket Edition a partir de html em www.jahr.org em 1999.

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

HIRATA, Helena. Tendências recentes da precarização social do trabalho: Brasil, França, Japão. **Caderno CRH**. Vol. 24, núm. 1, pp. 15-22 - Universidade Federal da Bahia Salvador, Brasil, 2011.

LEFÈVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.

MARQUES, Edmilson. A Mercantilização da Saúde. **Revista Enfrentamento**, v. 19, n. 19, 2019.

MARTINS, P. P. S.; EICH, M.; MARTINS, L. S. O processo de mercantilização da saúde e a reestruturação produtiva do trabalho: verso e anverso do direito a saúde negado. **Seminário da Saúde do Trabalhador de Franca** [on line], 8, 2012, Franca. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000112012000100008&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 02 abr. 2013

MARX Karl. **O Capital**. 1989

Ministério da Saúde (MS). Lei 8.80, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF); 1990

MONTYSUMA Marcos; MOSER Gisele Palma: A História Oral em diálogos interdisciplinares: algumas reflexões sobre memória e narrativas de problemas contemporâneos; **XI Encontro Regional Sudeste de história oral Dimensões do público: Comunidades de sentido e narrativas políticas** 08 a 10 de julho de 2015 | Niterói – RJ | Universidade Federal Fluminense

SCHUBERT, Janete. **Modos de trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre o discurso institucional e o cotidiano de vulnerabilidade.**

SCILAR, Moacyr Physis: História do Conceito de Saúde Rev. **Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007

SEGRE, Marco: O conceito de saúde. Rev. **Saúde Pública**, 31 (5): 538-42, 1997

SEGRE, M. & Ferraz, F.C. Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública Rev. **Saúde Pública**, 31 (5), 1997

SIMAS, Paloma Ribeiro Pires e PINTO Isabela Cardoso de Matos. **Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil**

UNESCO. **Organização das Nações Unidas para a Educação Ciência e Cultura.**

http://portugalum.iscsp.utl.pt/downloads/guias_estudo/Guia_Estudo_UNESCO.doc

<CNJ-<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/84036-cnj-servico-o-que-e-assedio-moral-e-o-que-fazer>;07/04/2019>

<<https://canalservidor.homol.sepog.fortaleza.ce.gov.br/menu-noticias/58-pol%C3%ADtica-de-preven%C3%A7%C3%A3o-e-combate-ao-ass%C3%A9dio-moral.html>; 28/04/2019>

<https://canalservidor.homol.sepog.fortaleza.ce.gov.br/images/pdf/assedio/cartilha_assedio_online.pdf; 28/04/2019 às 16:30>

VARGAS, Francisco Beckenkamp. Trabalho, Emprego, Precariedade: dimensões conceituais em debate **Caderno CRH**. Salvador, v. 29, n. 77, p. 313-331, maio/ago. 2016

VARGAS, Francisco Beckenkamp. Trabalho, emprego, precariedade: dimensões conceituais em debate. **Caderno CRH**, v. 29, n. 77, p. 313-331, 2016.

VIANA, Ana Luíza d'Ávila, SILVA Hudson Pacífico & ELIAS Paulo Eduardo M. Divulgação Debates em Saúde para Debate: **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES**, Rio de Janeiro, n. 37, p. 5-6, janeiro 2007

SANTOS, Paola Lorena Pinto dos. **Mercantilização da saúde e cidadania: O papel do SUS na reafirmação da saúde como direito social**, revista da **UNIFEBE**, V.1, N.1 jan/jul 2003.

LEFÈVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.

Notícias OUL <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/05/14/brasil-registra-199768-profissionais-de-saude-com-suspeita-de-coronavirus.htm>>14/05/2020

G1 Globo <<https://g1.globo.com/ce/ceara/noticia/2020/05/19/mais-de-44-mil-profissionais-da-saude-ja-foram-infectados-pelo-coronavirus-no-ceara>>19/05/2020

STANDING, Guy. **O precariado: a nova classe perigosa** / Guy Standing; tradução Cristina Antunes. -- 1. ed.; 1. reimp. - Belo Horizonte : Autêntica Editora, 2014 (Invenções Democráticas, v. IV).

STOTZ, EM, David, HMSL, Wong-Un, J. **Educação popular e saúde - trajetória, expressões e desafios de um movimento social**. Rev APS. 2005;8(1):49-60.

ANEXOS

ANEXO I

1. DISTRIBUIÇÃO DO QUADRO DE PESSOAL

EMPREGOS ATUAIS *	QUANTIDADE
AGENTE SANITARISTA	1800
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	3050

ANEXO II

ESTRUTURA DO PLANO DE EMPREGOS, CARREIRAS E SALÁRIOS DOS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

EMPREGOS	NÍVEL DE CLASSIFICAÇÃO			
	B			
	ESTÁGIO DE CARREIRA			
	I	II	III	IV
AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS				
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE				

ANEXO III

TABELA DE REQUISITOS PARA INGRESSO

NÍVEL DE CLASSIFICAÇÃO	EMPREGO	REQUISITOS PARA INGRESSO
B	Agente de Combate às Endemias	Ensino médio completo. Ter concluído com aproveitamento o curso introdutório de formação inicial e continuada.

