

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

JULIANA MORAIS MENEGUSSI

**O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:
a voz dos gerentes de unidades de saúde da família**

**SÃO CARLOS
2013**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

JULIANA MORAIS MENEGUSSI

O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:

a voz dos gerentes de unidades de saúde da família

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos como requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão da Clínica.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Teixeira Machado

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Márcia Niituma Ogata

SÃO CARLOS

2013

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

M541ta Menegussi, Juliana Moraes.
O trabalho do agente comunitário de saúde : a voz dos gerentes de unidades de saúde da família / Juliana Moraes Menegussi. -- São Carlos : UFSCar, 2014.
124 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2013.

1. Programa Saúde da Família (Brasil). 2. Agentes comunitários de saúde. 3. Equipes de saúde. I. Título.

CDD: 362.82 (20ª)



FOLHA DE APROVAÇÃO

JULIANA MORAIS MENEGUSSI

“O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: a voz dos gerentes de unidades de saúde da família.”

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à Universidade Federal de São Carlos para obtenção do Título de Mestre junto ao Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica Área de concentração em Gestão do cuidado.

DEFESA APROVADA EM 12/04/2013

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.^(a) Dr.^(a) Maria Lúcia Teixeira Machado / UFSCar

Prof.^(a) Dr.^(a) Adriana Barbieri Feliciano / UFSCar

Prof.^(a) Dr.^(a) Maria do Carmo Gullaci Caccia-Bava / USP

Aos meus pais, Maria José e Mario.
Guerreiros de uma vida.

Ao Lucas, por caminhar lado a lado.

AGRADECIMENTOS

*A vida me ensinou a nunca desistir,
Nem ganhar, nem perder, mas procurar evoluir...
... Histórias, nossas histórias,
Dias de luta, dias de glória.
(Alexandre M. Abrão)*

Primeiramente a Deus. Fonte de minha segurança, força e fé.

Obrigada meu Pai, pela benção diária de cada amanhecer e por colocar pessoas tão maravilhosas em meu caminho.

Aos meus amados pais, Maria José e Mario.

Pessoas doces, donas de um coração puro, cuja história retrata a honestidade, a simplicidade, a força e a coragem. Obrigada por todo o amor, educação, cuidado e incentivo que dispensam a mim. Vocês são meus grandes exemplos de família.

Ao amor da minha vida, Lucas.

Muito obrigada por me acompanhar durante a condução deste trabalho de maneira tão próxima e amável. Você foi fundamental para a realização deste trabalho e é fundamental em minha vida. De mãos dadas, sempre!

“...perto, se longe; e mais perto, se perto...”

Ao meu irmão Cleber e minha cunhada Tina.

Sempre compreensivos em relação a minha ausência.

Aos meus tios e tias, primos e primas.

Por todo o carinho.

À minha orientadora, Maria Lúcia.

Sempre compreensiva, cuidadosa e encorajando-me em cada etapa do mestrado, principalmente nas “loucuras” dos prazos.

O meu grande obrigada, querida Maria Lúcia.

Às professoras: Márcia N. Ogata, Adriana B. Feliciano e Maria do Carmo G. Caccia-Bava.

Agradeço as contribuições durante a qualificação e as trocas estabelecidas. Foi muito importante!

À Maria Helena Rosalini.

Colega de profissão e ex-preceptora. Agradeço o seu incentivo para ingressar no mestrado e seu carinho.

Aos amigos-irmãos, Carol e Rodrigo.

Sempre presentes em minha vida.

Às flores do meu jardim: Hellen, Cacá, Lindica, Dani, Sandra, Debis e Fabi.

Amo estar com vocês!

À amiga Camila.

Jamais esquecerei o que fez por mim na Residência. Gratidão eterna.

Obrigada pela presença, carinho e partilha.

À amiga Larissa.

Obrigada pela disponibilidade e atenção durante a coleta de dados no CRAS Cidade Aracy. Te admiro muito. Força e coragem nessa nova etapa!

À amiga Ana Luisa - Anita.

Obrigada pela divisão do apê e pela soma de alegrias e muitos aprendizados.

À amiga Simone, in memoriam.

Sei que está orgulhosa de mim...

Às colegas de trabalho do Hospital Estadual Américo Brasiliense: Haline, Juliana Martins e Cleice.

Obrigada por entenderem minhas necessidades do mestrado e pelo crescimento em conjunto.

À turma da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade – UFSCar 2009-2011.

Agradeço todas as vivências e aprendizados. Em especial a matricial e referência do Antenor Garcia, Aracy I e Gonzaga.

A todos os profissionais que participaram desta pesquisa.

Agradeço imensamente a aceitação do convite, a disponibilidade e a atenção com que me receberam nas unidades. Muito obrigada.

Aos agentes comunitários de saúde do Antenor Garcia, Aracy I e Gonzaga.

Agradeço a confiança e o trabalho que realizamos juntos durante a Residência.

Por fim, agradeço a todos aqueles que, direta ou indiretamente, torceram e me incentivaram em cada etapa de minha vida, desde a tenra infância até os dias de hoje.

Compartilho com vocês, essa alegre e sonhada conquista!

Obrigada!!!

Há homens que lutam um dia e são bons;
Há outros que lutam um ano e são melhores;
Há os que lutam muitos anos e são muito bons;
Porém, há os que lutam toda a vida,
Esses são os imprescindíveis.

Bertolt Brecht

RESUMO

A saúde da família é fundamentada na estratégia de reorientação do modelo de Atenção Básica. Esse modelo de atenção à saúde marca a entrada de um importante profissional no Sistema Único de Saúde (SUS), o Agente Comunitário de Saúde (ACS). O trabalho do ACS dentro de uma equipe de saúde é bastante intenso, haja vista as atribuições que lhe são exigidas. Para tanto, há nas unidades de saúde da família os gerentes, que tem como um dos seus objetivos acompanhar a prática do ACS. Assim, pelo fato desses gerentes estarem em contato diário com os agentes comunitários de saúde, surgiu a motivação para compreender a visão desses profissionais sobre os ACS. Esse trabalho buscou conhecer, em Unidades de Saúde da Família da Administração Regional de Saúde (ARES) Cidade Aracy, localizada no município de São Carlos – SP, as concepções dos gerentes (enfermeiros, dentistas e médicos) sobre o trabalho do ACS. Foi adotado o método de análise qualitativa, junto com a aplicação de entrevista semiestruturada e análise temática, formando quatro categorias: (i) a compreensão do trabalho do agente comunitário de saúde; (ii) os ACS por seus gerentes; (iii) os desafios das atividades gerenciais; e (iv) ACS: desafios de uma categoria profissional. Os resultados deste estudo proporcionam uma melhor compreensão da visão dos gerentes sobre o ACS, bem como apontam mudanças conjunturais para que esse trabalhador exerça melhor as suas atividades. A pesquisa indica ainda a importância de apoio e educação permanente para o fortalecimento dos gerentes, para que esses, assim, consigam executar melhor o seu papel junto ao trabalhador ACS.

PALAVRAS CHAVES: agente comunitário de saúde, saúde da família, equipe de saúde.

ABSTRACT

Family health program is founded on the strategy of reorienting the primary care model. This health care model marks the entry of an important professional in the Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS), the Community Health Agent (Agente Comunitário de Saúde - ACS). The work of an ACS within a health unit team is very intense, given the tasks that are assigned to this professional. Therefore, there are inside the family health units professionals named managers, who have as one of his/her attributions the task of monitoring the activities performed by the ACS. Thus, since the managers are in daily touch with the community health agents, has emerged the motivation to understand the point of view of these professionals about the ACS. This study aims at understanding the point of view of managers (nurses, dentists, and doctors) about the work performed by the ACS within the family health units in the Regional Administration of Health (Administração Regional de Saúde - ARES) Cidade Aracy, located in the city of São Carlos – SP. We adopted the qualitative analysis method, along with the application of semi-structured interviews and thematic analysis to form four categories: (i) comprehension of the work performed by community health agent; (ii) the ACS and his/her managers; (iii) the challenges of the management activities; and (iv) ACS: challenged of a professional category. The results of this study provide a better understanding of the managers point of view about the ACS, as well as it propose structural changes in order to allow to this professional exercising better their activities. This study also highlights the importance of the support and continuing education to the strengthening of the managers, so that this professional can better support the ACS work.

Keywords: *Community Health Agent, Family Health, Health Unit.*

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	27
CAPÍTULO 1: REVISÃO DA LITERATURA.....	33
1.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	34
1.2 A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	39
1.3 O TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	41
1.4 A COMPLEXIDADE DO TRABALHO.....	46
1.4.1 O HOMEM É UM SER SOCIAL.....	47
1.5 O TRABALHO EM SAÚDE	49
CAPÍTULO 2: OBJETIVOS DA PESQUISA.....	55
2.1 OBJETIVO GERAL.....	56
2.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	56
CAPÍTULO 3: PERCURSO METODOLÓGICO	57
3.1 O ESTUDO	58
3.2 CENÁRIO DE ESTUDO.....	59
3.2.1 A REGIONAL CIDADE ARACY	60
3.4 SUJEITOS DE PESQUISA	63
3.5 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS	64
3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	65
CAPÍTULO 4: RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS	67
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DOS GERENTES PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	68
4.2 A COMPREENSÃO DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	71
4.3 OS ACS POR SEUS GERENTES	75
4.4 OS DESAFIOS DAS ATIVIDADES GERENCIAIS	80
4.5 ACS: DESAFIOS DE UMA CATEGORIA PROFISSIONAL.....	86

CAPÍTULO 5: CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS.....	99
APÊNDICES.....	105
A. Roteiro semiestruturado de entrevista.....	105
B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	106
ANEXOS	109
A. Edital do Processo Seletivo Público para Agente Comunitário de Saúde da Prefeitura Municipal de São Carlos.....	109
B. Parecer Consubstanciado do CEP	123

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ARES – Administração Regional de Saúde

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

PACS – Programa dos Agentes Comunitários de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNH – Política Nacional de Humanização

PEH – Política Estadual de Humanização

PSF – Programa de Saúde da Família

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

USF – Unidade de Saúde da Família

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Mapa da Pobreza: Contraste São Carlos	48
Figura 2: Mapa da Pobreza: domicílios com renda per capita de até 70 reais	49

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Serviços Públicos - Ares Cidade Aracy	50
Quadro 2: Caracterização das USF em relação ao tempo de existência, número de ACS, equipe completa, mudança de gerente em menos de um ano	56
Quadro 3: Caracterização dos gerentes das USF em relação à idade, sexo, formação, pós-graduação, experiência como gerente e tempo na unidade	57

APRESENTAÇÃO

A motivação por essa área está intimamente relacionada à minha formação como assistente social, cuja preocupação com o mundo do trabalho é uma categoria fundamental do Serviço Social, uma que vez que é no e pelo trabalho que o homem cria suas possibilidades e que a sociedade expressa todas as suas transformações.

Dessa forma, acredito ser importante tecer alguns comentários de como cheguei até aqui.

No ano de 2007, conclui minha graduação em Serviço Social na UNESP - campus Franca. A minha experiência profissional e de pesquisa era na área da proteção social de alta complexidade, em um abrigo municipal do município de Ribeirão Preto - SP, cujo universo de destaque em minha atuação e o olhar como pesquisadora eram as famílias das crianças e adolescentes institucionalizados.

Depois de formada continuei a participar do grupo de pesquisa que fazia parte, porém devido ao enfraquecimento deste, comecei a distanciar-me da área.

Na época decidi aventurar-me no mundo das artes e fui fazer teatro. Estudei, cantei, dancei e me apresentei em alguns palcos de Ribeirão Preto. Por muito pouco não me arrisquei nessas bandas. O conhecimento na área social ajudava muito quando precisávamos criar algo educativo. E, mal sabia eu, que esse tempo no teatro muito contribuiria na minha atuação futura como assistente social em uma unidade de saúde.

Como bem sabemos nada acontece por acaso!

E foi no ano de 2009, que comecei a me aproximar do universo da saúde pública. O convite e incentivo veio de uma amiga que estava na segunda turma da Residência. Assim, depois de muitas trocas, me propus a encarar a Pós Graduação conhecida como: Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade¹ da Universidade Federal de São Carlos (RMSFC – UFSCar).

As leituras e os estudos que realizei para prestar o processo seletivo completavam-me enquanto assistente social. Senti que a visão de homem e de

¹ É constituída em ensino de pós-graduação “lato-sensu” e se destina às profissões da saúde e correlatas, sob forma de curso de especialização modalidade residência caracterizado por capacitação em serviço, sob a orientação de profissionais, oriundos da Universidade e da Secretaria Municipal de Saúde (Manual da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, 2009, p. 07).

mundo que o Serviço Social tem, era muito próxima da visão que o SUS e as políticas e teóricos que o permeiam também têm.

Dessa forma, a vontade de fazer parte desse mundo em saúde aumentou. Conseguia me ver nas práticas diárias de uma residente em formação. E foi no ano de 2009, que a minha relação com a Atenção Básica e com a Estratégia Saúde da Família começou.

Aproximei-me de tudo o que era possível, dediquei-me da melhor forma. Não tinha mais dúvidas que o meu lugar profissional era na saúde.

E foi então que conheci mais de perto o trabalho dos agentes comunitários de saúde. Uma professora minha de iniciação científica da graduação, dizia que não é você quem escolhe o seu tema de pesquisa é ele quem te escolhe. Na faculdade foi assim, e na Residência não foi diferente.

Devido à vivência como residente, observei sentimentos de sofrimento e angústia do Agente Comunitário de Saúde (ACS) diante do seu trabalho. Essa percepção foi possível devido à atuação cotidiana durante dois anos em duas Unidades de Saúde da Família (USF), pertencentes ao município de São Carlos, interior de São Paulo, e uma pesquisa realizada no mesmo período, cujo título foi: O Agente Comunitário de Saúde e seus múltiplos papéis: a vida desses trabalhadores no município de São Carlos, SP.

A pesquisa teve como propósito analisar de que forma os agentes comunitários de saúde assimilam e estabelecem a relação morador, trabalhador e usuário do mesmo serviço ofertado e do mesmo território em que moram. O trabalho realizado possibilitou dar espaço e voz aos mesmos.

Foi perceptível nas falas dos ACS que o tripé (trabalhador, morador e usuário), traz consigo multiplicidade de olhares, que vão desde um reconhecimento da utilidade social de seu trabalho, da importância de sua presença na comunidade, como também de sentimentos passíveis de desgaste biopsicossocial devido à realização de “multi-tarefas”, falta de insumos para os gerentes desenvolverem sua função, e até mesmo contrariedade da finalidade proposta pelo Ministério da Saúde em ser morador do território que atuam.

Aproximando da vida dos agentes comunitários, um mundo de possíveis significados foi lançado sob o papel desses sujeitos, muitos deles trazendo a

alienação de si e a questão social² como geradora de complexos problemas que interferem na sua prática.

Tendo em vista o interesse que iniciou durante a residência, e baseada nos resultados do trabalho de conclusão de curso da RMSFC, no ano de 2011 ingressei no Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da UFSCar. Novos aprendizados surgiram e novos desafios também.

Em meio à experiência como residente, busquei neste estudo analisar as concepções dos gerentes³ das Unidades de Saúde da Família da Administração Regional de Saúde (ARES) Cidade Aracy, em São Carlos, sendo eles, médicos, dentistas e enfermeiros, sobre o trabalho do agente comunitário de saúde.

A opção em compreender a visão desses profissionais foi motivada pelo fato desses sujeitos estarem diariamente em contato com esse trabalhador inovador e diferenciado dentro do SUS, o ACS.

Ainda que hoje a minha atuação seja em contexto hospitalar, busco em meio à intervenção intersetorial e estudos, manter o vínculo com a atenção básica, na qual me reconstruí como uma nova cidadã e uma nova profissional.

É esperado que esta pesquisa contribua com o campo da saúde coletiva, sobretudo em relação às melhores condições de trabalho, compreensão, bem como o fortalecimento do ACS dentro da Estratégia Saúde da Família.

Para tanto, este trabalho foi dividido em sete capítulos. No Capítulo 1 são apresentados conceitos relacionados ao SUS, a Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família e ao Agente Comunitário de Saúde. No Capítulo 2, são discutidos conceitos relacionados à complexidade do trabalho e as reflexões sobre o trabalho em saúde e em equipe. O objetivo da pesquisa e o percurso metodológico são encontrados nos Capítulos 3 e 4. No Capítulo 5 está a caracterização das unidades de saúde da família da ARES Cidade Aracy e os gerentes participantes da pesquisa.

² Deve ser entendida como o conjunto das expressões das desigualdades sociais da sociedade capitalista madura (Barroco, 2006).

³ Esta pesquisa tem como referência os conceitos de gestão e gerência que estão explicitados na NOB/96. Gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatorio, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. Assim, para os cargos de administração das unidades de saúde utilizou-se o termo referenciado pela NOB/96 – gerente.

A análise dos dados e os resultados do estudo são apresentados no Capítulo 6. Por fim, no Capítulo 7 são apresentadas as considerações finais desta pesquisa.

CAPÍTULO 1: REVISÃO DA LITERATURA

1.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

No final da década de 1980, o movimento de Reforma Sanitária, ao lado de outras forças democráticas, conquistou importantes mudanças nas formas de intervenção estatal sobre as práticas e problemas relacionados à saúde.

Nesse período o Brasil vivia um processo de democratização, cujo cenário nacional era de diversas crises de ordem econômica e social. Nesse contexto, a saúde ganhou especial atenção, pela maneira que estava sendo oferecida a população, com destaque para: iniquidade caracterizada pela desigualdade de acesso aos serviços de saúde; ineficiência na alocação e redistribuição dos recursos, repercutindo em gastos desnecessários; ineficácia das ações em saúde, deixando sem solução os problemas da população pela inadequação dos atendimentos às necessidades; e por fim, a insatisfação pelos usuários diante dos serviços de saúde (MENDES, 1995).

Produziu-se dessa forma, uma reformulação do modelo assistencial daquele período, incitada pela VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986.

Durante a VIII Conferência, a pauta apresentada foi a saúde como direito de todos os cidadãos a ser garantida pelo Estado. Foram expostas ações que propiciassem melhores condições de vida e acesso aos serviços de saúde, criação de um sistema sob comando único, com os mesmos princípios e diretrizes adotados em todo o território nacional.

Assim, em 1987 foi criado o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) que tinha como principais diretrizes a universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde, integralidade dos cuidados assistenciais, descentralização das ações de saúde e implementação de distritos sanitários. Apesar do curto tempo de existência, a criação desse sistema trouxe importantes contribuições, pois, pela primeira vez, o Governo Federal começou a repassar recursos para os estados e municípios ampliarem suas redes de serviços, renunciando a criação do SUS.

Nesse cenário, o conceito de saúde também foi problematizado, sendo redefinido, como: “um resultante das condições de alimentação,

habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p. 4).

Esses princípios estão fundamentados na Constituição Federal de 1988, que garante a saúde como direito de todos e dever do Estado, sendo parte do tripé da Seguridade Social (assistência social, saúde e previdência social). A Constituição apresenta como pontos principais, a mudança na concepção de modelo de saúde, no qual diz:

as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado; a assistência médico-sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; estes serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada (BRASIL, 1988).

A Carta Magna estabelece, ainda, que o custeio do Sistema deverá ser essencialmente de recursos governamentais da União, estados e municípios, e as ações governamentais submetidas aos órgãos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços (BRASIL, 1988). O objetivo inicial desse sistema era o de reordenar os serviços e ações em saúde, por meio da promoção, proteção, tratamento e recuperação da saúde.

Nesse contexto, as Leis Orgânicas da Saúde, lei n. 8.080 e 8.142 de 1990 foram aprovadas, marcando a implantação do SUS e garantindo maior respaldo para as mudanças que apontavam nesse cenário.

Com a imersão nessa conjuntura, destaca-se a mudança dos modelos assistenciais, que segundo Campos (1992) devem ser entendidos como as ações de saúde que são produzidas e a maneira como os serviços de saúde e do Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las.

Mendes (1995) esclarece três medidas a serem adotadas em relação a uma mudança do modelo de atenção a saúde: na concepção do processo saúde-doença; no paradigma sanitário; e na prática sanitária.

1. O processo saúde-doença, segundo o autor, mudaria de uma concepção de negatividade (ausência de doença) para concepções ligadas à qualidade de vida, no caso, sua positividade;

2. No paradigma sanitário, ocorreria por meio da superação do paradigma flexneriano centrado nos aspectos mecanicistas, biológicos, individuais, na especialização, tecnificação e curativismo;

3. A prática sanitária estaria pautada na prática centrada na atenção médica, por meio do uso crescente de tecnologias, para a prática de vigilância em saúde, que implica na ação integral do processo saúde-doença, entendendo por ação integral as práticas de promoção da saúde, prevenção das doenças e atenção curativa.

Aponta-se ainda nesse percurso de construção do SUS, as Normas Operacionais Básicas (NOB – SUS) de 1993 e 1996, que contribuíram para mudanças no modelo de atenção à saúde e para o fortalecimento do SUS.

