

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Estevão Alves de Souza

A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS
NO MUNICÍPIO DE MARICÁ-RJ: dinâmicas e dilemas.

Rio de Janeiro

2020

Estevão Alves de Souza

A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS
NO MUNICÍPIO DE MARICÁ-RJ: dinâmicas e dilemas.

Dissertação de Mestrado apresentada à
Escola Politécnica de Saúde Joaquim
Venâncio como requisito parcial para a
obtenção do título de mestre em Educação
Profissional em Saúde.

Orientador: Maurício Monken.

Rio de Janeiro

2020

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

S729f Souza, Estevão Alves de
A formação profissional do Agente de Combate às Endemias no município de Maricá-RJ: dinâmicas e dilemas / Estevão Alves de Souza. - Rio de Janeiro, 2020.
99 f.

Orientador: Maurício Monken

Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Programa de Pós-graduação em Educação Profissional em Saúde, 2020.

1. Formação Profissionalizante. 2. Educação Continuada. 3. Agente de Combate às Endemias. 4. Vigilância em Saúde. 5. Sistema Único de Saúde. I. Monken, Maurício. II. Título.

CDD 370.113

Estevão Alves de Souza

A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS
NO MUNICÍPIO DE MARICÁ-RJ: dinâmicas e dilemas.

Dissertação de Mestrado apresentada à
Escola Politécnica de Saúde Joaquim
Venâncio como requisito parcial para a
obtenção do título de mestre em Educação
Profissional em Saúde Orientador: Maurício
Monken.

Aprovado em 17/12/2020

BANCA EXAMINADORA

Prof. Maurício Monken (Fiocruz/EPSJV)

Profa. Grácia Maria de Miranda Gondim (UFRN)

Profa. Monica Vieira (Fiocruz/EPSJV)

Dedico esse trabalho aos Profissionais
de Ensino da Saúde que se entregam ao
ofício de trabalhar na formação
profissional dos trabalhadores da
saúde.

AGRADECIMENTOS

À Dona Lucia (minha mãe), que sempre acreditou na educação e eterna defensora dos professores;

A minha esposa Priscilla e meus filhos Pedro e Arthur, que sempre me incentivaram a tornar esse sonho em realidade;

Ao meu amigo e chefe Gilson Luiz por ser um grande incentivador para que eu investisse na minha formação;

Ao Professor, orientador e norteador desse trabalho, Maurício Monken, por me ensinar os meandros da escrita, até chegar ao destino correto;

Os professores Monica Vieira, Muza Clara Chaves Velasco e Grácia Maria de Miranda Gondim, que compuseram as bancas examinadoras de qualificação e de defesa de dissertação, que me possibilitaram um novo olhar, em cada ponto nessa longa caminhada;

Aos professores da EPSJV que, nesse rico oceano de ideias, me possibilitaram alcançar os melhores caminhos do meu ambiente;

Aos colegas de turma, que trouxeram tantas vivências e lutas a esse espaço de conhecimento;

Aos colegas da equipe do Programa Educação em Saúde de Maricá-RJ, que em nenhum momento correram da luta e dos desafios que surgiam a cada dia.

RESUMO

Esse trabalho tem como objetivo refletir sobre os processos formativos para o trabalho dos Agentes de Combate às Endemias (ACEs) realizados nos últimos sete anos no município de Maricá-RJ. Como ponto de partida, reuni uma documentação acerca das formações realizadas que permitisse responder as lacunas até então existentes sobre as bases formativas que considere fundamental para o trabalho dos ACEs e discutir as relações que a formação destes trabalhadores realizadas neste município estabelece a partir das diretrizes preconizadas no Sistema Único de Saúde – SUS, tendo como apoio para esta reflexão a lei 11350/06 e as bases conceituais da Educação Popular em Saúde (EPS) e da Vigilância em Saúde (VS), área de atuação deste agente no sistema de saúde.

A dissertação teve como objeto de estudo a formação dos ACE no Programa Municipal de Controle da Dengue - PMCD do município de Maricá/RJ no período mencionado acima. Analisando as políticas públicas para o trabalho dos Agentes de Combate às Endemias, procurei demonstrar que as formações realizadas neste município, não dão um “lugar” no SUS a esses trabalhadores e não são suficientemente capazes para que ele possa desenvolver as práticas sugeridas pela área de atuação da VS.