ANEXO IV

DESCRIÇÃO DOS EMPREGOS

I – NOMENCLATURA DOS EMPREGOS PÚBLICOS	ANO ELABORAÇÃO 2011
1. EMPREGO: AGENTE DE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	1.1 EDUCAÇÃO FORMAL Ensino médio completo. Ter concluído com aproveitamento o curso introdutório de formação inicial e continuada.
<p>1.2 Descrição Sumária das Atribuições:</p> <p>Trabalhar em equipe de saúde da família; auxiliar as pessoas e os serviços de promoção e proteção à saúde; realizar em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito da adstrição da unidade básica de saúde; identificar situação de risco individual e coletivo; identificar e estimular os potenciais de saúde da comunidade; orientar, acompanhar e encaminhar pessoas que demandem cuidados em saúde; realizar e registrar visitas domiciliares; estimular a inclusão social; notificar aos serviços de saúde as doenças que necessitam vigilância; efetuar o cadastramento das famílias da microárea, consolidando e analisando os dados obtidos; estimular a participação comunitária em ações de saúde; estabelecer articulação com equipamentos sociais e políticas públicas; realizar mapeamento institucional, demográfico e social de sua microárea; preencher formulários dos sistemas de informações pertinentes ao Programa de Saúde da Família; atuar no controle das doenças epidêmicas; identificar as condições ambientais e sanitárias que constituem risco para saúde da comunidade, informando a equipe de saúde e a população, como também buscar soluções coletivas; participar das ações de saneamento básico e melhoria do meio ambiente; acompanhar as condições de saúde das crianças, prioritariamente até 5 (cinco) anos de idade; orientar e acompanhar gestantes e suas famílias quanto ao pré-natal, parto e puerpério; incentivar a vacinação; estimular o aleitamento materno e os cuidados aos recém-nascidos e crianças; executar o controle de doenças diarreicas; prevenir doenças respiratórias; prestar orientação sobre cuidados de higiene; executar tarefas afins; executar tarefas afins; exercer atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão dos gestores municipal, distrital, estadual ou federal.</p>	

ANEXO V

TABELA PARA PROMOÇÃO POR CAPACITAÇÃO

ESTÁGIO DE CARREIRA	CARGA HÓRÁRIA DE CAPACITAÇÃO
I	Exigência mínima para emprego /180
II	180
III	180
IV	180

ANEXO VI

TABELA DE INCENTIVO DE TITULAÇÃO

TITULAÇÃO EXIGIDA PARA O EMPREGO	TITULAÇÃO QUE EXCEDE A EXIGÊNCIA DO EMPREGO	PERCENTUAIS DE INCENTIVO
ENSINO MÉDIO	CURSO SUPERIOR SEQUENCIAL/TECNÓLOGO	9%
	GRADUAÇÃO	10%
	ESPECIALIZAÇÃO	15%

ANEXO VII

MATRIZ SALARIAL HIERÁRQUICA

[8 (oito) horas diárias / 40 (quarenta) horas semanais]

Padrão de Salário	Nível de Classificação			
	B			
	I	II	III	IV
01	650,00			
02	663,00	663,00		
03	676,26	676,26	676,26	
04	689,79	689,79	689,79	689,79
05	703,58	703,58	703,58	703,58
06	717,65	717,65	717,65	717,65
07	732,01	732,01	732,01	732,01
08	746,65	746,65	746,65	746,65
09	761,58	761,58	761,58	761,58
10	776,81	776,81	776,81	776,81
11	792,35	792,35	792,35	792,35
12	808,19	808,19	808,19	808,19
13	824,36	824,36	824,36	824,36
14	840,84	840,84	840,84	840,84
15	857,66	857,66	857,66	857,66
16	874,81	874,81	874,81	874,81
17	892,31	892,31	892,31	892,31
18	910,16	910,16	910,16	910,16
19	928,36	928,36	928,36	928,36
20	946,93	946,93	946,93	946,93
21	965,87	965,87	965,87	965,87
22	985,18	985,18	985,18	985,18
23	1.004,89	1.004,89	1.004,89	1.004,89
24		1.024,98	1.024,98	1.024,98
25			1.045,48	1.045,48
26				1.066,39

ANEXO VIII



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA
COMITÊ de ÉTICA EM PESQUISA
REDENÇÃO – CE – BRASIL

NOME DO SERVIÇO DO PESQUISADOR

Pesquisador Responsável: Helio Castro Lima Junior
Endereço: Avenida José Moreira Rebouças N° 1546
CEP: 60349310 – Fortaleza – CE
Fone: (85) 99955-3837
E-mail: heliocastro83@gmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Precarização do trabalho dos Agentes Comunitários de saúde do município de Fortaleza - CE”. Neste estudo pretendemos analisar as experiências de precarização do trabalho dos agentes comunitários de saúde, refletir as melhorias do trabalho para diminuição da precarização do trabalho.

O motivo que nos leva a estudar: JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: A metodologia utilizada para a coleta de dados será a de história oral que consiste em realizar entrevistas gravadas dos personagens que testemunham sobre a história de luta da criação e efetivação da categoria profissional de agentes comunitário de saúde do município de Fortaleza no estado do Ceará. Como riscos temos: Falta de autorização da realização da pesquisa por parte da prefeitura municipal de Fortaleza, a negação dos agentes comunitários de saúde de participar das entrevistas. Os benefícios são: Notoriedade das condições de trabalho do agente comunitário de saúde no município de Fortaleza Ceará e oportunidade de debate e melhoria dos processos de trabalho.

Para participar deste estudo, você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira e a outra será fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Precarização do trabalho dos Agentes Comunitários de saúde do município de Fortaleza - Ce”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Fortaleza, _____ de _____ de 2019.

Nome Assinatura participante Data

Nome Assinatura pesquisador Data

Nome Assinatura testemunha Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa CEP- UNILAB Prédio no Campus Palmares

Email: cep@unilab.edu.br

ANEXO IX

Mapa do bairro Vila Velha



ANEXO X
Micro-área 02 - 191



ANEXO XI

Território dos atendimentos domiciliares





ANEXO XI
Atendimentos domiciliares



Atendimentos domiciliares