A NOB 96 teve por objetivo definir estratégias que orientassem e operacionalizassem a política de saúde brasileira. Os destaques incitados por essa NOB foram em relação à concepção ampliada de saúde que considera a visão determinada pela Constituição Federal que engloba: promoção, prevenção, condições sanitárias, ambientais, emprego, moradia e outras necessidades humanas; ao fortalecimento das instâncias colegiadas e da gestão pactuada e descentralizada que é consagrada na prática com as Comissões Intergestores e Conselhos de Saúde; as transferências fundo a fundo (do Fundo Nacional de Saúde direto para os fundos municipais de saúde, regulamentados pela NOB) com base na população, e com base em valores per capita previamente fixados.

Outro avanço obtido na construção do SUS foi a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS), editada no ano de 2002. A ênfase da NOAS está no processo de regionalização do SUS, a partir de uma avaliação de que a municipalização da gestão do sistema de saúde, regulamentada e consolidada pelas normas operacionais estava sendo insuficiente para a configuração do sistema de saúde. Com a implantação da NOAS foi possível permitir uma definição mais clara dos mecanismos regionais de organização da prestação de serviços.

Ressalta-se também a criação e o desafio do Pacto pela Saúde elaborado em 2006 (BRASIL, 2006), como um conjunto de reformas nas relações institucionais e no fortalecimento da gestão do SUS. Esses objetivos de reforma do SUS são conferidos no Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

No Pacto pela Vida é verificada frentes de atenção à população e compromissos sanitários derivados da análise da situação de saúde do país, cuja definição foi pactuada entre os governos federal, estaduais e municipais. As ações são: (i) saúde do idoso; (ii) controle do câncer de colo de útero e de mama; (iii) redução da mortalidade infantil e materna; (iv) fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias; (v) com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, promoção da saúde; (vi) fortalecimento da Atenção Básica.

Em relação ao Pacto em Defesa do SUS, os princípios norteadores estão na Constituição Federal e na Reforma Sanitária, cujo objetivo é o de repolitizar o SUS, envolvendo as três esferas de governo e a sociedade brasileira. Tem no financiamento da saúde um dos pontos centrais. As ações contemplam: (i) a articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito; (ii) o estabelecimento de diálogo com a sociedade, (iii) a ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, (iv) elaboração e publicação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS; (v) regulamentação da EC nº 29 pelo Congresso Nacional, já sancionada em janeiro de 2012; (vi) aprovação do orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas em ações e serviços de saúde de acordo com a Constituição Federal.

Por fim, no Pacto de Gestão do SUS há o estabelecimento das responsabilidades de cada ente federado, de forma a contribuir para uma gestão compartilhada e descentralizada, cuja territorialização se torna a base para a organização do sistema de saúde. As prioridades deste pacto são: (i) definir de forma inequívoca a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação; (ii) estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na

descentralização; regionalização; financiamento; programação pactuada e integrada; regulação; participação e controle Social; planejamento; gestão do trabalho e educação na saúde.

Outro importante avanço é a Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010⁴, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS. Nesse documento é apresentado um conjunto de diretrizes para a estruturação da RAS como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência. (BRASIL, 2010).

A organização e implantação da RAS foi impulsionada a partir do Pacto pela Saúde, que contempla o acordo firmado entre os gestores do SUS e ressalta a relevância de aprofundar o processo de regionalização e de organização do sistema de saúde sob a forma de Rede como estratégias essenciais para consolidar os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade.

O objetivo principal da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

Finalizando os avanços no que tange o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, há um último decreto de n. 7.508 de 28 de junho de 2011⁵, que regulamenta a lei n. 8.080. Neste documento são apresentadas novas organizações do sistema, em relação ao planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, cujas fundamentações encontram-se no Pacto pelo SUS (BRASIL, 2006).

⁴ Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279_docredes.pdf. Acesso em: 20 jan. 2013.

⁵ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.html. Acesso em: 20 jan. 2013.

Os desafios expostos nos documentos citados neste item são de suma importância para a efetivação das práticas de atenção à saúde e de gestão do SUS, como uma política transformadora e para todos.

1.2 A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

No ano de 1978 a atenção primária⁶ em saúde, ganhou destaque como estratégia mundial para o alcance da meta de “Saúde para todos no ano 2000”. Ela foi assumida como proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS), durante a “Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde” no mesmo ano. Essa proposta visava à utilização de todos os recursos disponíveis pelos países para amenizar os graves problemas de saúde no mundo, em especial nos países subdesenvolvidos (SILVA e DALMASO, 2002).

Tendo em vista que a saúde é um direito fundamental e que a obtenção do seu mais alto nível possível deveria ser a meta social de maior importância na agenda, a OMS e os países participantes da Conferência assumiram a responsabilidade de implantar a Atenção Primária em Saúde para o alcance de uma sociedade mais justa e igualitária.

De acordo com Starfield (2002), a atenção primária é uma abordagem que forma a base de atenção à saúde e determina o trabalho dos outros níveis dos sistemas de saúde.

O objetivo principal da atenção primária é o de abordar os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação, maximizando o bem estar e a saúde da população (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange: a promoção e a proteção da saúde; a prevenção de agravos; o diagnóstico; o tratamento; a reabilitação; redução de danos; e a manutenção da saúde. Essa última tem o objetivo de desenvolver uma atenção

⁶ A Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011), considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes.

integral que impacte na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

A PNAB é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas as populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Na atenção básica, são utilizadas tecnologias de cuidado complexas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território. São observados critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhido (BRASIL, 2011).

Desenvolve-se a atenção básica com o mais alto grau de descentralização e, próxima da vida das pessoas, sendo reconhecida como a principal porta de entrada no SUS. Ela é orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Nessa política o sujeito é reconhecido em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011).

Baseado nesses princípios e diretrizes, o Ministério da Saúde, instituiu a Saúde da Família como estratégia de reorganização do modelo de atenção do Sistema Único de Saúde a partir da Atenção Básica (BRASIL, 2011).

O modelo de Saúde da Família proposto e implantado tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento procura responder a questões específicas de cada contexto e se articulam por racionalidades econômicas, científicas e técnicas associadas a perspectivas humanistas, isto é, com o objetivo do bem estar físico, mental e social para o ser humano.

A Estratégia Saúde da Família no Brasil (BRASIL, 2011) tornou-se o carro chefe para alcançar as novas propostas, e tem os seguintes princípios: (i) atuar em caráter substitutivo das práticas convencionais de assistência à

saúde, caracterizando-se como porta de entrada do sistema local de saúde; (ii) compor o primeiro nível de ações e serviços no sistema de saúde, garantindo o acesso a outros níveis de maior complexidade e responsabilizando-se pelo acompanhamento dos indivíduos e famílias em todo o processo de referência e contra-referência; (iii) territorialização e adscrição de clientela, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a comunidade e possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade tanto da equipe quanto da comunidade.

A recomendação de uma ESF é a de atuar em equipes multidisciplinares formadas, minimamente, por: um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, e seis a doze agentes comunitários de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de 600 a 1.000 famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Tal cobertura visa reorganizar a prática de atenção à saúde com atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde, por meio do diagnóstico da comunidade, do fomento às ações setoriais e da participação da comunidade (BRASIL, 2011).

Em síntese, a Estratégia Saúde da Família é a maneira pela qual é vislumbrada a melhor forma de reestruturar e reorganizar a atenção básica, e conseqüentemente, de ser um instrumento para viabilizar a execução das propostas e doutrinas do SUS.

A partir desse contexto de mudanças no modelo de atenção à saúde, surge um novo profissional: o Agente Comunitário de Saúde, cuja inserção no SUS é permeada de contradições e avanços, que contribuem para a implantação dessa nova estratégia em saúde.

1.3 O TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

A implantação da ESF e a incorporação do agente comunitário de saúde nesse programa, reafirmam a busca de estratégias para desenvolver uma atenção integral à saúde de indivíduos, grupos e famílias, que intervenham sobre fatores de risco aos quais a população está exposta, promovendo parcerias com a sociedade, por meio de ações intersetoriais e o estímulo do controle social. A ESF tem como eixo de suas ações sociais e de

saúde, a família e a comunidade, entendida como espaço social e cultural em que vivem (MENDONÇA, 2004) .

No marco histórico sobre a construção da profissão do agente comunitário de saúde, Mendonça (2004) chama a atenção para o fato de que a profissionalização de uma nova atividade em saúde torna-se um fato social sempre que surgem projetos de renovação das práticas sociais.

Desde a emergência do PACS em 1991, ampliou-se o acesso à promoção e ações em saúde, que já se desenvolviam no âmbito de alguns governos estaduais ou de outras instituições da sociedade, com base no recrutamento de agentes sociais na sociedade. A inserção inicial do agente comunitário ao SUS foi precária, informal e com baixa remuneração. Entretanto, com sua incorporação ao PSF nos anos 90, abriram-se formas mais adequadas de relação de trabalho, ainda que não unânime e uniforme.

O estudo de Sousa (2001), narra a trajetória do agente comunitário de saúde desde as ações iniciadas pelo estado do Ceará, incluindo esse trabalhador na política de saúde por meio da institucionalização do PACS em 1991.

A escolha do nordeste como o berço para o PACS, foi motivado pela existência de maiores indicadores de doenças, carências, pobreza e miséria, que existiam naquela região. O processo de “aceleração na implantação do PACS nos municípios nordestinos, resultaria em maior impacto, em curto e médio tempo” (SOUSA, 2001, p. 50), o que comprovaria a importância do agente comunitário de saúde nas equipes de saúde.

Ao longo do percurso histórico, problemas relacionados à forma de contratação, remuneração, vínculo institucional, recrutamento e seleção, identidade profissional e ações a serem desenvolvidas pelo ACS, foram discussões delicadas e importantes para a garantia do agente comunitário de saúde dentro do SUS.

Sousa (2001) refere que com a implantação do PSF em 1994, os ACS ganharam mais força e confiança em seu processo de trabalho. Cabe ressaltar que esse processo não foi tranquilo e coeso, houve resistência, negação e escândalos políticos, durante a implantação do PSF, porém a força do povo e, como a própria autora diz, o “choque de povo” prevaleceu nessa

luta e o ACS desde então, tem sido foco de atenção e de estudos frente a sua prática profissional e inserção nas equipes de saúde.

Em relação à identidade do agente comunitário de saúde, ele é identificado e representado como o elo entre o serviço de saúde e a comunidade, tendo como singularidade o pertencimento à comunidade como forma de garantir a vinculação e a identidade cultural de grupo com o território sob sua responsabilidade. Nesse sentido, o ACS é um trabalhador genérico, uma vez que não existe nenhuma profissão na história da saúde que realize competências como as demandadas para esse trabalhador, sem nenhuma formação prévia em saúde (NOGUEIRA *et al*, 2000).

Espera-se do ACS relativa capacidade de se autplanejar, gerenciar seu tempo e espaço de trabalho, exercitar a criatividade e participar ativamente na comunidade. Essa autonomia também se expressa no trabalho em equipe, na interação com os usuários, no desenvolvimento da consciência da qualidade e das implicações éticas, no planejamento de ações, na promoção da saúde, na prevenção da doença e no acompanhamento e avaliação das ações de saúde. Ou seja, situações complexas e adversas marcam a ação do agente comunitário, exigindo uma atuação competente na obtenção de determinado resultado. O sujeito-agente deve interagir para expandir o projeto técnico para o qual foi capacitado e transformá-lo num projeto comum da comunidade em resposta às necessidades de saúde. (MENDONÇA *apud* PEDUZZI, 2004).

Percebe-se na trajetória da regulação da atividade do agente comunitário de saúde (Decreto Federal nº 3189/99 que fixa as diretrizes para o exercício das atividades e a criação da profissão pela Lei nº 1057/02 revogada pela lei de nº 11350/06), um desempenho comunitário importante, permeado de desafios contemporâneos a fim de superar o modelo tradicional de ofertas no cuidado em saúde.

Tendo como base as leis acima citadas, atualmente está em pauta o Projeto de Lei (PL) 3664/2012 que se encontra em tramitação na Câmara dos Deputados, que apresenta a ementa que altera a Lei nº 11.350/06, ampliando as atividades do agente comunitário de saúde em sua área de atuação.

Com base nas informações contidas no site da Câmara dos Deputados⁷, o ACS passaria a realizar tarefas referentes à coleta de dados sobre aspectos sociais, econômicos, sanitários e culturais. O autor da proposta de ampliação das atividades do ACS ressaltou que o agente comunitário goza da confiança da comunidade, podendo ser um excelente porta-voz dos problemas relatados pela população.

Tal proposta foi aceita negativamente pelos ACS, conforme comentários no site da Câmara dos Deputados e do próprio site da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde⁸. Eles alegam acúmulo de função, atribuindo-lhes mais responsabilidades sem fomentar a qualificação e capacitação, e sobretudo, o aumento da remuneração.

A PNAB (2011) traz em seu texto as responsabilidades do agente comunitário, conforme descrições abaixo:

- I - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- II - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- III - orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- IV - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- V - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias 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 1 (uma) visita/família/mês;
- VI - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- VII - desenvolver atividades de promoção 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, como por exemplo, combate à Dengue, malária, leishmaniose, entre outras,

⁷ Disponível em <http://www2.camara.gov.br/agencia-app/noticiaComentario?ideNoticia=426054>. Acesso em: 10 out. 2012.

⁸ Disponível em: www.conacs.com.br. Acesso em: 10 out.2012.

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, a 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 (BRASIL, 2011).

Tais atribuições demonstram o compromisso e a responsabilidade envolta no trabalho do ACS, o que indica a necessidade e a importância da orientação, capacitação e compreensão acerca das atividades que realiza e das complexidades que o cerca.

Os estudos de Nunes et al (2002), Silva e Dalmaso (2002) Furlan (2008), Giugliani (2011), Queirós e Lima (2012), Costa e Ferreira (2012) dentre outros pesquisadores, apontam como medida importante a necessidade de fortalecimento e qualificação dos agentes comunitários, uma vez que a sociedade tem sofrido mudanças sociais, políticas e econômicas e, estas refletem na ação desse trabalhador.

Esses estudos também demonstram que os agentes comunitários de saúde reconhecem a importância do seu trabalho, principalmente por representar a voz da comunidade no serviço de saúde, contudo há apontamentos de desmotivação e falta de apoio, ora em relação à equipe e ora em relação à própria comunidade.

Novas pesquisas têm indicado o quão intensa é a inserção do ACS em seu trabalho, visto que esse se dá no mesmo bairro em que mora. A exigência colocada pelo Ministério da Saúde em ter que morar no mesmo bairro da unidade de saúde, tem gerado tensões e sofrimentos aos ACS, exercendo influência na produção do trabalho e da vida pessoal e familiar. (QUEIRÓS e LIMA, 2012, PUPIN e CARDOSO, 2008, MENEGUSSI, 2011).

Por fim, é importante destacar as reflexões realizadas por Tomaz (2002), cuja crítica está pautada na sobrecarga de atribuições e competências do agente comunitário de saúde, atividades essas que, segundo o ponto de

vista do mesmo, ainda não é clara e efetiva. Segundo o autor, deposita-se toda expectativa de alcance de sucesso e de metas no ACS, esquecendo-se, em muitos momentos, que o alcance dos princípios do SUS depende de todos os profissionais que estão inseridos nessa política, como também da sociedade civil.

Na prática, a consolidação do SUS depende de um conjunto de fatores técnicos, políticos, sociais e o envolvimento de diferentes atores, incluindo os próprios ACS, que, sem dúvida, têm um papel fundamental. Na realidade, o ACS precisa incorporar-se de fato ao sistema de saúde, fazer parte efetivamente das equipes de saúde da família, deve participar das diferentes ações, na dimensão técnico-assistencial ou político-social (TOMAZ, 2002, p. 85-86).

1.4 A COMPLEXIDADE DO TRABALHO

De acordo com Netto (2011) e embasado no pensamento marxista, o trabalho é a categoria central de análise para qualquer tipo de reflexão que se faça do homem e da sociedade, pois ela reflete o modo de ser do humano-social. Além disso, é o trabalho que torna possível a produção de qualquer bem, criando os valores que constituem a riqueza social. Ressalta ainda, que o trabalho é uma atividade projetada, teleologicamente direcionada, ou seja, conduzida a partir do fim proposto pelo sujeito.

Netto (2011) destaca, no dizer de Lukács, que todo trabalho tem uma prévia ideação, que se concretiza em dois planos: o subjetivo e o objetivo. O primeiro é a prefiguração que se processa no âmbito do sujeito e o segundo é a transformação material da natureza. Esse processo é referido como a objetivação do trabalho, na qual são analisadas as condições para a execução da tarefa.

Outro autor que contribui para a compreensão da complexidade do trabalho é Antunes (2000), que retrata as metamorfoses do mundo do trabalho analisando as modificações cotidianas a que os trabalhadores foram e estão submetidos, refletindo fulcralmente o modelo de trabalho que a sociedade apreendeu.

Sob a perspectiva sociológica ressalta-se que o mundo do trabalho, dentro do cerne capitalista, vem experimentando profundas transformações.

Assim, aludindo uma breve reflexão histórica, verifica-se que, no século XX Taylor estabeleceu uma forma de organização do trabalho pelo amplo funcionamento das tarefas e concomitante o monitoramento dos movimentos dos trabalhadores. Essa forma rígida de controle objetivava a eficiência como metas e princípios. Esse modelo foi aperfeiçoado por Henry Ford que desenvolveu a concepção de linha de montagem. Contudo, com a crise do padrão taylorista-fordista assume espaço um regime de flexibilização do trabalho caracterizado pela reestruturação produtiva e pelo neoliberalismo, tendo como representante o modelo japonês Toyotista. Esse processo caracterizado por um trabalho “polivalente”, “multifuncional” e “qualificado”, de acordo com Antunes (2000), é na verdade uma nova forma de intensificação e exploração da força de trabalho.

Tomando como referência o homem na sociedade do trabalho, o objetivo nesse capítulo é apreender a reflexão de que os sujeitos que realizam o trabalho, seja nas grandes indústrias e fábricas, no comércio e, em maior destaque, nos serviços de saúde, ele - o homem - precisa ser compreendido em seu processo histórico, que aqui é identificado, de acordo com as análises de Netto (2011), de ser social.

1.4.1 O HOMEM É UM SER SOCIAL

O trabalho só pode ser pensado em sua essência como atividade exclusivamente exercida por homens, que vivem em uma dada sociedade. É por meio do trabalho que o homem atende suas necessidades materiais. Netto (2011, p.47) afirma que foi “através do trabalho que a humanidade se constituiu como tal, ou se quiser, o trabalho é fundante do ser social, precisamente porque é de ser social que falamos quando falamos de humanidade (sociedade)”.

O ser social se configura ao longo da história por meio de sua diferenciação da natureza, do seu modo pensante, da configuração que o cria no trabalho realizado, do processo de humanização, de suas necessidades naturais (como exemplo: sentir fome), e, fundamentalmente, do trabalho, que o distingue de todos os outros seres vivos que há na terra.

Outro dado importante do ser social é o trabalho como atividade coletiva, em que o sujeito que o faz nunca está isolado, inserindo-se, dessa forma, sempre num conjunto de outros sujeitos. Isso significa que durante o processo de trabalho existe em maior ou menor grau a organização de tarefas, regras a serem elaboradas, e sobretudo, a comunicação entre os envolvidos para que tais atividades do trabalho aconteçam.

De acordo com Netto (2011, p. 51), o ser social que se constitui nos dias de hoje, se particulariza porque é capaz de:

- realizar atividades teleologicamente orientadas;
- objetivar-se material e idealmente;
- comunicar-se e expressar-se pela linguagem articulada;
- tratar suas atividades e a si mesmo de modo reflexivo, consciente e autoconsciente;
- escolher entre alternativas concretas;
- universalizar-se; e
- sociabilizar-se.

O ser social em sua totalidade é práxis, ou seja, ele cria e recria seu mundo material e ideal, que nos dizeres de Netto (2011) é quando há a conversão integral do gênero humano. Na práxis o homem se revela como ser criativo e autoprodutivo: “ele é o que (se) fez e (se) faz”.

Heller (1992, p. 21) também discute a compreensão do homem em sua totalidade. Segundo a autora, o ser social supõe o indivíduo construído a partir de um legado histórico e que vive sob dada sociabilidade. A autora reporta a condição do homem, enquanto “humano-genérico” que é o homem por inteiro. O “humano-genérico” é a capacidade e possibilidade do homem viver inteiramente colocando em movimento, livremente, suas forças, suas habilidades e sua criação (tendo o trabalho como categoria ontológica central). A teleologia do humano-genérico jamais se orienta pelo “eu”, mas sempre para o “nós”.

É dessa forma, para além do trabalho objetivo, que essa pesquisa pretende analisar o sujeito agente comunitário de saúde, sob a visão dos gerentes que o acompanham em sua atividade cotidiana.