Os motivos para que isso não aconteça deveriam ser investigados. As condições em que são dadas as formações no município de Maricá-RJ apontam para a manutenção dos antigos processos formativos sob a chancela do Ministério da Saúde (MS) com seus manuais e cartilhas, modelos de formação estes já desgastados e totalmente desconectados com a realidade dos agentes e da população do território.

Lancei luz sobre a importância de se compreender o papel dos agentes no enfrentamento às arboviroses que assolam a população nos dias atuais, pois o ACE é o primeiro elo entre o serviço público e a população, com processo de trabalho que compreende o conhecimento e as informações referentes ao seu território de atuação.

Neste sentido, compreendi a necessidade de mudança nos conteúdos programáticos dos processos formativos. Para isso, tive como perspectiva e centralidade os princípios e diretrizes do SUS, objetivando uma formação para o trabalho baseada no conceito ampliado de saúde, na vigilância em saúde e na educação popular em saúde.

Ao final do estudo considere que os processos formativos ao longo dos anos no município de Maricá não modificaram o processo de trabalho dos agentes e vem afetando a sua qualidade e real finalidade, que diz respeito com a importância de entender e trabalhar no seu território de atuação desenvolvendo suas atribuições de acordo com as necessidades dos moradores e em parceria com eles, detectando os riscos e agravos e as possíveis soluções encontradas em conjunto com a população.

Considere de singular importância que o trabalho do ACE deve ter como ponto de partida as diretrizes do SUS onde está inserido, mas os gestores não entendem a sua importância no sistema de saúde e seu trabalho no território, mantendo-o ainda no modelo sanitário campanhista e o seu processo de trabalho separado da atenção primária e das Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas em seu território de atuação.

Isto gera uma frustração em relação às necessidades para exercer plenamente o trabalho e nas expectativas quanto a sua capacidade de atuação no enfrentamento dos problemas de saúde no território, retirando qualquer possibilidade de identificação deste profissional de saúde como trabalhador do SUS.

Palavras-chave: Formação; Agentes de Combate às Endemias; SUS; Processo de Trabalho; Educação Popular em Saúde; Vigilância em Saúde.

ABSTRACT

This work aims to reflect on the training processes for the work of Agents to Combat Endemics (ACEs) carried out in the last seven years in the municipality of Maricá-RJ. As a starting point, I gathered a document about the training carried out that would allow to answer the gaps currently existing on the training bases that I considered fundamental for the work of the ACEs, as well to discuss the relationships that the training of these workers carried out in this county establishes from the recommended guidelines in the Unified Health System - SUS, having as support for this reflection the law 11350/06 and the conceptual bases of Popular Education in Health (EPS) and Health Surveillance (VS), area of ação of this agent in the health system.

The dissertation had the goal of studying the formation of ACE in the City Program of Control of Dengue - PMCD of the county of Maricá/RJ in the period mentioned above. Analyzing public policies for the work of Agents to Combat Endemics, I sought to demonstrate that the training carried out in this city, does not give these workers a “place” in SUS and is not sufficiently capable for them to develop the practices suggested by the VS's performance.

The reasons for not doing so should be investigated. The conditions in which training takes place in the county of Maricá-RJ reflect on the maintenance of the old training processes under the seal of the Ministry of Health (MS) with its manuals and booklets, training models that are already worn out and completely disconnected from the reality agents and the population of the territory.

I cast light on the importance of understanding the role of agents in tackling arboviruses that plague the population today, as the ACE is the first link between the public service and the population, with a work process that comprises knowledge and skills. information regarding its territory of operation.

In this scenario, I understood the need for change in the programmatic content of the training processes. For this, I had as perspective and centrality the principles and guidelines of SUS, aiming at train for work based on the expanded concept of health, health surveillance and popular health education.

At the end of the study, I considered that the training processes over the years in the county of Maricá have not changed the work process of the agents and have been affecting their quality and real purpose, which concerns the importance of understanding and working in its territory or performance, developing its assignments according to the needs of residents and in partnership with them, detecting risks and injuries and possible solutions found with the population.

I considered it of the utmost importance that the work of the ACE should have as a starting point the guidelines of the SUS where it is inserted, but the managers do not understand its importance in the health system and its work in the territory, maintaining it still in the sanitary and campanista model its work process separate from primary care and Basic Health Units (UBS) located in its territory of operation.

This initiates frustration in relation to the needs to fully carry out the work and expectations regarding his ability to act in dealing with health problems in the territory, removing any possibility of identifying said health professional as a SUS worker.