1.5 O TRABALHO EM SAÚDE

O processo de trabalho em saúde está intimamente relacionado, como a qualquer outro processo de trabalho humano, por uma direcionalidade e finalidade, pressupondo uma antevisão dos resultados e uma ação, que para ser realizada e implementada necessita de uma adaptação constante às características individuais do sujeito com sua história (FRACOLLI *apud* VANDERLEI e ALMEIDA, 2007).

Para Rollo (2007), o trabalho em saúde não está fora e descontextualizado do resto do mundo, ele acompanha todas as mudanças estruturais e conjunturais, e está relacionado com o contexto de globalização e do capitalismo, verificando-se, dessa forma, situações de trabalhos precários, com trabalhadores em condição de subemprego, informalidades de contrato, mão de obra polivalente e a exploração e alienação do trabalho em si.

Merhy e Franco (2008), ao discutirem o processo de trabalho em saúde, apresentam o conceito de trabalho vivo e trabalho morto, que são concepções de tipos de atividades distintas realizadas nos espaços cotidianos de saúde. O trabalho vivo é aquele que se dá em ato, é trabalho em ação, que se realiza utilizando-se de certo saber e de determinados instrumentos materiais, com a possibilidade de expansão e de criação por parte do trabalhador, é o que determina a produção do cuidado. Já o trabalho morto são os produtos meios que estão envolvidos, como ferramentas ou matéria-prima, e que são resultados de um trabalho humano anterior, isto é, não existiam antes da sua produção como resultado de um processo de trabalho, anteriormente realizado.

O trabalho vivo em ato é a mais refinada forma de prática executada, porém conforme dito anteriormente, por vezes faz uso do que é dado pelo trabalho morto. É importante salientar que por meio do trabalho vivo em ato, o trabalhador pode se apropriar dos meios e instrumentos para a recriação do trabalho, de si e dos outros, fazendo-se produto e produtor de trabalho.

Daí então a compreensão do mundo do trabalho em saúde ser tão complexa, pois ela em seus espaços ocupacionais realizáveis, baseada nos referenciais teóricos que foi adotado, busca a transformação das práticas e das instituições. O trabalho em saúde deve ser pautado nos princípios que a

Política Nacional de Humanização (PNH) aponta aos serviços de saúde, gestores, trabalhadores e toda a roda que circunda a saúde (BRASIL, 2004).

A PNH foi implementada em 2003, cujos princípios e diretrizes orientam novos modos de ação nos diversos serviços, práticas de saúde e instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva. Os princípios norteadores dessa política são:

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.);
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- Co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente (BRASIL, 2004, p. 15).

Alinhada à Política Nacional de Humanização, em 2012 o estado de São Paulo lançou a proposta de uma Política Estadual de Humanização⁹ (PEH), que visa enfrentar os desafios do mundo do trabalho em saúde, por meio de um esforço conjunto na construção e implantação de novos métodos e dispositivos de atendimento aos usuários e de apoio à gestão dos serviços de saúde, assim como pela integração e fortalecimento de ações que já contribuem para melhoria da qualidade das relações entre usuários, profissionais, gestores, instituições de saúde e comunidade.

Além da PNH, outra política que norteia o trabalho em saúde é a Política Nacional de Educação Permanente (BRASIL, 2009) que, de acordo com o Ministério da Saúde é a estratégia de transformação das práticas de

⁹ Disponível em <http://www.saude.sp.gov.br/humanizacao/institucional/humanizacao-e-a-politica-estadual-de-humanizacao>. Acesso em: 28 mar. 2013

formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor da saúde. A Educação Permanente (EP) pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações.

A educação permanente é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que os indivíduos possuem. De acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é necessário considerar também, as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde. (BRASIL, 2009).

As diretrizes da educação permanente propõem fomentar a compreensão de que a aprendizagem acontece durante o trabalho, ou seja, nas organizações de saúde, na realização das práticas em que o aprender e o ensinar se misturam objetivando a transformação de uma dada realidade.

A Política Nacional de Atenção Básica (2011) tem na educação permanente uma importante estratégia de gestão, que possui potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços de saúde. A EP exige de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras.

As propostas de trabalho apresentadas na Política de Humanização e de Educação Permanente relacionam-se intrinsecamente com o trabalho de equipe em saúde, que conforme Peduzzi (2008) sofreu diversas transformações ao longo do tempo, porém ainda persiste e predomina uma noção de equipe que se restringe à coexistência de vários profissionais numa mesma situação de trabalho. Esses trabalhadores compartilham o mesmo espaço físico e a mesma clientela, o que configura dificuldades para a prática das equipes, visto que a equipe precisa de integração para buscar assegurar a integralidade da atenção à saúde.

Atualmente o trabalho em equipe “responde à necessidade de integração das disciplinas e das profissões entendida como imprescindíveis para o desenvolvimento das práticas de saúde a partir da nova concepção

biopsicossocial do processo saúde doença” (PEDUZZI, 2008, p.421). A mesma autora complementa referindo ao trabalho multiprofissional como uma modalidade de trabalho coletivo, sendo este:

construído por meio da relação recíproca, de dupla mão, entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de diferentes áreas, configurando, através da comunicação, a articulação das ações e a cooperação. Também estabelece uma tipologia de trabalho em equipe que não configura um modelo estático, mas a dinâmica entre trabalho e interação que prevalece em um dado momento do movimento contínuo da equipe: equipe integração e equipe agrupamento. No primeiro tipo ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes; no segundo, observa-se a justaposição das ações e o mero agrupamento dos profissionais. A tendência para um desses tipos de equipe pode ser analisada pelos seguintes critérios: qualidade da comunicação entre os integrantes da equipe, especificidades dos trabalhos especializados, questionamento da desigual valorização social dos diferentes trabalhos, flexibilização da divisão do trabalho, autonomia profissional de caráter interdependente e construção de um projeto assistencial comum (PEDUZZI, 2008, p.423).

A realidade traduzida por Peduzzi (2001, 2008) é percebida comumente nas equipes de saúde, onde é encontrada a justaposição de ações, em que cada profissional cumpre o seu papel, com pouco fomento do diálogo, da reflexão e da interação real entre os profissionais.

Almeida e Mishima (2001) esclarecem que um dos maiores desafios a serem enfrentados no trabalho em saúde, com destaque para a saúde da família, é em relação às formas hierárquicas de poder entre as profissões e, a desumanização que ainda é vista nas relações e nas práticas em saúde. Para as autoras, é possível superar essa lógica de trabalho, se houver a construção de um projeto comum, em que a equipe o construa e faça parte do mesmo.

Para tanto, é necessário um esforço coletivo para que em todos os espaços de trabalho e de formação, possibilitem a construção da *equipe integração*, entretanto esse movimento não é rápido e nem simples, pois requer mudança de atitude e abertura para o novo (ALMEIDA e MISHIMA, 2001).

Fortuna *et al* (2005, p. 262) definem o trabalho de equipe em saúde como “uma rede de relações entre pessoas, relações de poderes, saberes, afetos, e desejos, onde é possível identificar os processos grupais”.

Pelo trabalho ser definido em redes de relações humanas e sociais, em que há diferentes culturas envolvidas, existe a pré disposição de conflitos interpessoais e de relações de poder, sendo eles, ocasionados em muitas vezes, pela própria maneira de organizar o sistema de saúde e/ou de ofertar o cuidado em saúde.

As autoras destacam que as equipes em saúde precisam ser entendidas como uma estrutura em permanente desestruturação e reestruturação, cujo crescimento depende da disponibilidade de cada trabalhador em participar do processo de construção da equipe (FORTUNA *et al*, 2005).

Dessa forma, compreender a dinâmica e o contexto das equipes de saúde, a fim de propor ações coletivas no cotidiano de trabalho, baseadas em práticas que provoquem mudanças reais, conforme apontam as Políticas de Humanização e de Educação Permanente, é um desafio atual para os gestores, gerentes e trabalhadores do SUS, sobretudo àqueles que se encontram inseridos nas unidades de saúde da família, em que os reflexos do mundo do trabalho rebatem, sobremaneira, na oferta do cuidado e na maneira em que as equipes enfrentam seus problemas diários.

CAPÍTULO 2: OBJETIVOS DA PESQUISA

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as concepções dos gerentes de Unidades de Saúde da Família sobre o trabalho do agente comunitário de saúde.

2.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil dos gerentes e as respectivas unidades pesquisadas;
- Identificar as fortalezas e fragilidades descritas pelos gerentes das em relação ao trabalhador ACS;
- Desvelar possíveis dificuldades de acompanhamento e orientação acerca do trabalho realizado pelo ACS.

CAPÍTULO 3: PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 O ESTUDO

Segundo Minayo (2001, p. 16) a metodologia “é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Neste sentido, a metodologia ocupa um lugar central das teorias e está sempre referida a elas”.

Baseado na importância da ciência para a realidade em que atuamos, optou-se pela linha de pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa, por essa ser capaz de oferecer um enfoque que nos permita ultrapassar a concretude dos fatos e de seu aspecto aparente. Segundo Chizzotti (1991, p. 79), essa abordagem parte “do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito”.

A pesquisa qualitativa também se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, como as crenças, os valores e os significados, afinal o seu caráter é intrínseco com a realidade e com a vida dos seres humanos e sociais (MINAYO, 2001).

Canzonieri (2010) esclarece que na pesquisa qualitativa o objetivo de estudo está em “como” ocorrem os fenômenos, preocupando-se em compreender o mundo de significados, e enfatiza que essa metodologia é baseada em seis pilares:

- A busca da compreensão, da significação do fenômeno em si;
- O sujeito é o objeto da pesquisa, há significação dada pelo sujeito ou grupo;
- O pesquisador faz parte do processo de pesquisa, suas observações, manifestações, percepções e conhecimentos sobre o tema pesquisado são de extrema importância e relevância para a realização da pesquisa;
- A metodologia qualitativa trata exclusivamente de significados e processos e não de medidas, os resultados são apresentados de forma descritiva e explicativa;
- A validade ocorre por intermédio da descrição precisa da aproximação do pesquisador com o fenômeno;

- A generalização se torna possível a partir da construção do conhecimento, que leva a pensar e a refletir sobre os dados encontrados. O fenômeno pesquisado revela algo que instiga o pesquisador para a busca de novos conhecimentos.

3.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O município de São Carlos está localizado no interior do estado de São Paulo, na região Centro-Leste, a uma distância de 230 quilômetros da capital paulista. O último Censo Demográfico ¹⁰ realizado no município aponta uma população recenseada em 221.936 habitantes (IBGE, 2010), na qual 108.875 são homens e 113.061 são mulheres, com predominância da zona urbana com 213.070 habitantes e 8.866 de zona rural.

São Carlos também é conhecida como a “Capital da Tecnologia”, devido ao seu grande vigor acadêmico, tecnológico e industrial. O município possui universidades e centros de pesquisa que são reconhecidos pela excelência e diversidade: a Universidade de São Paulo (USP), a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e o Instituto Federal de São Paulo (IFSP).

Reforçando o caráter de pólo de desenvolvimento científico e tecnológico, a cidade possui grandes empresas e centros de pesquisa, como também um Parque Tecnológico que lhe garante a transferência de tecnologia das universidades e centros de pesquisas para as empresas.

Em relação aos serviços de saúde, o município conta com uma rede pública (estadual e municipal) com serviços particulares e filantrópicos. O modelo de atenção à saúde vem sendo reorientado pela Secretaria Municipal de Saúde, que adotou a Estratégia Saúde da Família como eixo estruturante na rede de atenção básica.

No processo de territorialização o município foi dividido em cinco regiões, denominadas de Administração Regional de Saúde (ARES). Tal processo ocorreu em 2003, no qual foram mobilizados gestores, trabalhadores da saúde e membros do Conselho Municipal de Saúde. De acordo com o site

¹⁰ Disponível em <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/conheca-sao-carlos/115442-dados-da-cidade-geografico-e-demografico.html>. Acesso em: 24 out. 2012

da Prefeitura Municipal de São Carlos, a ARES é definida como a representação da Secretaria Municipal de Saúde mais próxima ao usuário SUS.

As regionais de saúde do município de São Carlos são: Cidade Aracy, Vila Isabel, Redenção, Vila São José e Santa Felícia.

Atualmente a rede de atenção básica – Unidade Básica de Saúde (UBS) e Saúde da Família – é a principal porta de entrada do usuário ao SUS. Esses serviços são responsáveis pela identificação dos riscos e agravos à saúde que ocorram em sua área de abrangência, devendo ser capaz de solucionar os problemas de saúde mais relevantes, identificar quais os indivíduos ou grupos suscetíveis ao risco de adoecer, assim como planejar e executar ações mais adequadas para o seu enfrentamento.

Esta pesquisa contemplou as cinco Unidades de Saúde da Família, pertencentes a ARES Cidade Aracy, sendo elas:

- USF Antenor Garcia;
- USF Cidade Aracy Equipe I
- USF Cidade Aracy Equipe II;
- USF Presidente Collor, e
- USF José Fernando Petrilli Filho.

Porém das cinco unidades participantes, uma precisou ser excluída, em virtude da não aceitação dos critérios de inclusão por parte dos sujeitos entrevistados (entrevista presencial). Dessa forma, foram consideradas quatro USFs, que incluíam doze gerentes de unidade.

3.2.1 A REGIONAL CIDADE ARACY

A Regional Cidade Aracy compreende um bairro periférico de São Carlos, popularmente conhecido como “Grande Cidade Aracy”. Esse território foi formado de maneira inadequada, sendo uma área de mananciais que não possuía condições propícias para uma ocupação irrestrita, por estar numa área de proteção ambiental (SANCHEZ e DAL BELLO, 2001 *apud* SILVA, 2007). Mas, como sua ocupação foi incentivada e produzida por um forte agente

especulador do mercado imobiliário, o bairro acabou sendo ocupado mesmo que de maneira imprópria.

De acordo com o Núcleo de Pesquisa e Documentação do Departamento de Ciências Sociais da UFSCar (1994) os bairros pertencentes a Regional Cidade Aracy (Aracy I e II, Presidente Collor e Antenor Garcia) foram apontados como os bairros mais carentes quanto à educação, saúde, segurança, renda familiar e inserção no mercado de trabalho. A história registrada apontava para irregularidades, problemas e deficiências (SILVA, 2007).

A Grande Cidade Aracy ainda é identificada como a região que abriga o maior bolsão de pobreza no município de São Carlos. De acordo com o mapeamento feito pelo IBGE (2010) e esclarecimentos obtidos no CRAS (Centro de Referência da Assistência Social) do próprio bairro, é possível identificar o contraste desta região com as demais regiões do município. Conforme as ilustrações das figuras 1 e 2:

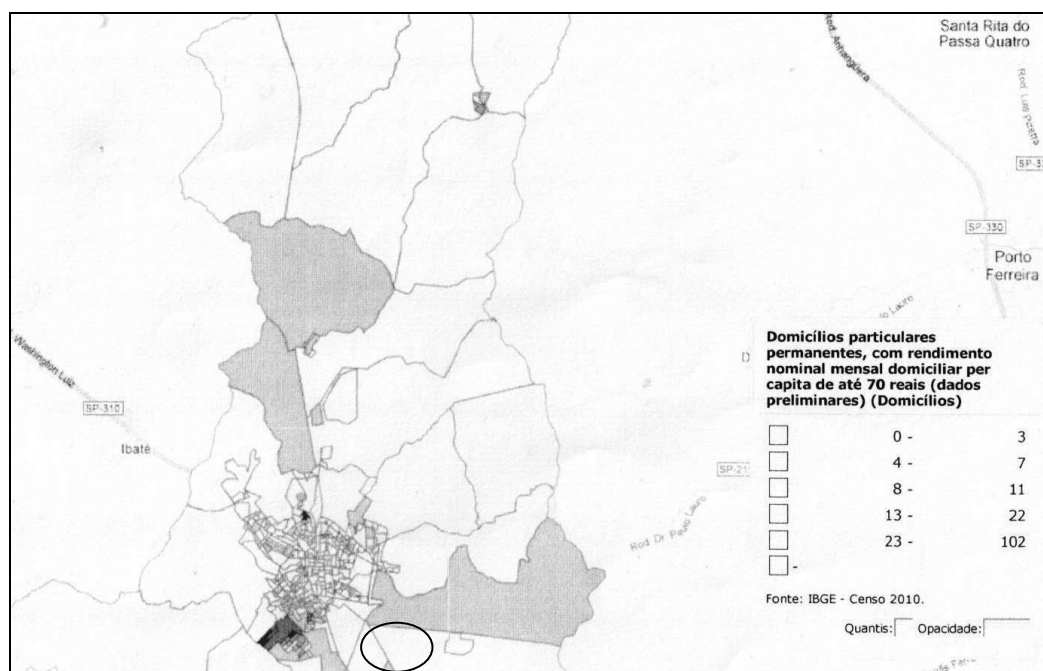


Figura 3: Mapa da Pobreza: Contraste São Carlos

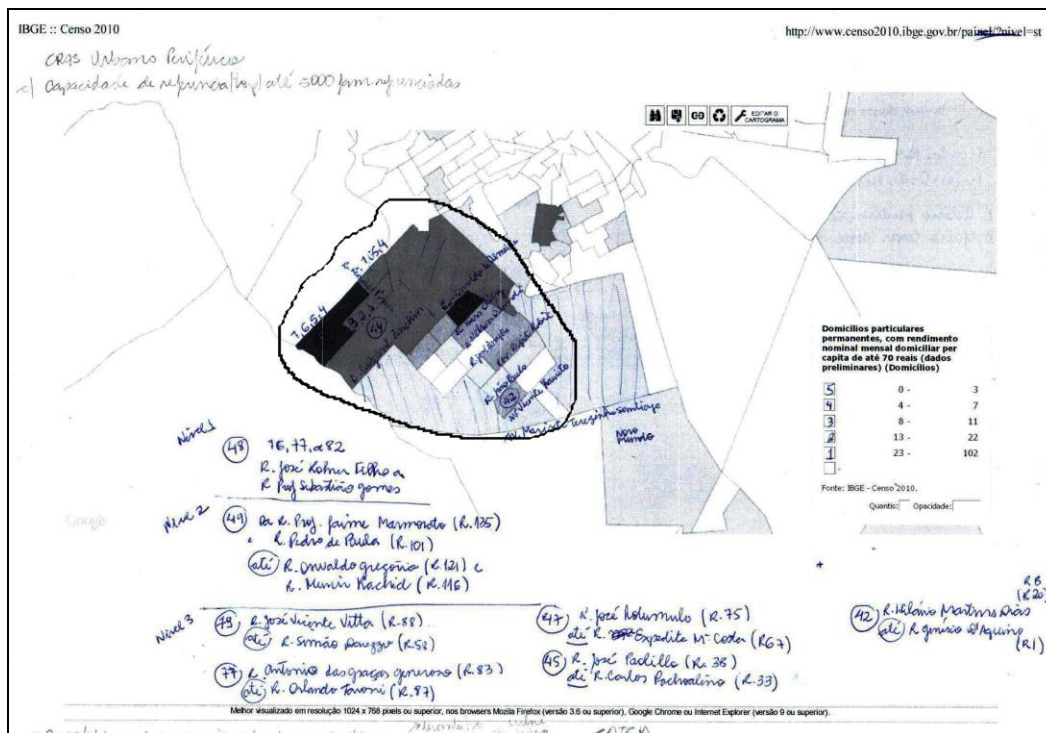


Figura 4: Mapa da Pobreza: domicílios com renda per capita de até 70 reais – Cidade Aracy.

Para um melhor entendimento da figura 2, são apresentados alguns esclarecimentos obtidos por meio do CRAS Cidade Aracy:

- A região identificada na cor preta refere-se à parte dos bairros Antenor Garcia e Aracy II, na qual se encontra a maior concentração de pobreza e vulnerabilidade social;
- A região com cor cinza escuro refere-se à outra parte dos bairros Antenor Garcia, Aracy II;
- As demais escalas de cinza referem-se aos bairros Aracy I e Presidente Collor.

Os maiores problemas identificados, conforme informações da coordenadora do CRAS Cidade Aracy são: alto índice de desemprego, condição de moradia precária, violência urbana e tráfico de drogas. Vale ressaltar que grande parte da população possui como renda fixa familiar os benefícios de transferência de renda.

Apesar da presença de diversos equipamentos públicos e do terceiro setor na região, a Grande Cidade Aracy ainda é identificada como a região que apresenta as maiores expressões da questão social em São Carlos.

Para ilustração dos serviços públicos disponíveis nessa regional de saúde, segue o Quadro 1:

Serviços	Unidade
UPA	1
UBS	1
USF	5
CRAS	1
Restaurante Popular	1
Creche CEMEI/EMEI	5
Escolas de Ensino Fundamental e Médio	3
Serviço Integrado do Município (SIM)	1

Quadro 4: Serviços Públicos - Ares Cidade Aracy. Fonte: Prefeitura Municipal de São Carlos.

É nessa realidade apresentada que o ACS presenciou, viveu e vivencia problemas diários de violência, dificuldade de transporte, preconceito, dentre tantos outros problemas conjunturais que assolam a vida dos usuários que acompanham, bem como a sua própria vida e a de sua família.

Nesse contexto, os gerentes locais das unidades de saúde da família da ARES Cidade Aracy lidam cotidianamente em seus consultórios, visitas domiciliares, grupos e demais ações em saúde, com o reflexo da vida dos agentes comunitários. Vida essa que merece compreensão frente a sua inserção profissional.

3.4 SUJEITOS DE PESQUISA

Em cada unidade foram entrevistados três gerentes: enfermeiro, dentista e médico. A ARES Cidade Aracy foi escolhida devido a prática intensa como assistente social residente em saúde da família e comunidade, pela pesquisa anteriormente realizada com os agentes comunitários para finalização do processo de formação da Residência, e também, por esta região possuir a maior concentração de vulnerabilidade social no município de São Carlos.

É importante destacar que, aplicando a pesquisa nas quatro unidades de saúde da família, teria o total de doze sujeitos. Entretanto, desse total de doze, houve a recusa de participação por dois profissionais médicos, em outra não havia médico na equipe e, por fim, um dentista estava afastado por tempo indeterminado; totalizando, dessa forma, oito entrevistados. As entrevistas foram agendadas mediante contato telefônico, visita presencial e agendamento prévio. As entrevistas aconteceram nas próprias unidades de saúde, em sala reservada, garantindo dessa forma o sigilo e privacidade do sujeito participante.

3.5 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

Com o embasamento em Minayo (2001), para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada, por essa permitir uma abordagem da temática em questão sob diversos aspectos, e por captar uma expressão livre dos entrevistados por meio de suas falas e gestos, contribuindo na percepção de sentimentos e pensamentos dos mesmos.

Para a entrevista, foi utilizado como material de apoio um roteiro com perguntas norteadoras acerca do cotidiano de trabalho do ACS: concepções da prática, dificuldades e facilidades de orientação do trabalho, desafios, dentre outras questões. O roteiro de pesquisa utilizado nas entrevistas é apresentado no Apêndice A.

Todo o conteúdo das entrevistas foi gravado e posteriormente transcrito, mantendo a fidedignidade do discurso de cada sujeito, bem como o sigilo em relação à sua identificação. Vale ressaltar que, durante esse processo, a pesquisadora atentou-se para cada expressão que os sujeitos colocavam nas respostas, tais como manifestações de silêncio, risos, dúvidas e incertezas.

Os dados coletados nas entrevistas foram estudados com a metodologia da análise temática, que para Minayo (2001, p. 316), que “consiste em descobrir os núcleos dos sentidos que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”. A análise temática desdobra-se em três etapas, as quais serão utilizadas para a análise dos dados do presente estudo:

- **Pré-análise:** que consiste na escolha dos documentos a serem analisados, bem como a retomada e reformulação do que foi investigado e objetivos iniciais da pesquisa;

- **Exploração do material:** foi realizada uma operação classificatória para a especificação do tema, por meio da categorização, que é um processo de redução do texto às palavras e expressões mais significantes e comuns desses elementos do material coletado; e

- **Tratamento dos resultados obtidos e interpretação:** por meio da análise das categorias construídas, foi realizada a análise e interpretação do material, mediando dialeticamente com o quadro teórico desenhado inicialmente, possibilitando, dessa forma, a abertura de novas dimensões teóricas e interpretativas.

Assim, após a transcrição integral das gravações das falas dos sujeitos da pesquisa e da leitura do material empírico, foram identificados os seguintes temas:

1. A compreensão do trabalho do agente comunitário de saúde;
2. Os ACS por seus gerentes;
3. Os desafios das atividades gerenciais;
4. ACS: desafios de uma categoria profissional.

3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O presente trabalho passou por avaliação e aprovação do Comitê de Ética da UFSCar, por meio da submissão à Plataforma Brasil, do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. A aprovação foi realizada em 14/08/12 com o parecer de n. 72042 (Anexo C).

Após a aprovação iniciou-se a coleta de dados em campo, no qual, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os gerentes participantes receberam todas as orientações e sanaram suas dúvidas. O TCLE foi feito em duas vias e abordou a justificativa, objetivos, possíveis riscos e benefícios esperados, garantia de esclarecimento em qualquer momento da entrevista, liberdade para recusar a participação em qualquer fase da pesquisa,

sem prejuízo ou constrangimento, garantia de sigilo que assegurava a privacidade dos sujeitos, sem divulgação dos nomes, evitando assim qualquer identificação. O TCLE é apresentado no Apêndice B.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DOS GERENTES PARTICIPANTES DA PESQUISA

O objetivo desta parte inicial do capítulo é o de ilustrar algumas características das unidades de saúde da família da ARES Cidade Aracy e de seus respectivos gerentes, participantes da pesquisa. No Quadro 2 é apresentada uma caracterização das USF:

Identificação	Tempo de existência da USF	Número de ACS	Equipe completa	Mudança de gerente, em menos de um ano.
A	13 anos	06	Sim	Sim, enfermeira e dentista
B	13 anos	06	Não. Falta médico	Sim, enfermeira e dentista
C	09 meses	06	Não. Dentista afastada	Não
D	13 anos	05	Não. Falta 01 ACS	Sim, enfermeira

Quadro 5: Caracterização das USF em relação ao tempo de existência, número de ACS, equipe completa, mudança de gerente em menos de um ano. São Carlos, 2012.

Pelos dados apresentados, observa-se que a maioria das unidades de saúde da ARES Cidade Aracy possui um tempo considerável de existência (13 anos). Além disso, as equipes em sua maioria, não estão completas, faltando ACS, dentista e médico.

Outro dado encontrado nas unidades é em relação à mudança de gerentes em um curto tempo, ou seja, em um período inferior a um ano. Esse dado, em especial, define o modo como a equipe se organiza para a realização do trabalho em saúde, uma vez que mudanças de gerentes, como a entrada e saída de profissionais, interfere na dinâmica do trabalho em equipe.

Essa possível rotatividade de gerentes, pode estar relacionada a localização das unidades de saúde, uma vez que encontram-se em territórios periféricos e distantes, se comparadas com as demais unidades de saúde do município de São Carlos.

Outro dado importante é a complexidade de problemas sociais na vida cotidiana da população atendida, o que requer da equipe e, sobretudo, dos

gerentes uma postura dinâmica e global frente às expressões sociais que tangenciam o âmbito da saúde.

Vale ressaltar ainda, que a estrutura física de algumas USF participantes é inadequada para a realização do trabalho em saúde, sendo demasiadamente pequenas, com poucas salas e despreparadas para realização de grupos e reuniões.

No Quadro 3, é apresentado o perfil dos gerentes que foram os sujeitos desse estudo:

ID	Sexo	Idade	Área de formação	Pós Graduação	Tempo de experiência como gerente	Tempo na USF
1	F	41	Odontologia	Sim	04 anos	08 meses
2	M	33	Enfermagem	Sim	10 anos	09 meses
3	F	47	Medicina	Sim	11 anos	05 anos
4	M	45	Odontologia	Sim	06 anos	06 anos
5	F	34	Enfermagem	Sim	09 anos	04 meses
6	F	38	Enfermagem	Sim	05 anos	04 meses
7	F	37	Enfermagem	Sim	06 anos	06 meses
8	F	48	Odontologia	Sim	8 anos	08 meses

Quadro 6: Caracterização dos gerentes das USF em relação a idade, sexo, formação, pós graduação, experiência como gerente e tempo na unidade. São Carlos, 2012.

Dos oito profissionais de saúde, que ocupam atualmente o cargo de gerentes, foi identificado a predominância do sexo feminino, sendo seis mulheres e apenas, dois homens. A profissão predominante nas unidades pesquisadas é a enfermagem, ainda que a odontologia exerça um envolvimento importante no gerenciamento do espaço de trabalho. Sobre o profissional médico, não foi possível realizar comparações, visto que apenas um médico participou da entrevista. Entretanto este, especificamente, apresentou um grau importante de envolvimento com as questões gerenciais.

Destaca-se que, com relação à formação profissional, todos os entrevistados apresentam curso de pós-graduação com especialização na área, o que contribui, ainda que não totalmente, para uma melhor compreensão sobre o trabalho em saúde da família e qualidade na prestação do serviço. Dois gerentes, inclusive, fizeram pós-graduação na modalidade *stricto sensu* (mestrado e/ou doutorado) e outros dois, cursam especialização sobre Gestão de Organizações Públicas, visto a necessidade de desenvolverem essa competência e habilidade em sua prática de trabalho.

Foi investigado também, o tempo que esses profissionais têm de experiência como gerentes no âmbito da saúde da família. Esse dado contempla um tempo considerável de todos os profissionais frente ao trabalho gerencial, cujo tempo mínimo apresentado foi de 04 anos e o máximo de 11 anos.

Outra constatação a ser considerada nas análises que se apresentarão a seguir, é em relação ao tempo que cada gerente está na USF. Para a surpresa da pesquisadora, foram encontrados profissionais que estavam há apenas 04 meses como gerentes nas unidades, o que interfere na compreensão da totalidade do processo de trabalho da equipe em que está inserido. Apenas dois gerentes faziam parte da equipe há mais de 5 anos.

Vale ressaltar que, em todas as unidades de saúde da família da ARES analisada, não havia equipe formada com tempo igual de trabalho. Todas elas apresentaram diferentes inserções dos profissionais entrevistados, o que representa uma heterogeneidade nas relações estabelecidas.

A caracterização das unidades de saúde da família e de seus respectivos gerentes permitiu uma maior aproximação com a realidade investigada, favorecendo dessa forma, na compreensão daqueles que estão à frente da organização do trabalho e, sobretudo, junto aos ACS.

Antes de iniciar as análises das categorias, propriamente ditas, é importante referenciar a pesquisa de Almeida e Mishima (2001) e Fortuna et al (2005) cujo foco de atenção é voltado para a dinâmica e relações de trabalho que as equipes de saúde, em especial, as da Estratégia Saúde da Família, realizam. As autoras acreditam, e a pesquisadora também, que existe a possibilidade de um trabalho para além daquele técnico e hierarquizado, para

um trabalho com interação social entre os diferentes trabalhadores, com maior autonomia e criatividade e integração da equipe. Dessa forma, pode-se dizer que:

[...] o trabalho em equipe vai se constituindo, gestando-se no seu fazer de todo o dia, e precisa ser analisado, pois passa por movimentos de dificuldades, de paralisação, de satisfação, enfim, é também um processo de idas e vindas em diversas direções (FORTUNA et al, 2005, p.264).

4.2 A COMPREENSÃO DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Busca-se com essa análise, apresentar qual o entendimento dos gerentes entrevistados, em relação ao trabalho do ACS de uma maneira mais global. Foi possível identificar um panorama geral sobre a conceituação desse trabalhador, cujas características apresentam-se de acordo com o que a literatura tem discorrido. Conforme as falas dos gerentes abaixo:

Eu acho que para o saúde da família é fundamental ter ACS. Porque é ele quem traz um pouco da demanda, ele conhece mais o território do que a gente. (gerente 3)

Acho que o SUS acabou percebendo a importância de ter pessoas da própria área, do próprio território, que conhecem os problemas do dia a dia. (gerente 8)

É uma das figuras mais importantes dentro da estratégia da saúde da família. Ele é morador da área, ele conhece a realidade, ele traz as coisas, ele defende as necessidades, então dentro da estratégia todos os profissionais são importantes, mas o agente comunitário é inovador. (gerente 6)

Porque é ele que estabelece o vínculo maior, a ponte com a comunidade e o serviço de saúde. Sem eles a gente não faz o saúde da família. (gerente 2)

É perceptível nos relatos dos gerentes uma compreensão ampla sobre o perfil do agente comunitário. Os relatos apresentam análises verificadas em autores como Silva e Dalmaso (2002), Nogueira et al (2000), Sousa (2001), Furlan (2008), Santos (2004), Giugliani (2011), Marzari et al (2011), dentre outros, que se referem ao agente comunitário como um

profissional que atua como ponte ou elo entre a comunidade e as instituições de saúde, justamente por conhecer e se identificar com os problemas da população, conceituação esta que também é verificada nos documentos ministeriais.

Ainda que os entrevistados tenham clareza sobre a prática do agente comunitário de saúde, alguns discursos apresentam-se com um forte conteúdo estabelecido socialmente, indicando toda a responsabilidade da Estratégia da Saúde da Família ao ACS. Somente a gerente 6 deixou claro em sua fala, que atingir os objetivos da estratégia da família *“não depende exclusivamente do ACS, e sim de todos os profissionais que estão inseridos nessa política”*.

A posição dos gerentes em não se colocarem corresponsáveis pelo processo de conquista e efetivação do SUS é um sinalizador de como está a preparação desses profissionais ao assumirem equipes inteiras de Saúde da Família. Os gerentes devem fazer-se juntos com os demais profissionais. Transferir a responsabilidade para o agente comunitário de saúde é um ato, no mínimo, questionável.

De acordo com Tomaz (2002), o ACS tem sido visto com certa *“heroização”* e *“romantização”*, como se o sucesso do SUS, e mais especificamente, da ESF, dependesse do agente comunitário. Ainda que a reflexão seja de 2002, ela retrata o contexto que continua a imperar:

Na prática, a consolidação do SUS depende de um conjunto de fatores técnicos, políticos, sociais e o envolvimento de diferentes atores, incluindo os próprios ACS, que, sem dúvida, têm um papel fundamental. No entanto, é preciso ter em mente que a transformação social é um processo lento, requer esforços conjuntos e permanentes e é papel de todos os cidadãos (TOMAZ, 2002, p. 85-6).

Outro apontamento importante foi sobre o contexto histórico e a mudança do trabalho de ACS ao longo dos anos. A profissão de agente comunitário de saúde nos anos 1990 surgiu da necessidade e experiência deflagrada no Estado do Ceará em 1980, devido à seca e ao cenário político. Na ocasião, lideranças comunitárias, que já exerciam atividade com o povo e gestores ligados às questões sanitárias de promoção da saúde, foram

convidadas a construir o processo de formação e fortalecimento dos chamados “agentes comunitários de saúde”, iniciando dessa forma o PACS e posteriormente o Programa Saúde da Família (NOGUEIRA et al, 2000, SOUSA, 2001).

Devido à mudança de toda a conjuntura política, social e econômica no contexto brasileiro, a forma de contratação dos agentes comunitários de saúde sofreu alterações ao longo dos anos, tornando-se profissão, o que influencia também no perfil profissional do ACS.

Antes, a mobilização popular e as referências comunitárias eram o que determinava o perfil de uma pessoa para assumir o cargo de agente comunitário de saúde (QUEIRÓS e LIMA, 2012), atualmente tal perfil já não é mais levado em consideração, devido aos processos seletivos como forma de recrutamento.

Sousa (2001), em sua obra esclarece os critérios de recrutamento e seleção exigidos, na década de 1990:

Morar na comunidade há, pelo menos, dois anos, ter idade mínima de dezoito anos; saber ler e escrever, ter disponibilidade de oito horas diárias para executar o trabalho. Sua escolha deveria dar-se mediante prova escrita – conteúdos que observassem atitudes e comportamentos – e entrevista por área a ser trabalhada, entre os candidatos de cada localidade, após um processo de ampla divulgação e mobilização (SOUSA, 2001, p.93).

Os relatos dos gerentes expressam essa distância entre os primeiros ACS e os atuais. Percebe-se que o perfil social e comunitário, antes exigido e reconhecido, parece ter se perdido nas unidades de saúde entrevistadas.

Mudou muito desde o começo até hoje, a gente vê que antes ele era escolhido pela comunidade, era eleito como um representante da comunidade que se destacava, era aquela pessoa que realmente se preocupava com a comunidade. Hoje em dia se tornou uma profissão, então hoje é feito concurso, tem processo seletivo...claro que avalia perfil né, mas eu acho que perdeu um pouco essa coisa de ser da comunidade. (gerente 6)

Ele é imprescindível, essa consolidação dessa categoria começou lá atrás lá no PACS, e o sucesso dessa estratégia foi o que fez o sistema começar a enxergar a diferença da

formação em serviço e com as dificuldades do serviço. Eles viram que a potência que tinha o agente comunitário no serviço e fazendo a ponte entre o usuário e a unidade de saúde com os problemas do serviço.

... Dentro dos limites de atuação deles, com profissionais que tenham o perfil, que gostem dessa função, e sejam devidamente remunerados e com apoio de gestão, acho que dá pra ter um retorno extremamente favorável.

(gerente 4)

Essa categoria surgiu pra fazer esse vínculo entre a comunidade e a unidade de saúde, e que infelizmente tá se perdendo. (gerente 7)

O agente comunitário de saúde, dentro da Estratégia Saúde da Família contribui e apresenta importantes avanços na efetivação da política de saúde no Brasil, justamente pelo fato de estar e ser da comunidade. No estudo de Giugliani et al (2011), essa identidade profissional alcançou importante reconhecimento nas questões relacionadas a saúde materno – infantil e a relação social e cultural estabelecida com a comunidade.

O ACS traz em seu bojo desafios, que ora são referenciados para os gerentes das unidades de saúde e, ora para o contexto macro político, no âmbito da gestão municipal, estadual e federal, necessitando rever a forma de inserção e prática do ACS no mundo do trabalho em saúde.

O objetivo dessa categoria era o de aproximação da compreensão teórica dos gerentes sobre o perfil do ACS, como uma forma de “aquecer” o diálogo que se iniciava com a pesquisadora.

De forma geral, foi possível identificar uma fala coesa dos entrevistados. Cada um, ao seu modo, conseguiu expressar sua compreensão sobre o agente comunitário, apresentando reflexões importantes para a atualidade.

Na análise abaixo, será apresentado um contexto mais intimista, cujo foco está na avaliação dos gerentes sobre a prática profissional do agente comunitário da unidade na qual está inserido.

4.3 OS ACS POR SEUS GERENTES

Nessa categoria é analisada a forma que os gerentes avaliam os agentes comunitários de saúde nas unidades em que atuam. De uma maneira focada, muitos falaram abertamente sobre questões que, no cotidiano de trabalho, não são discutidas.

As avaliações e percepções sobre o trabalho do ACS são, de maneira geral, positivas, entretanto há apontamentos que merecem atenção, visto apresentar contrariedades com a finalidade proposta pelo Ministério da Saúde. A fim de garantir um movimento mais próximo com a realidade investigada, têm-se como material de apoio e análise o Edital do Processo Seletivo Público n. 03 para o cargo de Agente Comunitário de Saúde ano 2011/2012 (ANEXO A), e a apostila do Curso Introdutório para Agentes Comunitários de Saúde de São Carlos¹¹. Nos dois documentos são apresentadas as atribuições dos ACS, com o embasamento na lei federal 11350/06 e demais legislações que norteiam a prática desse profissional da saúde.

Visando a aproximação com esses materiais, apresentam-se as descrições das atividades do ACS, conforme consta no edital n. 03:

- A descrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- Cadastro de todas as pessoas de sua microárea e manutenção dos cadastros atualizados;
- Acolhimento dos indivíduos e famílias, buscando a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Unidade de Saúde;
- Escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- Utilização de técnicas de registro da informação, consolidação e análise de dados das atividades realizadas na Unidade de Saúde, domicílios e comunidade;
- Utilização de Instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio cultural da comunidade;
- Promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;

¹¹ SÃO CARLOS. Secretaria Municipal de Saúde. Curso Introdutório para agentes comunitários de saúde. 2012. Este material foi elaborado pelos gerentes das equipes de saúde da família em conjunto com os residentes multiprofissionais.

- Registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimento, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
- Participação nas atividades de planejamento e avaliação, em equipe, das ações de saúde realizadas no âmbito de adscrição da respectiva Unidade de Saúde;
- Identificação de parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe da Unidade de Saúde;
- Estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
- Realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família, de acordo com o planejamento da equipe;
- Orientações às famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- Participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor de saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida (SÃO CARLOS, 2011).

As atribuições estão de acordo com as exigências da PNAB (2011), entretanto, o que se vê no contexto pesquisado, é uma realidade oposta ao que o edital exige, como também, com o que o material do curso introdutório apresenta. Não há em nenhuma parte dos documentos analisados, qualquer tipo de informação que remeta a atividades de cunho administrativo, como por exemplo: atendimento de recepção.