Keywords: Training; Agents to Combat Endemics; SUS; Work process; Popular Health Education; Health Surveillance.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figuras

FIGURA 1 – As brigadas sanitárias em 1903.....	39
FIGURA 2 – Equipe de ASP em atividade.....	41
FIGURA 3 – Equipe do Setor I de Niterói - 2008.....	43
FIGURA 4 – Distribuição de panfletos educativos.....	66
FIGURA 5 – Agente realizando a visita domiciliar diária em Maricá/RJ.....	66
FIGURA 6 – Trabalho de eliminação de depósitos em terreno baldio.....	67
FIGURA 7 – Trabalho de pulverização em áreas públicas com o Fumacê.....	67
FIGURA 8 – Treinamento prático com os ACES no Território.....	83

- Gráficos:

Gráfico 1 – População do município de Maricá/RJ.....	54
Gráfico 2 – Percentual da área dos Distritos de Maricá/RJ.....	56
Gráfico 3 – Quantitativo de Agentes contratados de 2009/2020.....	65

- Mapas:

MAPA 1 – Maricá na Região Metropolitana do Rio de Janeiro.....	55
MAPA 2 – Maricá e seus distritos.....	56
MAPA 3 – Rede de Equipamentos da Saúde de Maricá/RJ – 2020.....	58
MAPA 4 – As ações de atuação do PMCD no município de Maricá/RJ.....	60
MAPA 5 – Distribuição dos P.As PMCD – Maricá-RJ – 2020.....	61

QUADRO 1 – Modelos de Saúde implementados no Brasil.....	24
QUADRO 2 – Conteúdo Programático utilizado pelo Programa Educação em Saúde para Cursos de Habilitações para ACES – 2009/2016.....	81
QUADRO 3 – Conteúdo Programático do Curso Introdutório de Formação Inicial Continuada (CIFACE) para ACES – 2017/2020.....	84
QUADRO 4 - Curso de Atualização e Normatização das atividades do PMCD – 2018.....	86
QUADRO 5 – Curso Aperfeiçoamento para os ACE – 2018.....	87

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – EQUIPAMENTOS DA REDE DE SAÚDE DE MARICÁ.....	57
TABELA 2 – RELAÇÃO DOS AGENTES DO PMCD.....	61
TABELA 3 – ÁREAS E BAIROS SEM COBERTURA DO PMCD – 2020.....	62
TABELA 4 – QUANTITATIVO DE AGENTES POR ÁREA – 2020.....	63
TABELA 5 – PRODUTIVIDADE DOS AGENTES EM 2019 POR CICLOS.....	64
TABELA 6 – ESCOLARIDADE DOS AGENTES LOTADOS NO PMCD.....	68