Essa realidade merece ser observada atentamente, pois o que se vê nas unidades de saúde de São Carlos, são desvios de funções. Conforme os relatos abaixo:

Então...eu vejo assim... que eles não fazem muitas visitas e que é uma competência importantes deles, né? E assim, eles tem muita coisa pra fazer aqui na unidade, aquela parte burocrática, de administração que eles realizam. (gerente 1)

[...] Ficando na recepção, perdem dia de visita, ficam sobrecarregados, às vezes quebra o vínculo. Eu acho que precisava de uma pessoa só para isso, antes nós tínhamos... mas agora não, era auxiliar administrativo. Dava muito certo! Eu acho que é uma fragilidade. (gerente 8)

A gente precisou implantar um boletim, porque a gente viu que eles estavam ficando muito tempo aqui dentro, com atividade burocrática, agendamento, sisreg, e assim, o que de fato caracteriza o trabalho do ACS é a visita, e isso estava a desejar. (gerente 6)

[...] eles (ACS) fazem muita coisa que não é da atribuição deles. Se eles não tivessem tudo isso, eles poderiam fazer mais coisas lá fora. (gerente 2)

Eu acho que o que complica o trabalho dos agentes é eles fazerem outras atividades, não só o de agente de saúde. Ficar na recepção, entrega de leite, agendamento de consulta, sisreg, então eu acho que isso acaba atrapalhando e limitando um pouco a ação. (gerente 3)

Tem muitas funções que eles fazem e que não deviam fazer, por exemplo, a entrega do leite, eu não vejo nenhum vínculo da entrega do leite com a unidade de saúde. Levam muito tempo com isso, como trabalho administrativo, isso não devia ser deles. E aí a função principal acabou ficando pra trás. (gerente 7)

É perceptível na fala dos gerentes, o quanto os ACS da Regional Aracy encontram-se sobrecarregados com funções e tarefas, das quais não são de sua competência e responsabilidade. Ainda que a PNAB (2011), apresente uma nota que diz que é permitido que o agente comunitário realize outras atividades na unidade de saúde, desde que, elas estejam vinculadas com as atribuições reais da categoria, as que foram relatadas na pesquisa, não estão vinculadas as atividades citadas.

De uma maneira unânime, os gerentes relatam o desvio de função do ACS como um dilema a ser enfrentado. Essa realidade também foi identificada nos trabalhos de Costa e Ferreira (2012) e Queirós e Lima (2012), na qual os agentes comunitários são absorvidos por outras demandas que não fazem parte de suas atribuições reais, inicialmente propostas.

As novas atribuições e os problemas administrativos e de gestão, como por exemplo, a insuficiência de trabalhadores nas unidades para desempenhar atividades que são fundamentais para o seu funcionamento, são algumas das barreiras que acabam produzindo desvios de função e aprisionamento do ACS na unidade de saúde (QUEIRÓS e LIMA, 2012, p. 272).

Concorda-se com as autoras citadas, quando enfatizam que as sobrecargas de tarefas administrativas têm contribuído para afastar o ACS de suas práticas de fazer e saber comunitário, o que contribui para o surgimento

de tensões relacionadas à organização do trabalho, à estrutura do serviço, que se traduz em relações de poder e regras hierárquicas institucionais (QUEIRÓS e LIMA, 2012).

Ainda que os gerentes reconheçam que o acúmulo de funções do ACS interfira na qualidade do serviço prestado, alguns deles acreditam que tais tarefas colaboram para que o ACS permaneça escondido em meio à rotina administrativa, como uma forma de “fugir” de suas responsabilidades.

Nesse momento, é importante refletir o que está por trás do fato aparente. O que leva um ACS a deixar de fazer visita domiciliar, a se “esconder”? O que leva um ACS a preferir ficar dentro da unidade ao invés de trabalhar com as famílias de sua área? Em questionamentos como esse, o silêncio se fazia presente.

Talvez a questão seja analisar se os ACS estão preparados para enfrentar as demandas reais da estratégia de saúde da família, ou ainda, se as funções administrativas o capturam em meio ao dia-a-dia do trabalho, de forma a não sobrar tempo hábil para a realização das funções que lhes competem.

No que concerne à posição do ACS, Furlan (2008) analisa esse contexto da seguinte forma:

[...] isso pode fazer com que ele (ACS) se identifique mais com a equipe, como uma forma de se proteger de demandas excessivas ou de um campo de sofrimento, do contato com as histórias de vida dos usuários, atrás do status de ser da “saúde” (FURLAN, 2008, p. 384).

É importante referir que o sofrimento, na maioria das vezes, é o do próprio ACS. As histórias de vida que espelham a sua, o problema social que é de sua família, e tantas outras manifestações da realidade social rebatem em sua prática. A equipe, por fim, acaba silenciando o ACS e esse também se silencia pela dificuldade de se trabalhar com os problemas do cotidiano das unidades de saúde (FURLAN, 2008).

Essa constatação é um dos pontos fundamentais para se trabalhar dentro das equipes de Saúde da Família. É necessário que os gerentes, agentes comunitários de saúde e demais membros da equipe tenham suporte

para enfrentar as demandas do campo da saúde. Sem preparação, a atuação torna-se frágil, o que pode vir a repercutir em estratégias de sobrevivência em meio à população e ao trabalho.

Essa realidade impõe ao sistema de saúde de São Carlos, sobretudo à estratégia saúde da família, reflexões endógenas que possibilitem revisões e mudanças sobre essa conjuntura apontada.

Em relação às avaliações positivas, os entrevistados apresentaram falas de um trabalho comprometido, ainda que não seja uma constante.

É uma equipe bastante esforçada, que o que você traz, eles se propõem, tentam colocar em prática, é um grupo que se ajuda bastante. (gerente 6)

Eu vivo numa equipe extremamente coesa, altamente gabaritada. As meninas estão nesse território, há mais ou menos 3 anos juntas, se eu não me engano, e elas demonstram pro atividade, elas abraçam a causa. (gerente 4)

Eles têm muita certeza da responsabilidade deles, de tá colaborando com a comunidade, de defender eles de alguma forma. Então eles vestem a camisa, eu acho isso muito lindo da parte deles, de todos eles. Não tem um que não liga muito, são todos. Todos são muito envolvidos com esse trabalho. (gerente 5).

De acordo com as falas acima, o reconhecimento do trabalho do agente comunitário é unânime e, conforme os relatos dos gerentes, os próprios ACS das unidades pesquisadas traduzem a importância de sua atuação na comunidade. Para Marzari et al (2011, p. 874) o “ACS desponta como o elo que possibilita a confiança e o vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade assistida”, contudo suas atribuições devem ser claramente estabelecidas, evitando possíveis desencontros e desarticulações, e que estes façam parte da equipe de saúde. “Seu papel deve ser menos romântico e mais claro e específico” (TOMAZ, 2002, p.86).

Por meio dessa categoria foi possível analisar que os gerentes entrevistados, apresentam avaliações que indicam mudanças no cenário de trabalho do agente comunitário de saúde, sobretudo em relação às novas formas de organização da prática do ACS. Sabe-se que a demanda administrativa consome muito tempo, o que repercute na qualidade da

assistência prestada por esse profissional. Entretanto, essa assistência que está divulgada nos diversos documentos ministeriais e em pesquisas científicas, merecem destaque na pauta dos gerentes dos serviços e dos gestores das políticas de saúde, frente ao que, de fato, o ACS está preparado para executar.

A dialética e complexidade da fala abaixo traduzem os desafios dos ACS e de seus gerentes:

A gente não pode cobrar aquilo que eles não conseguem fazer, mas sem eles também, a gente não conseguiria fazer aquilo que a gente possivelmente acharia que conseguiria, entendeu? (gerente 4).

Por fim, destaca-se que os gerentes têm a compreensão de todas as mudanças enfrentadas no mundo do trabalho do agente comunitário de saúde, porém o fomento de reflexões acerca do que os gerentes relataram, pouco tem acontecido nas unidades de saúde. Sabe-se da necessidade, porém não há indicações de mudanças.

A partir dessa reflexão, aponta-se a categoria seguinte.

4.4 OS DESAFIOS DAS ATIVIDADES GERENCIAIS

Desenvolver atividade de coordenação em uma unidade de saúde da família não é uma tarefa simples. Esse tipo de atividade envolve ferramentas complexas de trabalho que vão desde a parte organizacional burocrática, até a parte fina que se dá no âmbito das relações interpessoais.

De acordo com Vanderlei e Almeida (2007), o coordenador eficaz não é aquele que domina apenas técnicas de gestão, mas o que possui compromisso como tarefa organizacional e capacidade de mobilização, de forma criativa e participativa. Para Vanderlei e Almeida (2007), a gerência revela-se como uma importante potência de transformação; gestores e gerentes devem atuar de forma a propiciar um arsenal inovador no modo de fazer o gerenciamento da ESF.

O objetivo dessa análise é de conhecer o “como” os gerentes, realizam as competências de coordenação, frente ao trabalhador agente comunitário. A realidade investigada apresentou questões que vão desde

estratégias de mobilização da equipe, como também desmotivação e descrédito na execução de seu papel na estratégia saúde da família.

Eu ainda to conhecendo eles, faz 4 meses que to aqui... tô na fase de namoro.

A gente tá agora fazendo um trabalho legal, mapeando o território. A gente tá trabalhando o planejamento das ações do agente comunitário, a gente tá usando aquele boletim de visitas domiciliares, as ações que eles estão desenvolvendo e toda semana a gente avalia o que eles fazem. (gerente 6)

Quando eu cheguei aqui, a primeira coisa que eu fiz foi fazer o relaxamento, assim, já facilita, ajuda construir vínculo. Mas eu encontrei uma grande resistência... Então eu cheguei, comecei a conversar e falei para eles em uma reunião dos meus sentimentos, que eu estava me sentindo excluída e boicotada. Eu falei sobre os prontuários, o que era esperado, nada era anotado, nada! Tomei um susto!

Pedi relatório de visitas, para saber o que eles estão fazendo. Pra entender o que está acontecendo. Saber em que eu posso ajudar. Eu preciso ir junto em alguma visita? Eles tão tendo alguma dificuldade? Algum problema pessoal? Estão desestimulados? Estão precisando ser capacitados? Precisa ter muito diálogo. (gerente 8)

Quando eu cheguei aqui eu disse: eu quero conhecer todos vocês, a família de vocês. Eu quero conhecer vocês para que vocês conheçam também o meu trabalho. Na outra equipe isso aconteceu, mas nessa aqui isso não aconteceu.

É... são bastantes resistentes. (gerente 1)

Conforme a fala dos gerentes, sobretudo aqueles que assumiram uma nova unidade, a dificuldade apontada foi em relação à resistência na equipe. O desafio de mediar e trabalhar questões relativas à dinâmica da equipe, sem alcançar uma solução “imediata”, é traduzida em falas de angústia e impotência.

[...] é uma fraqueza minha, mas eu abandonei. Não consegui levar pra frente, porque eu não consegui ter apoio do resto da gestão. Já pensei até em sair do saúde da família, porque a gente desgosta, né? (gerente 1)

Eles (ACS) já tem uma rotina toda pré estabelecida... eu fico até perdida! Quando eu cheguei aqui cada um tinha uma função, que foi definida antes. Ainda não consegui mexer nisso. Me sinto perdida! Eles não me ouvem... Me sinto

responsável, mas me sinto mal, por ver algumas coisas que eu não concordo. (gerente 7)

Eu me sinto responsável...mas nesse momento eu acho que não tô fazendo meu trabalho de um modo mais integral. Não sei se eu não me identifiquei com a equipe ou a equipe também não consegue compartilhar comigo, então me sinto uma estranha no ninho... nesse momento. Então é difícil pras pessoas fazerem uma adesão, acreditarem em uma coisa, sendo que não tem muita importância, principalmente tendo em vista que eu tô de passagem, é mais uma de passagem. (gerente 5)

Nota-se nos relatos acima, que nas unidades em que tiveram troca de gerentes, há uma dificuldade maior da equipe em receber esse profissional que assumirá o papel de coordenador. Expressões de resistência e boicote foram comuns nas falas dos profissionais que assumiram novas unidades. Alguns conseguiram problematizar com a equipe o que percebiam no cotidiano de trabalho em relação a sua inserção, principalmente com os agentes comunitários. Os gerentes falaram sobre as suas percepções, entretanto, a maioria dos entrevistados paralisou, não conseguindo trabalhar as dificuldades encontradas.

Conforme a reflexão de Fortuna et al (2005, p. 263), a estratégia saúde da família coloca aos trabalhadores o desafio do trabalho em equipe “para fazeres que eles desconhecem e precisam desbravar, construir e inventar, o que pode complexificar ainda mais as relações”.

Uma alternativa para essa fragilidade, seria a garantia de suporte. Os gerentes relataram com forte veemência a ausência de apoio pela gestão municipal de São Carlos, o que repercute, de certa forma, em fragilização e desmotivação do trabalho diário dos mesmos.

Conforme análise de Vanderlei e Almeida (2005), o processo de trabalho dos gerentes das unidades de saúde e dos gestores municipais é de fundamental importância, tendo em vista que:

É nos diferentes momentos do processo de trabalho dos gestores e gerentes de saúde que se capta a realidade de trabalho vivenciada por esses atores e se estabelece uma relação entre o discurso e a prática e se de fato a gerência está sendo tomada ou não como ferramenta de transformação do

processo de trabalho na saúde da família (VANDERLEI e ALMEIDA, 2007, p. 448).

A relação entre esses dois atores – gerentes e gestores – deve caminhar em um sentido único, visando o conhecimento da realidade de cada espaço de trabalho e de cada trabalhador que ali executa suas atividades.

Eu acho que aqui falta apoio institucional, algo pra gente, tipo uma válvula de escape para os gestores, porque se a gente leva muito problema, é ruim porque a gente é uma unidade problema, se a gente não leva, e a bomba estoura, falam porque a gente não levou. Então a gente não tem um apoio institucional mesmo, que venha discuta com a gente, que olhe pra equipe não como um problema, mas como a gente vai resolver esse problema, falta apoio institucional. (gerente 6)

Apoio da alta gestão. Dar mais suporte. Muita coisa a gente fica amarrado pela alta gestão, porque eles não dão suporte. Eles fingem que dão. (gerente 4)

Acho que a gente precisa de apoio, e quando eu falo apoio é ter alguém pra falar quando eu não consigo pra me ajudar. Aqui a gente se apoia uma na outra, mas não tem nenhum superior a mim, por exemplo que eu possa falar sobre as dificuldades do agente comunitário. Não tenho! (gerente 7)

Mas assim, eu acho que um curso direcionado pra esses gestores também é bom. Um curso, pelo menos um básico, a enfermagem já tem um pouco disso na graduação mas eu ainda acho pouco. Por exemplo: voltado a gestão..com situações, pra gente vivenciar, conversar, né? E como é gestão compartilhada...tentar compartilhar mesmo. Não pegar cada um no seu espaço sentar e fazer e não se conversar, eu acho que tem que ser conversado, muito bem, porque se não é praticamente impossível uma gestão compartilhada se não tem conversa. De um modo geral falta capacitação, não sei se por ser um serviço novo. Tem muitas questões que a gente tem dúvida. Eu tenho muitas dúvidas...(gerente 5)

Quando a gente vê eles tristes, meio pra baixo, a gente conversa pra saber o que tá acontecendo. Mas é complicado essa parte de gerir relacionamentos. Eu acho que tinha que ter ou um profissional de fora pra dar um suporte. Porque quando você tá no meio da confusão, você tem que se colocar um pouco pra fora pra visualizar e ajudar a resolver, é complicado. A gente não teve esse preparo todo de lidar com isso, essa parte de relações de pessoas. (gerente 3)

Potencializar a construção de instrumentos de relações entre as pessoas (VANDERLEI e ALMEIDA, 2007), de maneira a tomar conhecimento das fragilidades, potencialidades, medos e angústias, daqueles que fazem a linha de frente da saúde da família, são aproximações importantes para o caminhar em saúde.

Durante a entrevista pouco foi dito sobre a educação permanente, no seu sentido político e problematizador. Os gerentes falaram de maneira pontual, atribuindo a EP sinônimos de “capacitações” e “cursos”.

Ainda que essa política seja fomentada pelo Ministério da Saúde, e apresente a necessidade de qualificar os trabalhadores do SUS, devido ao seu potencial político e pedagógico, pouco foi visto a essência da educação permanente nos relatos dos entrevistados.

O contexto identificado interfere no modo como o processo de aprendizagem se dá entre os gerentes e a equipe. Sabe-se que é na Política de Educação Permanente que o SUS deposita o processo de mudança nos espaços de saúde, dessa forma acredita-se que, havendo a fragilidade dessa ferramenta de gestão, a compreensão e motivação dadas ao trabalho do ACS podem ser perdidas, acarretando em mais dissabores relacionados ao trabalhador ACS.

Em São Carlos, os gerentes das unidades trabalham com o modelo da gestão compartilhada, que para o SUS é um modelo assistencial importante, pois permite compartilhar as decisões dentro das equipes, juntamente com a comunidade, contribuindo ao alcance das políticas de saúde.

O papel dos gestores e gerentes na gestão compartilhada passa a ser um dispositivo importante, uma vez que agindo dessa maneira estaria rompendo com a racionalidade gerencial hegemônica e fazendo uso do aspecto positivo do poder descentralizado, envolvendo toda a equipe da saúde da família para um projeto assistencial coletivo e conseqüentemente mudando a prática atual de produzir saúde (VANDERLEI e ALMEIDA, 2007, p. 452).

Esse modelo de gestão torna o trabalho mais fortalecido e participativo entre os responsáveis pela política de atenção básica, os gerentes da área de enfermagem e odontologia, são os que mais reconhecem a

importância dessa proposta, uma vez que se sentem apoiados para fomentar a organização do trabalho em equipe.

É muito difícil num trabalho em equipe você bancar sozinha, ou é de equipe e faz em equipe, ou é uma coisa que é sua e tem que bancar sozinha. Então quando o Ministério coloca que o enfermeiro é responsável técnico, isso não quer dizer que você é responsável por supervisionar horário, metas, visitas, isso é gestão. E a gestão é colegiada. A gente tá fazendo um trabalho bem junto, eu e a dentista. Não tô sozinha não. Claro que quando é uma coisa mais técnica, por exemplo vacinas, sou eu quem falo... mas por exemplo, cobrar as visitas não faço sozinha! (gerente 6)

É interessante a gestão compartilhada. A médica e eu damos certo. Tudo é dividido direitinho. Como é uma unidade nova, nesse começo a gente tá caminhando bem. (gerente 2)

As terças feiras a gente faz reunião de gestão pela manhã, das 8 às 9hs. Acho que já é um espaço pra gente falar a mesma língua, pra gente resolver alguns assuntos assim, mais importantes, que são da gestão. Pra gente não se sentir sozinho, porque a gente é uma co-gestão. A gente precisa saber...a gente divide tarefas, porque se não fica muito para uma pessoa só. (gerente 1)

Em meio às entrevistas, um dos gerentes da área de enfermagem levantou algo interessante. Ela se referiu à dificuldade de cumprir o estabelecido na PNAB (2011), pelo fato de São Carlos não padronizar as exigências que cabem as equipes de saúde da família. Esse relato pode ser atribuído ao fato do município não ter um projeto político de saúde, o que favorece a ausência de direcionamentos éticos políticos institucionais nas tomadas de decisões.

O que eu percebo é que São Carlos não tem nada padronizado, cada unidade faz de um jeito, e isso às vezes fica muito difícil, por quê? Porque eles (ACS) se conversam, então quando uma gestão pede uma coisa e a outra não pede, isso gera conflito. (gerente 6)

O conflito referido pela profissional remete a comparações entre as diversas unidades de saúde da família que há no município, dentre as que trabalham bem e as que não trabalham.

Assim, a equipe que cumpre o que lhe é exigido, terá mais atividades e compromissos com a população, ou seja, mais trabalho. Para alguns, isso é ruim, pois gera a comparação daqueles que fazem e ganham normalmente seu salário no final do mês, e dos que não fazem e ganham do mesmo jeito.

Os desafios postos à pesquisadora refletem o quão complexas são as relações de trabalho, sobretudo no que tange ao apoio e suporte que os gerentes da atenção básica necessitam. O objetivo desta categoria foi elucidar algumas questões frente às fragilidades e potencialidades desses profissionais. Há muito que pesquisar e aprofundar e, principalmente, contribuir para a reflexão e ação de novas práticas.

Quiçá, que a mobilização aconteça na ARES Cidade Aracy, já seria um avanço! Quiçá, ainda, que os gestores garantam espaço para esses gerentes dialogarem, pois o que foi perceptível é que o efeito é em cadeia, ou seja: gerentes sem apoio sinalizam equipes sem cuidado.

4.5 ACS: DESAFIOS DE UMA CATEGORIA PROFISSIONAL

Nessa última análise, os gerentes apresentam alguns desafios importantes para o fortalecimento da atuação do agente comunitário de saúde. Os apontamentos aqui presentes refletem o estudo feito pela pesquisadora (MENEGUSSI, 2011), em relação ao que os próprios ACS entendem como melhorias a serem buscadas e efetivadas para o seu trabalho. Reflexões sobre morar e trabalhar no mesmo bairro, receber pouco reconhecimento, são falas presentes tanto nos relatos dos ACS como dos gerentes.

O estudo de Costa e Ferreira (2012) e a revisão sistemática de Giugliani et al (2011) apresentam alguns desafios em relação a formação, remuneração e supervisão adequada do ACS. Estes desafios também apareceram nesta pesquisa.

Durante as leituras para a elaboração das categorias, essa em especial, teve um significado importante para o trabalho, pois é a tradução das falas dos agentes comunitários de saúde, por meio dos gerentes. Os olhares de ambos, nesse momento, se juntam. Por isso, a relevância de considerar a

composição da ótica de outros profissionais e, não só do ACS (FURLAN, 2008).

De um modo geral os maiores desafios verificados pelos gerentes são: reconhecimento financeiro, qualificação e formação e dificuldade de morar e trabalhar no mesmo bairro. Conforme relatos abaixo:

Eles reclamam muito do salário, eles não se sentem valorizados. Eles não tem o 25% que toda a equipe tem, de gratificação de PSF. (gerente 8)

Eu acho que o salário deles é muito pouco, é ruim...isso desmotiva. E a sobrecarga de trabalho, eles fazem muita coisa que não é da atribuição deles. (gerente 2)

Que eles (ACS) tenham o perfil, que gostem dessa função, e sejam devidamente remunerados. (gerente 4).

A desvalorização financeira sobre o trabalho de agente comunitário de saúde é reconhecida não somente pelo valor real do salário mensal que, se comparado com os demais membros da equipe, há uma importante diferença, mas, sobretudo, relaciona-se com as muitas tarefas que eles realizam (PUPIN e CARDOSO, 2008).

Esse contexto também foi analisado por Nunes et al (2002), em que a autora relata que com a entrada do ACS no PSF, naquela época, aumentava significativamente o trabalho e a responsabilidade desse profissional. E a diferença salarial é mais crítica, se, comparada com os demais membros da equipe, sendo esse sentimento de desvalorização salarial, também compartilhado por todos da equipe.

Os gerentes também relataram a incipiente formação dos agentes comunitários. Muitos entram para a profissão sem saber, ao certo, qual é a função desse trabalhador. Esse dado, também foi constatado em pesquisa anterior pela pesquisadora (MENEGUSSI, 2011), em que os ACS não sabiam o que de fato, faziam dentro das unidades, e aqueles que sabiam, viram que na prática, não acontecia.

No último processo seletivo da Prefeitura Municipal de São Carlos, as pessoas que pleitearam a vaga, passaram por duas fases avaliativas: a

primeira era a prova objetiva, e a segunda e última etapa, era o curso introdutório de ACS, que ao final era aplicada uma prova sobre o conteúdo.

O material utilizado no curso foi elaborado pelos próprios profissionais da rede de saúde com a contribuição dos residentes multiprofissionais em saúde da família e comunidade. O conteúdo é ampliado e aponta para várias questões de ordem biopsicossociais que podem ser identificadas e encontradas no território de atuação, com abordagem clara e objetiva. Foi utilizada a metodologia ativa de aprendizagem, o que favorece a construção da aprendizagem coletiva.

Entretanto, apesar do conteúdo ministrado atender as necessidades gerais e iniciais da formação do agente comunitário, ele não é a garantia de “acertos”. Os sujeitos dessa pesquisa apresentaram os seguintes contextos:

A profissão do agente comunitário, ela não tem uma formação, né? A formação acontece quando o agente entra na unidade de saúde, e a formação acontece ali. Quer dizer, eles entram despreparados e dependendo do serviço de saúde que eles entram, eles ficam jogados. Mas o que eu percebo também é que muitos na hora que entram, entram sem saber o que é a profissão. E na hora que entra, vê que é uma profissão muita complexa, toma um susto. (gerente 2)

Eu vejo que há hoje a necessidade de um curso de formação, ou antes, de entrar na área, que já tá concursando já, ou até mesmo antes pra pessoa saber o que ela vai fazer, um preparo. Pra tá conhecendo o próprio trabalho. Tudo bem que a gente só conhece quando tá no trabalho, mas eu acho que deveria ter um curso antes, de formação. (gerente 5)

De acordo com Queirós e Lima (2012), uma estratégia significativa para atender as necessidades dos agentes comunitários de saúde no interior das instituições de saúde e fortalecê-los, seria o de repensar a importância de um curso técnico. Esse curso proporcionaria qualificação ao trabalho e desenvolveria o saber e o fazer crítico e reflexivo.

A análise das autoras relacionam-se com a fala do gerente 2, que disse:

a criação de um curso técnico, gera fortalecimento da profissão e traça o perfil. A preparação bem feita, pode minimizar frustrações e possíveis angústias.

Outra importante estratégia apontada por Nascimento e Correa (2008), é que os municípios fomentem cursos de formação e qualificação para os agentes comunitários, visto que contribuirá para o fomento de habilidades e competências desses profissionais. As autoras entendem que esse processo de formação precisa ser contínuo, na medida em que está “permeado pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e a avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano.” (NASCIMENTO e CORREA, 2008, p. 1311).

Contudo é importante destacar que, o processo de formação deve ser ocorrer dentro das equipes de saúde, por meio dos gerentes. Na PNAB (2011) essa exigência é apresentada como um processo constante que contribuirá para o processo de formação, qualificação e orientação do trabalho do agente comunitário de saúde, sendo assim, essa responsabilidade precisa estar clara para os profissionais que realizam a coordenação das equipes. Caso contrário, o que se percebe é um esvaziamento das competências que cabem aos gerentes.

A formação incitada por São Carlos é válida, visto o fomento de novas práticas e repensares que o material trabalha, porém não pode parar no curso introdutório. Como o próprio nome diz, ele apenas introduz algumas questões que merecerão atenção contínua no dia a dia de trabalho. E é isso que os gerentes, gestores e demais profissionais anseiam em seus espaços de trabalho, sobretudo, em territórios que são permeados de problemas e mazelas sociais.

Outra importante observação é sobre a premissa do Ministério da Saúde, no que tange a exigência do agente comunitário de saúde morar no território em que irá atuar. Com base nessa vertente, alguns autores têm realizado consideráveis apontamentos, sobre essa obrigatoriedade.

Estudos de Queirós e Lima (2012), Jardim e Lancman (2009), Costa e Ferreira (2012) e Menegussi (2011), apontam a importância de repensar a inserção do agente comunitário de saúde na comunidade, uma vez, que ao longo dos anos aconteceram modificações no recrutamento desse profissional, repercutindo nas relações entre o serviço de saúde e a comunidade e, além disso, essa inserção tem contribuído para um desgaste físico, mental e

emocional intenso. “Ao mesmo tempo que promove vínculo, provoca invasão de privacidade do profissional. Isso faz com que o ACS acabe atuando durante 24 horas do dia, resultando, com grande frequência, em sofrimento psíquico para ele” (COSTA e FERREIRA, 2012).

Eles (ACS) são obrigados a morar na área de abrangência, e isso incomoda muito, muito eles... (gerente 2)

Há gerentes que percebem esse “incomodo” na rotina de trabalho e de vida dos ACS, porém para outros, essa possibilidade do agente comunitário poder residir em outro bairro, é impensável.

Tirar o fato dele morar na região, eu acho que vai quebrar muito. Eu acho que é importante ele morar na região, conhecer a necessidade da população...e que ele passa pelas mesmas necessidades...então eu acho que isso é muito importante. (gerente 3)

Em São Carlos, já foi iniciado o movimento de ampliação do território, onde o ACS pode morar em uma determinada área, que não seja exatamente a sua região de atuação. Conforme o relato abaixo:

Um ACS que mora aqui, ele pode por exemplo trabalhar no Zavaglia. Já virou uma área mais abrangente... antigamente o ACS tinha que tá no bairro mesmo, agora não...ele pode morar perto. Agora já vieram com outra idéia de que ele pode morar em qualquer outro lugar. (gerente 3)

O objetivo deste trabalho não é o de avaliar o quão favorável é morar ou não no território de abrangência da unidade, porém é necessário que novas reflexões incitem sobre o tema.

Assim como Queirós e Lima (2012, p. 270), a pesquisadora concorda com a essencialidade do pertencimento à comunidade para a constituição da identidade profissional, porém, defende a necessidade de superar essa “polêmica que tem restringido o pleno direito de mudança de endereço”. Ela igualmente acredita que, é necessário estruturar por meio da gestão do trabalho, mecanismos que considerem este problema.

Por fim, alguns gerentes apresentaram a importância de perceber o agente comunitário de saúde para além do trabalho. Ainda que muitos tenham a dificuldade de lidar com as relações interpessoais, como já mencionado em análise anterior, todos eles demonstram preocupação com esse trabalhador, humano e social, tão diferenciado dentro do SUS. Esse reconhecimento é importante, visto que em pesquisas da área, é comumente observada relatos de ACS sobre a falta de cuidado e de um olhar ampliado sobre eles.

[...] Ele é morador da área, é usuário e isso gera conflito. O outro o vê como funcionário, que tem que trabalhar. Não percebem que tem essa coisa...Antes do ACS ser um funcionário, ele é um usuário, antes de ser usuário, ele é uma pessoa, que precisa de atenção, de ser olhado, de cuidado...eu tento fazer isso. (gerente 6)

Fizemos uma reunião lá em casa e isso é importante também. A gente sai um pouco desse espaço, conhecer o dia a dia da gente, nós somos humanos. Embora sejamos gestores, tem uma vida comum, como a deles: tem problemas, tem filhos, enfim... não sou chefe, somos iguais. (gerente 8)

Posturas como as relatadas acima, fazem diferença no cotidiano de trabalho e aproximam a relação entre os gerentes e os agentes comunitários de saúde. Fortuna et al (2005) aponta a relevância do papel do coordenador em relação à escuta e ao cuidado, uma vez que este deve atuar como o elo entre a equipe e a gestão, representando as necessidades e fragilidades do grupo.

Finalizando as análises aqui expostas, apresenta-se a citação de Costa e Ferreira (2012), em que a dimensão do cuidado deve ser observada cotidianamente.

O trabalho em equipe vai se constituindo no seu fazer do dia a dia. Precisa ser analisado e preservado, pois passa por momentos de dificuldades, de insatisfação. Os profissionais anseiam por essa atenção. A equipe também precisa ser cuidada para produzir cuidados. Para os agentes, ao mesmo tempo que cuidam, eles precisam ser cuidados. (COSTA e FERREIRA, 2012, p. 470)

Sabe-se que a equipe não se restringe apenas aos ACS, todos os profissionais têm a sua importância e contribuição na Estratégia Saúde da Família. As reflexões aqui apresentadas podem e, devem ser ampliadas, de modo que favoreça novas práticas no interior das equipes de saúde.

CAPÍTULO 5: CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com as caracterizações das quatro unidades de saúde, identificou-se que a maioria tem 13 anos de funcionamento. Três equipes estão incompletas, nas áreas de agente comunitário de saúde, dentista e médico. Com relação à mudança de gerente em menos de um ano, três unidades tiveram mudança, sendo nas áreas de enfermagem e odontologia.

Sobre os gerentes pesquisados, a maioria é do sexo feminino, sendo seis mulheres e apenas dois homens. A profissão predominante nas unidades pesquisadas é a enfermagem, ainda que a odontologia exerça um papel importante no gerenciamento do espaço de trabalho. O único médico entrevistado apresentou um grau importante de envolvimento com as questões gerenciais.

O tempo que os gerentes têm de experiência no âmbito da saúde da família varia entre 04 anos e 11 anos. Foram identificados profissionais que estavam há apenas 04 meses como gerentes nas unidades, apenas dois gerentes, faziam parte da equipe há mais de 5 anos.

Em relação à formação profissional, todos os entrevistados apresentaram curso de pós-graduação com especialização na área e, dois gerentes, possuem pós-graduação na modalidade *stricto sensu* (mestrado e/ou doutorado) e outros dois, cursam especialização sobre Gestão de Organizações Públicas, visto a necessidade de desenvolverem essa habilidade em sua prática de trabalho.

Em todas as unidades de saúde da família analisadas, não havia equipe formada com tempo igual de trabalho. Todas elas apresentaram diferentes inserções dos profissionais entrevistados, o que representa uma heterogeneidade nas relações estabelecidas e na compreensão da dinâmica da equipe.

O estudo identificou que os gerentes possuem uma compreensão clara em relação ao trabalho do ACS, cujas definições apontam às análises teóricas e do Ministério da Saúde, definindo esse trabalhador, na maioria das vezes, como o elo ou a ponte entre a comunidade e o serviço, ressaltando a importância do vínculo, por ser morador da área.

Ainda sobre a compreensão desse profissional, a maioria dos gerentes traz relatos de uma profissão e atuação idealizada e messiânica,

colocando para o ACS a efetivação de um Sistema Único de Saúde. Esse discurso pode ser visto de forma a isentar os demais profissionais da responsabilidade de lutar por um SUS melhor e de qualidade, pelo fato de muitas pesquisas e, até mesmo, documentos ministeriais atribuir para o ACS o sucesso da atenção básica.

Outra questão importante que foi verificada refere-se à mudança do perfil do ACS, que ao longo dos anos sofreu modificações desde a sua forma de ser e agir, como de contratação, impulsionada pelo contexto social, político e econômico que interfere fulcralmente na forma como as profissões evoluem. Tais alterações merecem revisões pelos gestores, pois já refletem na rotina de trabalho.

Aproximando-se do olhar do gerente em relação aos ACS das unidades em que atuam, as avaliações e percepções sobre o trabalho deles são, de maneira geral, positivas, entretanto há apontamentos que merecem atenção, visto que contrariam a finalidade proposta pelo Ministério da Saúde.

O maior destaque se dá pelo desvio de função constatado na fala de todos os gerentes, inclusive esse dado também foi verificado em estudo anterior realizado pela pesquisadora. As funções administrativas absorvem o agente comunitário, e de maneira consciente ou não, acabam se focando mais em atividades burocráticas do que nas atribuições de seu trabalho.

É importante ressaltar também que, ainda que os gerentes identifiquem essa fragilidade no trabalho das unidades e, mais especificamente, na prática do ACS, esses dados nunca foram problematizados com os gestores de São Carlos a fim de atender uma exigência ministerial e do próprio edital do processo seletivo.

Outra apreensão importante é em relação ao olhar dos gerentes sobre as suas próprias atividades. Os diálogos que surgiram ao longo das entrevistas, mobilizaram muito a pesquisadora, afinal seu objetivo era o de levantar dados sobre as significações do trabalho do agente comunitário e, ainda que um dos objetivos fosse o de desvelar possíveis dificuldades pelos gerentes, esse dado tomou dimensões que, de certa maneira, não eram esperadas.

A maioria dos gerentes pediu, quase que literalmente, socorro. As fragilidades que tangem as relações interpessoais, mediação de conflito, dificuldade de comunicação e, demais problemas que fazem parte do cotidiano nas equipes de saúde, são dificilmente trabalhadas no dia-a-dia das equipes. Há indícios que a falta de preparo e formação adequada, sejam os maiores motivos.

Alguns gerentes, devido à formação obtida, conseguem lidar com os contextos relatados acima, utilizando-se de metodologias dialógicas e muita observação, que respaldam sua atuação. Porém, em algumas equipes, posturas como essas obtiveram pouco sucesso.

Há gerentes que perderam o interesse pela Estratégia Saúde da Família, e que cumprem apenas protocolos clínicos, e somente a minoria, consegue desenvolver um trabalho que o estimule e signifique sua prática.

É de suma importância garantir a esses gerentes espaços de acolhida e de educação permanente. Foi perceptível que, cobrar dos gerentes cuidado e supervisão de toda uma equipe, quando eles na verdade também estão sem cuidado e suporte, é incorrer em erros.

Uma potência importante dentro das unidades de saúde da família é a gestão compartilhada. Para os gerentes esse modelo de gestão lhes ajuda a dividir o trabalho e o compromisso que é exigido pela Política de Atenção Básica, garantindo maior participação da equipe na tomada de decisões.

Por fim, os gerentes apresentaram os desafios que identificam para o trabalhador ACS. De um modo geral os maiores desafios verificados são: reconhecimento financeiro, qualificação e formação e, dificuldade de morar e trabalhar no mesmo bairro.

Esses apontamentos têm sido observados em diferentes estudos relacionados ao tema. De todos os profissionais da equipe de saúde da família, o agente comunitário é aquele que possui menor remuneração. Questiona-se: se ele é visto como um profissional indispensável e de suma importância para a ESF, visto a organização da política de atenção básica, o que justifica tamanha diferença salarial?

Em relação à qualificação e formação, esses são pilares que devem fazer parte de toda a prática do ACS. Alguns gerentes defendem a criação de

curso técnico, como se isso, pudesse atender as falhas de atuação verificadas. Com certeza, pode vir a minimizar possíveis frustrações, porém a qualidade do trabalho, só será garantida com espaços fortalecidos de educação continuada e permanente. Refletir a prática e o trabalho diário é uma constante!

No que tange a polêmica de morar e trabalhar no mesmo bairro, é um assunto que requer cautela e múltiplos olhares. Não há como esconder que tal inserção gera sofrimentos e privações de vida, porém não há como negar a importância de ser morador da área. Acredita-se que, incitar discussões dessa ordem, é um primeiro passo para essa questão.

Nota-se na fala dos gerentes uma preocupação pelo ACS, cujo olhar denota para uma dimensão além do trabalho. Esse trabalhador possui em sua gênese, algo que o diferencia de toda a categoria profissional do SUS, justamente pela sua essência e inserção. Ser morador, trabalhador e ofertar o mesmo serviço que usa e que oferece, sendo que tudo isso acontece no mesmo território, não é tarefa das mais simples.

Para tanto, ter um gerente e uma gestão que se atente para essas realidades é fundamental para a qualidade do trabalho e da vida dos ACS.

Devido à rotina de trabalho do dia-a-dia, por vezes esse olhar tende a se perder, entretanto os gerentes tem se mantido alertas, fomentado espaços não formais de escuta e de cuidado.

Este estudo apresentou um panorama geral daquilo que mobilizou e motivou a pesquisadora, contribuindo para a reflexão e apreensão de realidades importantes para a Estratégia Saúde da Família, não somente do agente comunitário de saúde, mas também, para os gerentes das unidades e, toda a equipe de saúde.

Acredita-se que novas pesquisas relacionadas às gestões municipal, estadual e federal, são importantes a fim de fomentar novos diálogos com as questões que foram trabalhadas neste estudo, como: as exigências do Ministério da Saúde de morar na mesma área; o não cumprimento de editais de processo seletivo e do próprio MS; formação e preparação dos gerentes para lidar com o processo de trabalho em saúde e o fortalecimento da categoria ACS. Aponta-se ainda, como uma estratégia metodológica de investigação a pesquisa-ação, cujo método contribui com o panorama apresentado.

Por fim, como em toda pesquisa, existem alguns limites e recortes necessários, sendo assim, muito do que foi analisado aqui, requer estudos posteriores e aproximações mais intimistas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Cecília Pintel de; MISHIMA, Silvana Martins. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.** n.9, v.5, agosto 2001.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho. 8. ed. São Paulo: Editora Unicamp, 2000.

BARROCO, Maria Lucia Silva. **Ética e Serviço Social:** fundamentos ontológicos. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.507. **Criação da Profissão de Agente Comunitário de Saúde.** 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Agentes Comunitários.** Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=23176. Acesso em: 21 mai 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Programas de Agentes Comunitários e Saúde da Família:** PCS/PSF. Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Disponível em: <http://www.saudeprev.com.br/psf/saopaulo> Acesso em: 23 mai de 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Disponível em: <http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>. Acesso em: 07 fev. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde.** Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.html>. Acesso em: 20 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social. **8. Conferência Nacional de saúde:** relatório final. Brasília, 1986.

_____. Presidência da República. **Constituição Federativa do Brasil**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 29 de out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica - NOB-SUS 01/96**. Disponível em : <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>. Acesso em: 19 fev. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf> e http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.html. Acesso em: 07 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência a Saúde – NOAS-SUS 01/2002**. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Acesso em: 07 de nov. 2012

CAMPOS, Gastão W.S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CANZONIERI, Ana M. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

COSTA, Elaine M; FERREIRA, Danyege L. Percepções de motivações de agentes comunitários de saúde sobre o processo de trabalho em Teresina, Piauí. Rio de Janeiro, RJ: **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, n. 3,v. 9 p. 461-478, nov.2011/fev.2012.

COSTA, Elisa M. A; CARBONE, Maria H. **Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro, RJ: Rubio, 2004.

FORTUNA, Cinira Magali *et al.* O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev Latino-am Enfermagem**, n.13, v.2, março-abril, 2005

FURLAN, Paula Giovana. O agente comunitário de saúde e a prática na atenção básica: alguns apontamentos. In CAMPOS, Gastão W. S; GUERRERO, André V. P. (org.) **Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008.

GIUGLIANI, Camila et al. **Efetividade do Agente Comunitário de Saúde no Brasil: revisão sistemática**. Disponível em: http://www.rededepesquisaaps.org.br/UserFiles/File/arquivos/revisao_sistemati ca_ACS_pt.pdf. Acesso em: 20 nov. 2011.

JARDIM, Tatiana; LANCMAN, Selma. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v.13, n.28, p.123-35, 2009.

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a história**. 4 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 10 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

MARZARI, Carla K. JUNGES; José R., SELLI, Lucilda. Agentes comunitários: perfil e formação. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 1, v.16, 873-880, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção do projeto neoliberal. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1995.

MENDONÇA, Maria H. M. Profissionalização e regulação do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária. **Trab., Educ. e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2 n. 2, p. 353-365, 2004.

MENEGUSSI, Juliana M. et al. **O agente comunitário de saúde e seus múltiplos papéis: a vida desses trabalhadores no município de São Carlos/SP**. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 2011.

MERHY, Emerson E.; FRANCO, Tulio B. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, Isabel B., LIMA, Julia C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

NASCIMENTO, Elisabeth P. L.; CORREA, Carlos R. S. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 6, v.24,1304-13, jun, 2008.

NETTO, José P.; BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica**. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NOGUEIRA, Roberto Passos et al. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis – o agente comunitário de saúde**. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: www.iepa.gov.br . Acesso em: 21 fev. 2011.

NUNES, Mônica de Oliveira et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 6 v.18, p. 1639-46, nov./dez. 2002.

OLIVEIRA, Raquel G. et al. **O trabalho do agente comunitário de saúde na percepção da comunidade de Anastácio, Estado do Mato Grosso do Sul.** Acta Scientiarum. Health Sciences Maringá, n. 1, v. 25, p. 95-101, 2003.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev.Saúde Pública**, São Paulo, n. 1, v. 35, p. 103 – 109, 2001.

_____. Trabalho em equipe. In: PEREIRA, Isabel B., LIMA, Julia C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde.** 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PUPIN, Viviane; CARDOSO, Cármen L. Agentes Comunitários de Saúde e os sentidos de “ser agente”. **Estudos de Psicologia**, Natal, n. 13, v. 2, p. 157-163, 2008.

PONTES, Ana Lucia M.; BORNSTEIN, Vera J.; GIUGLIAN, Camila. O agente comunitário de saúde em Angola: desafios para sua atuação e para a formação profissional em saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, n. 3, v. 9 p. 521-533, nov.2011/fev.2012.

QUEIRÓS, Agleildes A. A. L.; LIMA, Luci P. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, n. 2, v. 10, p. 257-281, jul./out. 2012.

REIS, Denizi et al. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde.** Módulo Político Gestor. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf. Acesso em: 06 set. 2012.

ROLLO, Adail A. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo “globalizado”. In: SANTOS-FILHO, Serafim B., BARROS, Maria E. B. (Org.). **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde.** Ijuí/RS: Ed. Injuí, 2007

SÃO CARLOS. Prefeitura Municipal. Conheça **São Carlos:** a cidade de São Carlos. Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/conheca-sao-carlos/115268-a-cidade-de-sao-carlos.html>. Acesso em: 02 de junho de 2011.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Administrações Regionais de Saúde.** Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/administracoes-regionais-saude/153938-administracoes-regionais-de-saude-ares.html>. Acesso em: 24 mai. 2011.

_____. **Manual da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade 2009 – 2011.** Universidade Federal de São Carlos. Prefeitura Municipal de São Carlos. São Carlos, 2009.

SILVA, Joana A.; DALMASO, Ana Sílvia W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, São Paulo, n.10, v.6, p.75-96, fev 2002.

SILVA, Virgínia F. Migrantes na periferia urbana: redes sociais e a construção do bairro. **Revista do núcleo de antropologia urbana da USP**, 2007. Disponível em: <http://www.n-a-u.org/artigos3.html#Migrantes na Periferia Urbana>. Acesso em: 22 out. 2012.

SOUSA, Maria Fátima de. **Agentes Comunitários de Saúde: Choque de povo**. São Paulo: Hucitec, 2001.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://apsredes.org/site2013/blog/2013/01/04/barbara-starfield/>. Acesso em: 01 de fev. de 2013.

TOMAZ, João Batista Cisne. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super herói”. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, n10, v6, p.75-94, fev 2002.

VANDERLEI, Maria I. G.; ALMEIDA, Maria C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, n.2, v.12, p.443-53, 2007.

APÊNDICES

A. Roteiro semiestruturado de entrevista

1 - Caracterização do entrevistado

Nome (sigilo):

Sexo:

Idade:

Profissão:

Escolaridade/Formação:

Atividade que desenvolve:

Tempo de desempenho da função:

2 - Questões norteadoras

- A. Qual a sua opinião sobre o trabalho do agente comunitário de saúde?
- B. Como você percebe essa nova categoria profissional do SUS?
- C. Como você avalia os agentes comunitários de saúde de sua unidade?
- D. Na unidade, existe espaço de educação permanente para o ACS?
- E. Alguém orienta a prática do ACS?
- F. Aponte as fortalezas e fragilidades do trabalho do ACS?
- G. Você se sente responsável pela orientação e cuidado do trabalhador ACS?
- H. Os gerentes estão capacitados para orientar a prática profissional e fornecer cuidado para o ACS?
Se não, explique o que precisa ser melhorado.
Se sim, explique as estratégias.

B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Reflexos do Mundo do Trabalho: O agente comunitário de saúde como foco de análise.”, que será realizada para a elaboração da dissertação para a conclusão do Mestrado Profissionalizante do Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos – SP.

Você foi selecionado por fazer parte da Unidade de Saúde da Família do ARES Cidade Aracy e ter a função de gestor na equipe.

Esta pesquisa será realizada pela Assistente Social Juliana Moraes Menegussi e está sob orientação da Profª Drª Maria Lúcia Teixeira Machado e da co-orientação da Profª Drª Marcia Niituma Ogata, do Depto de Enfermagem da UFSCar.

A presente pesquisa pretende investigar e analisar as concepções dos gerentes das Unidades de Saúde da Família de São Carlos, sendo eles, médicos, dentistas e enfermeiros, sobre o trabalho do agente comunitário de saúde, identificando potencialidades e fragilidades a fim de promover e contribuir com novos diálogos frente ao cotidiano do mundo do trabalho em saúde.

Convidamos você a nos conceder uma entrevista com perguntas abertas sobre a temática e sobre a sua atuação profissional. A entrevista será gravada e, posteriormente, transcrita. O uso deste material ficará restrito aos propósitos desta pesquisa.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição e você poderá acessar a qualquer tempo, às demais informações que julgar necessárias.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Esta pesquisa incorrerá em riscos mínimos que poderá ser o cansaço do entrevistado durante a entrevista. Caso isso ocorra você poderá interrompê-la a qualquer momento e retomá-la caso queira.

Esta pesquisa, através da fundamentação científica, possui benefícios como a contribuição para o entendimento da complexidade do agente comunitário de saúde para além da dimensão do trabalho, apontando as potencialidades e desafios existentes para os gerentes das unidades de saúde da família do município de São Carlos/SP.

Aponta-se ainda a possibilidade de disparar discussões e reflexões em nível local sobre as orientações previstas pelo Ministério da Saúde em relação ao trabalho do ACS, com vista à construção de estratégias capazes de proporcionar práticas transformadoras e fortalecedoras sobre o estudo em voga.

Assinatura da Pesquisadora

Juliana Moraes Menegussi

End. Rua Antonio Fornielles, 467

Cel: (16) 8821.5111

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

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, via Plataforma Brasil, conforme parecer de aprovação n. 72042.

São Carlos, de de

Assinatura do sujeito

ANEXOS

A. Edital do Processo Seletivo Público para Agente Comunitário de Saúde da Prefeitura Municipal de São Carlos

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAL

EDITAL DE PROCESSO SELETIVO PÚBLICO¹²

A Secretaria Municipal de Administração de Pessoal torna público, por determinação do Exmo. Prefeito Municipal, Prof. Oswaldo B. Duarte Filho, a abertura de inscrições para o Processo Seletivo para os empregos abaixo discriminados, a serem realizados por meio da "Fundação para o Vestibular da Universidade Estadual Paulista" Júlio de Mesquita Filho" - VUNESP.

I - DOS EMPREGOS E VAGAS

Processo Seletivo n.º	Emprego	Jornada de trabalho*	Vencimento + auxílio alimentação**	Pr.-Requisitos
03	Agente Comunitário de Saúde	40 horas/semanais	R\$ 856,00	- Ensino fundamental completo - Residir na área de abrangência para a qual está se candidatando, desde a data da publicação do presente edital.

* Horário de trabalho flexível podendo ser utilizado períodos diurnos e/ou noturnos, inclusive aos sábados, domingos e feriados, a critério da Administração.

** Auxílio alimentação previsto na Lei 13130/03 incorporado ao vencimento padrão por força da Lei 13771/06.

Número de Vagas do Agente Comunitário de Saúde por Área de Abrangência Regional

Área de Abrangência Regional***	Vagas****
ÁREA 02	13
ÁREA 09	1
ÁREA 13	Cadastro Reserva
ÁREA 14	2

***O limite geográfico abrangido pelas áreas acima descritas, serão publicadas até a data de início das inscrições.

¹² Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/images/stories/concursos2011/18-11-11-PMSC-Concursos-Edital03-ACS.pdf>. Acesso em: 22 de março de 2013

****Tendo em vista que se encontra em validade Processo Seletivo Público regido pelo edital nº 02, a convocação de candidatos habilitados neste edital fica condicionada ao esgotamento do cadastro formado pelos candidatos aprovados e não convocados no Edital nº 02, ou ao término da validade do referido processo seletivo.

II - DAS ATRIBUIÇÕES GERAIS DOS EMPREGOS

Agente Comunitário de Saúde: têm como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares, comunitárias e na Unidade de Saúde, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde e sob supervisão do gestor municipal, nos termos da Lei Federal nº. 11350/06 e legislação correlata.

III - DAS ATIVIDADES

1 - Agente Comunitário de Saúde

- A descrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- Cadastro de todas as pessoas de sua microárea e manutenção dos cadastros atualizados;
- Acolhimento dos indivíduos e famílias, buscando a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Unidade de Saúde;
- Escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- Utilização de técnicas de registro da informação, consolidação e análise de dados das atividades realizadas na Unidade de Saúde, domicílios e comunidade;
- Utilização de Instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio cultural da comunidade;
- Promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;
- Registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimento, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
- Participação nas atividades de planejamento e avaliação, em equipe, das ações de saúde realizadas no âmbito de adscrição da respectiva Unidade de Saúde;
- Identificação de parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe da Unidade de Saúde;
- Estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
- Realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família, de acordo com o planejamento da equipe;
- Orientações às famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- Participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor de saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.

IV - DAS INSCRIÇÕES

1. A inscrição deverá ser efetuada das 10 horas de 28/11/2011 às 16 horas de 02/01/2012 (horário de Brasília), exclusivamente pela internet - site www.vunesp.com.br.

1.1. Para inscrever-se o candidato deverá:

1.1.1. acessar o site www.vunesp.com.br, durante o período de inscrição das 10 horas de 28/11/2011 às 16 horas de 02/01/2012;

1.1.2. localizar no site o "link" correlato ao Concurso Público, quando o candidato deverá:

a) ler o Edital na íntegra e preencher total e corretamente a ficha de inscrição;

b) imprimir o boleto bancário;

c) efetuar o pagamento da taxa de inscrição, de acordo com a tabela do item 2, deste Capítulo, em qualquer agência bancária, até a data limite para encerramento das inscrições (02/01/2012). Atenção para o horário bancário.

1.1.3. Para o pagamento da taxa de inscrição realizada pela internet, somente deverá ser utilizado o boleto bancário gerado no ato da inscrição, até a data limite do encerramento das inscrições.

1.1.4. A efetivação da inscrição ocorrerá após a confirmação, pelo banco, do pagamento do boleto referente à taxa de inscrição. A pesquisa para acompanhar a situação da inscrição deverá ser feita no site www.vunesp.com.br, na página do Concurso Público, dez dias após o encerramento do período de inscrições 02/01/2012. Caso seja detectado algum problema, o candidato deverá entrar em contato com o Disque VUNESP, pelo telefone (0XX11) 3874-6300, nos dias úteis, das 8 às 20 horas, para verificar o ocorrido.

1.1.4.1. O único comprovante de inscrição aceito é o boleto bancário com a autenticação mecânica ou com o respectivo comprovante de pagamento, referente à taxa de inscrição.

1.1.5. As 16 horas (horário de Brasília) de 02/01/2012, a ficha de inscrição não estará mais disponível na internet.

1.1.6. Não será aceita inscrição pelo correio, fac-símile, por depósito em caixa eletrônico, transferência eletrônica, DOC, DOC eletrônico, ordem de pagamento ou depósito em conta corrente, condicional ou fora do período estabelecido de 28/11/2011 à 02/01/2012, ou por qualquer outro meio não especificado neste Edital.

2. O pagamento da importância correspondente à taxa de inscrição poderá ser efetuado em dinheiro ou em cheque, nos valores abaixo especificados:

Processo Seletivo Público nº	Emprego	Taxa
03	Agente Comunitário de Saúde	R\$ 30,00

Obs. No valor mencionado Já estão incluídas as despesas referentes aos serviços bancários relativos às inscrições. Não será concedida ISENÇÃO da taxa de inscrição.

2.1. A inscrição feita com cheque será considerada efetivada após a respectiva compensação.

2.2. Caso haja devolução do cheque, por qualquer motivo, a inscrição será anulada.

2.3. O agendamento do pagamento só será aceito se comprovada a sua efetivação dentro do período de inscrição.

2.4. Em caso de feriado ou evento que acarrete o fechamento de agências bancárias na localidade em que se encontra o candidato, o boleto deverá ser pago antecipadamente.

2.5. Não haverá devolução, parcial, integral ou mesmo que efetuada a maior ou em duplicidade, da importância paga, seja qual for o motivo alegado.

2.5.1. A devolução da importância paga somente ocorrerá se o Concurso Público não se realizar, sendo que a responsabilidade da devolução recairá sobre a Fundação VUNESP.

3. O candidato será responsável por qualquer erro, rasura ou omissão, e pelas informações prestadas, pessoalmente ou por seu procurador, na ficha e no requerimento de inscrição, independentemente do tipo de inscrição efetuada.

4. O candidato deverá no ato da inscrição indicar se é portador de necessidades especiais, de acordo com o Decreto 3.298 de 20/12/99.

4.1. Os portadores de necessidades especiais, quando da inscrição, deverão obedecer ao procedimento descrito no subitem 3, item II.1 - Das Inscrições para Candidatos Portadores de Necessidades Especiais, deste Capítulo.

4.2. Os candidatos que necessitarem de acomodações ou condições especiais para realização da prova como, por exemplo: cadeira especial por estar com braço quebrado e outras deverão fazer, durante o período de inscrição, solicitação à Fundação VUNESP localizada na Rua Dona Germaine Burchard, 515 - Água Branca - São Paulo, SP - CEP 05002-062, pessoalmente ou via SEDEX, especificando: "Concurso PM de São Carlos", nome completo, endereço, telefone e emprego em que está inscrito.

4.3. A VUNESP e a Prefeitura Municipal de São Carlos não se responsabilizam por solicitação de inscrição via Internet não recebida por motivos de ordem técnica, falhas de comunicação, congestionamento de linhas de comunicação, bem como por outros fatores que impossibilitem a transferência de dados.

4.4. A inscrição do candidato implica o conhecimento e concordância com as exigências contidas no presente Edital, bem como pela responsabilidade e conseqüências de eventuais erros no preenchimento da ficha de inscrição.

4.4. Para os inscritos não serão aceitos pedidos para alteração de emprego.

II.1. Das Inscrições para Candidatos Portadores de Necessidades Especiais

1. Nos termos das Leis Municipais n.º 12.663 de 10 de outubro de 2000 e n.º 13.062 de 19 de setembro de 2002, ficam reservados para fins de classificação final, 5% (cinco por cento) das vagas, às pessoas portadoras de necessidades especiais desde que em condições de exercer as atividades exigidas para o desempenho das funções pertinentes e que tenham sido habilitadas em todas as fases do Concurso Público.

1.2. Na aplicação deste percentual, serão desconsideradas as frações inferiores a 0,5 (meio) e arredondadas para maior aquelas iguais ou superiores a tal valor, ou seja, a cada 20 candidatos convocados, 1 será convocado da lista de habilitados na condição de portador de necessidades especiais.

2. O candidato, antes de se inscrever, deverá verificar se as atribuições do cargo são compatíveis com a deficiência de que é portador.

3. O candidato inscrito como portador de necessidades especiais deverá especificar, na ficha de inscrição, o tipo de deficiência que apresenta, e, no período de inscrição 28/11/2011 à 02/01/2012, encaminhar, por SEDEX, à Fundação VUNESP - Rua Dona Germaine Burchard, 515 - Água Branca - Perdizes, São Paulo - SP - CEP 05002-062, os seguintes documentos:

a) relatório médico atestando a espécie, o grau ou nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença - CID, bem como a causa da deficiência;

b) requerimento com a qualificação completa do candidato, bem como a especificação do Concurso Público para o qual está inscrito, e, se for o caso, a solicitação de prova especial, ou de condições especiais para a realização das provas.

4. Consideram-se deficiências aquelas conceituadas na medicina especializada, de acordo com os padrões mundialmente estabelecidos, e que constituam inferioridade que implique grau acentuado de dificuldade para integração social, de acordo com o previsto no Decreto 3.298 de 20/12/1999.

5. Não serão considerados como deficiência visual os distúrbios de acuidade visual passível de correção, como, miopia, astigmatismo etc.

6. A necessidade de intermediários permanentes para auxiliar na execução das atribuições da função, ou na realização da prova pelo portador de deficiência, é obstativa à inscrição no Concurso.

7. As pessoas portadoras de necessidades especiais participarão do Concurso em igualdade de condições com os demais candidatos no que se refere a conteúdo, avaliação, duração, data, horário e local de realização das fases deste concurso.

8. Após o ingresso do candidato a deficiência não poderá ser arguida para Justificar a concessão de readaptação da função, bem como para aposentadoria por invalidez.

1. As vagas reservadas aos portadores de necessidades especiais ficarão liberadas se não tiver ocorrido inscrição ou aprovação destes candidatos, nos termos do § 3º da Lei Municipal nº 12.663 de 10/10/00.

2. Serão elaboradas duas listas de classificados, uma geral, com relação de todos os candidatos aprovados, e uma especial, com a relação dos candidatos aprovados na condição de portadores de necessidades especiais, após comprovação da compatibilidade da deficiência com o emprego, por Junta médica.

3. Os portadores de necessidades especiais aprovados deverão submeter-se a perícia médica, para verificação da compatibilidade de sua deficiência com o exercício das atribuições do emprego.

V - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

1. Cabe à VUNESP a confecção, aplicação e correção das provas objetivas e o processamento do processo seletivo. A Comissão responsável pelo acompanhamento dos trabalhos será designada por portaria do Prefeito Municipal.

2. Os itens deste Edital poderão sofrer eventuais alterações, atualizações ou acréscimos, enquanto não consumada a providência ou evento que lhes disser respeito, circunstância que será mencionada em Edital ou aviso publicado.

3. A inscrição do candidato importará no conhecimento e aceitação tácita das condições do processo seletivo estabelecidas neste Edital e Normas.

4. Será automaticamente excluído do Processo Seletivo o candidato que:

a) não comparecer às provas;

- b) não entregar ao fiscal a folha definitiva de respostas ao final das provas;
- a) usar de meios ilícitos na execução das provas.
5. Os Agentes Comunitários de Saúde deverão anualmente comprovar obrigatoriamente a sua residência na sua área de atuação, sob pena de rescisão contratual.
6. A Administração pública poderá rescindir o contrato de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, unilateralmente, na ocorrência de uma das seguintes hipóteses:
- 6.1 Prática de falta grave, dentre as enumeradas no artigo 482 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, apurado em procedimento no qual se assegure a ampla defesa e o contraditório;
- 6.2 Acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas;
- 6.3 Necessidade de redução de quadro de pessoal, por excesso de despesa, nos termos da Lei Complementar nº. 101 de 04/05/00;
- 6.4 Insuficiência de desempenho, apurada em procedimento no qual se assegure a ampla defesa e o contraditório.
- 6.5 No caso de Agente Comunitário de Saúde o contrato de trabalho poderá ser também rescindido unilateralmente na hipótese de não atendimento ao disposto no item 5, ou em função de apresentação de declaração falsa de residência.
7. Nos termos das Leis Municipais nº. 12.663 de 10/10/00 e nº. 13.062 de 19/09/02, ficam reservadas 5% (cinco por cento) das vagas que vierem a surgir durante a vigência deste processo, para os candidatos portadores de necessidades especiais, desde que aprovados. Considerar-se-á a reserva de vagas quando o número resultante do cálculo de 5% do total de vaga for igual ou maior que um, ou seja, a cada 20 (vinte) candidatos convocados, 1 (um) será convocado da lista de habilitados na condição de portador de necessidades especiais.
8. Os portadores de necessidades especiais participarão do certame em igualdade de condições com os demais candidatos, no que diz respeito ao conteúdo e a avaliação das provas.
9. As vagas reservadas aos portadores de necessidades especiais ficarão liberadas se não tiver ocorrido inscrição ou aprovação destes candidatos, nos termos do § 3º da Lei Municipal nº. 12.663 de 10/10/00.
10. Serão elaboradas duas listas de classificados, uma geral, com relação de todos os candidatos aprovados, e uma especial, com a relação dos candidatos aprovados na condição de portadores de necessidades especiais, após comprovação da compatibilidade da deficiência com o emprego, por Junta médica.
11. Os portadores de necessidades especiais aprovados deverão submeter-se a perícia médica, para verificação da compatibilidade de sua deficiência com o exercício das atribuições do emprego.
12. A aprovação e correspondente classificação não gera direito automático de contratação.

13. O provimento das vagas constantes deste Edital e das que vierem a surgir ocorrerá de acordo com a necessidade da Prefeitura, durante a validade do processo seletivo, obedecendo à ordem de classificação.

14. Não será permitida a acumulação remunerada de cargos e empregos públicos, exceto nas hipóteses previstas no inciso XVI do Art. 37 da Constituição Federal.

15. As convocações para provimento das vagas serão feitas por meio do Jornal oficial do Município, com prazo marcado para o comparecimento, implicando, o não comparecimento, em desistência tácita da vaga.

16. Para efeito de sua contratação fica o candidato sujeito à aprovação em exame médico que o ateste estar em condições físicas e mentais para o desenvolvimento das atividades para as quais está sendo contratado e a apresentação dos documentos que lhe forem exigidos.

17. A inexatidão das informações ou a constatação de irregularidade em documentos, ainda que verificadas posteriormente, eliminará o candidato do processo.

18. O Processo Seletivo terá validade de dois anos, contados da data da sua homologação, podendo ser prorrogado por igual período, a critério da Administração Municipal.

19. Em caso de aprovação fica o candidato responsabilizado por atualizar pessoalmente ou através de procuração o seu endereço e outros dados cadastrais na Secretaria Municipal de Administração e Gestão de Pessoal.

20. Os casos omissos serão resolvidos pela comissão examinadora designada para a realização do processo.

21. E, para que ninguém possa alegar desconhecimento, é expedido o presente Edital e são afixadas as Normas do processo na Secretaria Municipal de Administração e Gestão de Pessoal.

São Carlos, 18 de novembro de 2011.

ANA MARIA CARLOS PONCE

Secretária Municipal de Administração e Gestão de Pessoal

NORMAS DO PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA OS EMPREGOS DE:

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

I - DA SELEÇÃO

A seleção constará das seguintes fases

1ª Fase - Prova Objetiva: A prova versará sobre Português, Matemática e Conhecimentos Específicos; serão de caráter eliminatório e elaboradas de acordo com a especificidade de cada emprego. A prova objetiva terá peso 1 (um). As questões serão de múltipla escolha e distribuídas conforme segue:

Emprego	Provas	Itens	Nível	Valor	Data da Prova Objetiva
Agente Comunitário de Saúde	Português	10	Ensino Fundamental completo	100 pontos	05/02/2012
	Matemática	10			
	Conhecimentos	30			

	Específicos				
--	-------------	--	--	--	--

2ª Fase - Curso Introdutório de Formação Inicial:

Esta fase será de caráter eliminatório e classificatório. Para realizar o curso de formação serão convocados os candidatos habilitados e melhor classificados na 1ª Fase - Prova Objetiva, da seguinte forma:

- áreas com mais de 1 vaga - serão convocados os candidatos no limite de até 3 vezes o número de vagas definido para cada uma das áreas, mais os empatados na última nota considerada;

- áreas com cadastro reserva ou com 1 vaga - serão convocados os candidatos habilitados até a 6ª (sexta) posição, mais os empatados na última nota considerada;

II - DA REALIZAÇÃO DA PROVA OBJETIVA

1 - A prova será realizada na cidade de São Carlos, no dia 05/02/2012, de acordo com a tabela apresentada no "item I - da Seleção" em locais e horários a serem comunicados por meio de publicação no Diário Oficial do Município de São Carlos e afixados na Secretaria Municipal de Administração e Gestão de Pessoal - Rua Episcopal, nº 1575, Centro - São Carlos SP.

1.1. Será excluído do Concurso o candidato que não comparecer ao local de convocação informado no Diário Oficial do Município.

2 - O candidato poderá também acompanhar na honre page da VUNESP - www.vunesp.com.br. ou da Prefeitura Municipal de São Carlos www.saocarlos.sp.gov.br

3 - O candidato deverá comparecer ao local designado para a prova com antecedência de 30 (trinta) minutos, munido de:

a) Comprovante de inscrição;

b) Original de um dos documentos de identidade a seguir:

- Cédula de Identidade (RG);

- Carteira de órgão ou conselho de classe;

- Carteira de Trabalho e Previdência Social;

- Certificado Militar;

- Carteira Nacional de Habilitação (com foto).

Não serão aceitos protocolos, nem cópias dos documentos acima citados, ainda que autenticadas.

Os documentos apresentados deverão estar em perfeitas condições, de forma a permitir a identificação do candidato com clareza.

4 - Não será admitida a entrada de candidato na sala de provas após o seu início.

5 - Não haverá 2ª chamada, seja qual for o motivo alegado, para Justificar o atraso ou a ausência do candidato.

6 - Durante as provas não serão permitidas consultas bibliográficas de qualquer espécie nem a utilização de máquina calculadora ou de qualquer equipamento eletrônico.

7 - Será eliminado do Concurso Público o candidato que, durante a realização das provas, for surpreendido comunicando-se com outro candidato ou terceiros, verbalmente ou por escrito ou usando de meios ilícitos.

8 - O candidato não poderá ausentar-se da sala de provas sem o acompanhamento de um fiscal.

9 - O candidato deverá comparecer ao local designado munido de caneta de tinta preta ou azul, lápis preto e borracha. Não será permitido o uso de corretivo na Folha Definitiva de Respostas.

10 - O candidato lerá as questões no caderno de questões e marcará suas respostas na Folha Definitiva de Respostas, que será o único documento válido para correção eletrônica. O preenchimento da Folha Definitiva de Respostas será de inteira responsabilidade do candidato, que deverá proceder em conformidade com as instruções especificadas na capa do Caderno de Questões e na própria Folha Definitiva. Não haverá substituição de Folha Definitiva de Respostas.

11 - As provas terão duração de 3 horas e ao terminar o candidato deverá entregar ao fiscal a Folha de Resposta e o caderno de questões.

12 - Não será atribuída pontuação à questão que contiver mais de uma ou nenhuma resposta, ou resposta rasurada ou errada.

13 - Por motivo de segurança, os candidatos somente poderão ausentar-se do recinto de provas depois de decorrida uma hora do seu início e não levará o caderno de questões.

14 - Durante a aplicação da prova, poderá ser colhida a impressão digital do candidato, sendo que, na impossibilidade de o candidato realizar o procedimento, esse deverá registrar sua assinatura, em campo predeterminado, por três vezes.

15 - Não haverá em hipótese alguma revisão e/ou vistas de prova.

III - DA REALIZAÇÃO DA 2ª FASE - CURSO INTRODUTÓRIO DE FORMAÇÃO INICIAL

1. DA MATRÍCULA NO CURSO INTRODUTÓRIO E FORMAÇÃO INICIAL - AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

1.1. Os candidatos serão convocados para matrícula no Curso Introdutório de Formação Inicial em dias a serem comunicados por meio de publicação no Diário Oficial do Município.

1.1.1. O candidato que não formalizar a matrícula dentro do prazo estabelecido será desclassificado e, conseqüentemente, eliminado do Processo Seletivo, podendo ser convocado outro candidato, obedecida a ordem de classificação e limite de vagas para o curso estabelecido no edital.

1.2. Para a matrícula no Curso Introdutório de Formação Inicial o candidato deverá apresentar:

1.2.1. cópia da carteira de identidade (RG), CIC e Certidão de Nascimento, Casamento ou de Termo de União Estável devidamente registrado em cartório, ou protocolo em caso de perda;

1.2.2. cópia autenticada do certificado de conclusão do ensino fundamental, ou documento original que comprove a conclusão do curso.

1.2.3. originais dos comprovantes de residência do mês de novembro de 2011 e do mês referente à convocação para a 2ª fase (se o comprovante não estiver no nome do candidato, deverá ser anexado documento que comprove o vínculo).

2. DO DEFERIMENTO DA MATRÍCULA NO CURSO

2.1. Serão deferidas apenas as inscrições dos candidatos cuja documentação atenderem as exigências estabelecidas no Edital do Processo Seletivo, bem como os pré-requisitos estabelecidos no item I - Dos empregos e Vagas, constante deste Edital.

2.2. Os candidatos que tiverem suas inscrições indeferidas serão desclassificados do processo seletivo, podendo ser convocado outro candidato, obedecida a ordem de classificação e limite de vagas para o curso estabelecido no edital.

3. DO CURSO

3.1. Os candidatos serão convocados para a realização do Curso em dias, locais e horários a serem comunicados por meio de publicação no Diário Oficial do Município de São Carlos e afixados na Secretaria Municipal de Administração e Gestão de Pessoal - Rua Episcopal, nº 1575, Centro - São Carlos SP

3.2. O Curso de Formação Introdutório de Formação Inicial será ministrado no período noturno, de Segunda a Sexta, em horários a serem determinados pela Administração.

3.3. O curso de Formação versará sobre conteúdos de organização dos serviços de Saúde, com ênfase na vigilância à Saúde.

3.4. O candidato deverá se apresentar ao Curso em dias, locais e horários já divulgados anteriormente, munido de documento de identificação com foto, sem o qual não poderá participar do curso.

4. DAS PROVAS DO CURSO INTRODUTÓRIO DE FORMAÇÃO INICIAL

4.1 Serão realizadas provas objetivas dos conteúdos que compõem o Curso, que serão elaboradas de acordo com a especificidade do emprego e com questões de múltipla escolha de 5 (cinco) alternativas.

4.2 As provas objetivas serão avaliadas na escala de 0 (zero) a 100 (cem) pontos e terão caráter eliminatório.

4.3 Será considerado habilitado o candidato que acertar, no mínimo, 50% do total das questões que compõem a Prova Objetiva do Curso.

4.4 O candidato será eliminado do Curso e, conseqüentemente, terá sua matrícula cancelada caso não atinja o mínimo de 95% de freqüência estabelecida para o curso ou se for comprovado durante a realização do curso irregularidade no atendimento aos pré-requisitos exigidos para o exercício da função.

IV - DO JULGAMENTO DAS PROVAS

1. A Prova Objetiva da 1ª fase será avaliada na escala de 0 (zero) a 100 (cem) pontos e terá caráter eliminatório e classificatório. Serão considerados habilitados os candidatos que acertarem no mínimo 50% do total das questões da prova.

2. O Curso Introdutório de Formação Inicial será avaliado na escala de 0 (zero) a 100 (cem) pontos e terá caráter eliminatório e classificatório. Será considerado habilitado o

candidato que acertar, no mínimo, 50% das questões que compõem a Prova Objetiva do Curso.

3. O somatório das provas da 1ª e 2ª fase totalizará 200 (duzentos) pontos.

V - CLASSIFICAÇÃO FINAL

1. A Nota Final dos candidatos será composta pela soma dos pontos obtidos na 1ª Fase - Prova Objetiva, somados aos pontos obtidos na 2ª Fase - Curso Introdutório de Formação Inicial.

2. Os candidatos habilitados serão classificados por ordem decrescente da nota final, enumerados em duas listas classificatórias, sendo uma geral e outra especial (portadores de necessidades especiais).

2.1. Após o ingresso do candidato, a deficiência não poderá ser argüida para Justificar a concessão de readaptação da função, bem como aposentadoria por invalidez.

3. A Lista Especial dos aprovados será publicada no Diário Oficial do Município, em ordem alfabética, sendo concedido o prazo de 5 (cinco) dias, a partir da data da publicação, para que os interessados se apresentem na Secretaria Municipal de Administração e Gestão de Pessoal - Rua Episcopal, nº. 1575, Centro, para realização de perícia médica e verificação da compatibilidade da deficiência com o exercício das atribuições do emprego, por especialista da área de deficiência de cada candidato.

4. O laudo médico será proferido no prazo de 5 (cinco) dias contados da data do respectivo exame médico.

5. Quando a perícia concluir pela inaptidão do candidato, constituir-se-á, no prazo de 5 (cinco) dias, Junta médica para nova inspeção, da qual poderá participar profissional indicado pelo candidato.

6. A indicação do profissional pelo interessado deverá ser feita no prazo de 5 (cinco) dias, contados da ciência do laudo referido no item 5.

7. A Junta médica deverá apresentar conclusão no prazo de 5 (cinco) dias, contados da realização do exame médico e não caberá qualquer recurso da decisão proferida pela Junta Médica.

8. Serão republicadas as listas especiais, das quais serão excluídos os portadores de necessidades especiais considerados inaptos na inspeção médica. A classificação final será por ordem decrescente da Nota Final.

9. Em caso de empate da Nota Final, terá prioridade o candidato que:

I - Tiver mais Idade

II - Obtiver o maior número de pontos em Conhecimentos Específicos

III - Obtiver o maior número de pontos em Matemática

IV - Obtiver o maior número de pontos em Português

V - Tiver o maior número de filhos

VI - DOS RECURSOS

1. O prazo para interposição de recurso será de 02 (dois) dias úteis, contados da data da publicação do fato que lhe deu origem.

2. O candidato, dentro do prazo estabelecido no item 1 deste Capítulo, poderá interpor recurso contra o gabarito, o resultado das diversas etapas do Processo Seletivo Público e da classificação final, devendo utilizar o campo próprio para interposição de recursos no endereço www.vunesp.com.br, na página específica do Concurso Público, e seguir as instruções ali contidas.

3. No caso de recurso em pendência à época da realização de alguma das etapas do Processo Seletivo, o candidato poderá participar condicionalmente da etapa seguinte.

3.1. A pontuação relativa à(s) questão(ões) anulada(s) será atribuída a todos os candidatos presentes na prova objetiva.

3.2. No caso de provimento do recurso interposto dentro das especificações, esse poderá, eventualmente, alterar a nota/classificação inicial obtida pelo candidato para uma nota/classificação superior ou inferior, ou ainda poderá ocorrer a desclassificação do candidato que não obtiver a nota mínima exigida para habilitação.

4. A decisão do deferimento ou indeferimento de recurso será publicada no Diário Oficial do Município, e disponibilizada no site www.vunesp.com.br.

5. A Banca Examinadora constitui última instância para os recursos, sendo soberana em suas decisões, razão pela qual não caberão recursos adicionais.

6. O recurso interposto fora da forma e dos prazos estipulados neste Edital não será conhecido, bem como não será conhecido aquele que não apresentar fundamentação e embasamento, ou aquele que não atender às instruções constantes do "link" Recursos na página específica do Concurso Público.

7. Não será aceito recurso interposto por meio de fax, e-mail ou por qualquer outro meio além do previsto neste Capítulo.

8. Não será aceito pedido de revisão de recurso e/ou recurso de recurso.

9. Não haverá, em hipótese alguma, vistas de prova.

VII - DA CONTRATAÇÃO

1. São requisitos para a contratação:

- a) ser brasileiro, nato ou naturalizado ou estrangeiro na forma da lei;
- b) possuir os requisitos necessários para exercer o emprego;
- c) ter 18 (dezoito) anos completos;

1. A contratação será realizada pelo regime da Consolidação das Leis de Trabalho - C.L.T. obedecerá à ordem de Classificação Final dos candidatos e de acordo com as necessidades da Prefeitura, com prévia publicação de convocação no Diário Oficial do Município.

3. Por ocasião da contratação, deverão ser apresentados originais e cópias dos seguintes documentos:

- 3.1. Pré-requisitos previstos no inciso I do Edital do Processo Seletivo;
- 3.2. 2 fotos 3x4;
- 3.3. Carteira de Identidade;
- 3.4. Cadastro de Pessoa Física;
- 3.5. Carteira Profissional (só original);

- 3.6. Título de Eleitor e comprovação de estar quite com a Justiça eleitoral;
- 3.7. PIS/PASEP;
- 3.8. Certidão de nascimento (se solteiro), comprovando ter 18 anos completos;
- 3.9. Certificado de Reservista; para candidatos do sexo masculino;
- 3.10. Certidão de Casamento se for o caso;
- 3.11. Certidão de Nascimento dos filhos se for o caso;
- 3.12. Carteira de Vacinação dos filhos menores de 14 anos se for o caso;
- 3.13. Comprovante de endereço.

VIII - DO PROGRAMA

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Português

Ortografia; separação de sílabas; acentuação gráfica; uso do S, SS, G, J, CH, X; leitura e compreensão de pequenos textos; conjugação de verbos regulares; linguagem formal e informal.

Matemática

Operações e problemas com números inteiros, fracionários e decimais. Medidas de comprimento, de superfície e de volume. Regra de três simples. Problemas envolvendo raciocínio lógico.

Conhecimentos Específicos

1. Conceito de Saúde.
2. Conceito e estratégias de Promoção de Saúde.
3. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde.
4. Conceito de Comunidade e Controle Social.
5. Ferramentas de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde: Entrevista e Visita Domiciliar.
6. Cadastramento familiar e territorial: finalidade e instrumentos.
7. Conceito de Territorialização, de microárea e área de abrangência.
8. Conceito de Acolhimento.
9. Conceito de intersetorialidade.
10. Principais Indicadores de Saúde.
11. Medidas de Saneamento Básico.
12. Construção de Diagnóstico de Saúde da Comunidade.
13. O Agente Comunitário de Saúde e o acompanhamento da gestante e da criança.
14. O papel do Agente Comunitário de Saúde nas ações de controle da Dengue.
15. Estatuto da criança e do adolescente.
16. Estatuto do idoso.

Bibliografia:

BRASIL. Lei 8.080/90.

Disponível em: <http://portalweb02.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=169>.

BRASIL. Lei 8.142/90.

Disponível em: <http://portalweb02.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=169>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético de fazer saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Disponível

em:

http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impresos/folheto/05_0050_FL.pdf

Estatuto do Idoso. Ministério da Saúde. - 1. ed., 2.^a reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 70 p.: il. - (Série E. Legislação de Saúde)

Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estatuto_do_idoso.pdf

Lei n°. 8.069, de 13 de Julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente

Disponível em: <http://www.cide.rj.gov.br/Cidinho/eca/eca.pdf>

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. 119p.

Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_05a.pdf

Roteiro para capacitação de agentes do PACS/PSF nas ações de controle da dengue.

Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2002, 41p.

IX - CRONOGRAMA DE EVENTOS

28/11/11 até 02/01/2012	Inscrições
05/02/2012	Realização da Prova Objetiva
07/02/2012	Publicação do gabarito
08 e 09/02/2012	Recursos contra o gabarito
24/02/2012	Publicação: da análise dos recursos contra o gabarito e das notas das Provas Objetivas
27 e 28/02/2012	Recursos contra as notas das provas objetivas
02/03/2012	Resultado dos recursos contra as notas das provas objetivas
A definir	Publicação da convocação para 2ª fase - Curso Introdutório de Formação Inicial

São Carlos, 18 de novembro de 2011.

ANA

MARIA

CARLOS

PONCE

Secretária Municipal de Administração e Gestão de Pessoal

Rua Episcopal, 1575 - CEP: 13560-570 - São Carlos, SP

Fone (16) 3362-1400 / (16) 3362-1413

B. Parecer Consubstanciado do CEP

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

PROJETO DE PESQUISA

Título: Reflexos do mundo do trabalho: o agente comunitário de saúde como foco de análise.

Área Temática:

Pesquisador: Juliana Morais Menegussi

Versão: 3

Instituição: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

CAAE: 02337312.0.0000.5504

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 72042

Data da Relatoria: 14/08/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo analítico, descritivo, de abordagem qualitativa, através da realização de um questionário com profissionais das áreas de conhecimento da Enfermagem, Medicina e Odontologia de cinco Unidades de Saúde da Família do ARES Cidade Aracy sobre o trabalho do Agente Comunitário da Saúde (ACS).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as concepções dos gestores das Unidades de Saúde da Família de São Carlos, sendo eles, médicos, dentistas e enfermeiros, sobre o trabalho do agente comunitário de saúde.

Objetivo Secundário:

- Analisar a concepção dos gestores sobre o ACS em conformidade com a legislação vigente; identificar as fortalezas e fragilidades descritas pelos gestores das unidades de saúde da família em relação ao trabalhador ACS; desvelar possíveis dificuldades de acompanhamento e orientação acerca do trabalho realizado pelo ACS; contribuir para a garantia de um espaço dedicado ao acompanhamento, supervisão e cuidado do trabalhador ACS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador informa como risco o fato do entrevistado se sentir obrigado a participar da pesquisa, e esclarece que poderá deixar de responder qualquer questão que quiser bem como se sentir desconfortável em algum momento da pesquisa, essa poderá ser interrompida, sem prejuízo algum.

Quanto aos benefícios, informa-se que o presente estudo poderá contribuir para o entendimento da complexidade do agente comunitário de saúde para além da dimensão do trabalho. Aponta-se ainda a possibilidade de disparar discussões e reflexões em nível local sobre as orientações previstas pelo Ministério da Saúde em relação ao trabalho do ACS, com vista à construção de estratégias capazes de proporcionar práticas transformadoras e fortalecedoras sobre o estudo em voga.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa apresenta relevância para a área em questão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

No TCLE constam os Termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

As recomendações anteriores foram atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Na declaração de autorização apresentada agora consta a ciência da enfermeira responsável pelo local onde será realizada a pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

-

SAO CARLOS, 12 de Agosto de 2012

Assinado por:
Daniel Vendruscolo