LISTRA DE ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica
ABB - Associação Baiana de Beneficência
ABSB - Associação Beneficente Santa Bernadete
ACE – Agente de Combate às Endemias
ACS - Agentes Comunitários de Saúde
APS – Atenção primária em Saúde
ASP - Agentes de Saúde Pública
AT - Atenção Básica
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CBO - Código Brasileiro de Ocupação
CEM - Campanha de Erradicação da Malária
CEU - Centro de Artes e Esportes Unificados
CEV - Campanha de Erradicação da Varíola
CF - Constituição Federal
CIFACE – Curso Inicial de Formação para ACE
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
CNE - Centro Nacional de Epidemiologia
CNS - Conselho Nacional de Saúde
DENERu - Departamento Nacional de Endemias Rurais
EC - Emenda Constitucional
ECD - Epidemiologia e Controle de Doenças
EPS – Educação Popular em Saúde
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FHC – Fernando Henrique Cardoso
FIC - Formação Inicial Continuada
FSESP - Fundação Serviços de Saúde Pública
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
GM – Gabinete do Ministro
IAIA - Instituto de Assuntos Interamericanos
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IEC - Informação, Ensino e Comunicação
JOM – Jornal Oficial de Maricá
LIRAA – Levantamento Rápido de Índices para Aedes Aegypti
LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal
MP - Medida Provisória
MULTIPROF - Cooperativa Multiprofissional de Serviço
NASF - Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NEPS – Núcleo de Educação Permanente em Saúde
NERJ – Núcleo do Estado do Rio de Janeiro
NITCOOP - Cooperativa de Educação e Trabalho Ltda
ONGS - Organizações Não Governamentais
OS – Organizações Sociais
OSCIPS - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PA - Posto de Abastecimento
PEAA – Programa de Erradicação do Aedes Aegypti
PMCD – Programa Municipal de Controle da Dengue
PMM - Prefeitura Municipal de Maricá
PMN – Prefeitura Municipal de Niterói
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNCD - Programa Nacional de Controle da Dengue
PNEPS - Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PNEPSSUS - Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde
PNVS – Política Nacional de Vigilância em Saúde
PROFAGS - Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde
PROFORMAR - Programa de Formação para Agentes Locais de Vigilância em Saúde
RG - Reconhecimento Geográfico
SAE – Serviço de atendimento especializado
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES – RJ – Secretária de Estadual de Saúde/RJ
SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUCAM – Superintência de Campanhas
SURAS – Subsecretaria de Atenção em Saúde
SUSAB - Subsecretaria de Atenção Básica
SUS - Sistema Único de Saúde
SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
VIAMB - Vigilância Ambiental
VS - Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 1 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE E EDUCAÇÃO POPULAR: POLÍTICAS PÚBLICAS NORTEADORAS DA FORMAÇÃO DO ACE.....	19
1.1 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS ORIENTADORAS DA FORMAÇÃO EM SAÚDE.....	21
1.2 A VIGILÂNCIA EM SAÚDE COMO MODELO DE ATENÇÃO BASEADO NO TERRITÓRIO E NA PARTICIPAÇÃO SOCIAL.....	23
1.3 OS PRINCÍPIOS DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE.....	28
CAPITULO 2 - O TRABALHO EM SAÚDE E O TRABALHADOR ACE E SEUS ASPECTOS CONCETUAIS	32
2.1 O TRABALHO EM SAÚDE	33
2.2 ACE: NOVOS NOMES E VELHAS ATRIBUIÇÕES OU VELHOS NOMES E NOVAS ATRIBUIÇÕES.....	35
2.3 ACE: SUA GÊNESE E AS DIVERSAS NOMENCLATURAS.....	37
2.4 AS SUAS ATRIBUIÇÕES AO LONGO DOS ANOS.....	44
2.5 ASPECTOS LEGAIS DA PROFISSÃO.....	48
2.5.1 A Lei 11350/06: seus ramos e avanços.....	52
2.6 A ORGANIZAÇÃO TERRITORIAL DO TRABALHO DO ACE NO PMCD EM MARICÁ/RJ.....	54
2.6.1 O PMCD em Maricá/RJ	58
CAPÍTULO 3 - OS PROCESSOS FORMATIVOS DOS AGENTES DE COMBATE AS ENDEMIAS NO MUNICÍPIO DE MARICÁ-RJ	69
3.1 OS PROCESSOS FORMATIVOS E SEUS INSTRUMENTOS	71
3.2 A FORMAÇÃO DO ACE: MINHAS EXPERIÊNCIAS	74
3.3 OS CURSOS EM MARICÁ/RJ	77
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93

INTRODUÇÃO

O presente trabalho é resultado de preocupações despertadas ao longo da minha trajetória profissional como ACE. Em 24 de outubro de 2020 completei 30 anos de serviço, sendo 20 anos no campo realizando visitas domiciliares pela Secretaria Municipal de Niterói-SMN, 3 anos pela Secretária Municipal de Maricá - SMM, e 7 anos no Programa Educação em Saúde que a partir de 2019 começou a fazer parte do Núcleo de Educação Permanente em Saúde - NEPS da Secretaria de Saúde de Maricá - SMM.

O interesse por esse estudo se intensificou ao longo desse tempo observando os processos formativos oferecidos aos agentes e o papel que tiveram para a intensificação da precarização e desvalorização do nosso trabalho, se acentuando principalmente com o processo de descentralização das ações de controle de endemias a partir de 1990, infelizmente as formações não se alinharam com as mudanças ao longo do tempo das suas atribuições, não possibilitando que de profissionais realize a síntese do processo de trabalho a partir do conhecimento teórico-prático, tornando-o não só atuante na saúde, mas em toda as necessidades do território de atuação.

A partir da observação e análise dos processos formativos desenvolvidos nesses quase sete anos no Programa Educação em Saúde, atualmente NEPS da SMM, veio a ideia de elaborar uma dissertação de Mestrado em Educação Profissional em Saúde, sobre as formações realizadas pelo Programa e suas propostas de intervenção no processo de trabalho dos ACEs neste município.

Destaco a relevância desse estudo e sua atualidade no que se refere a análise do papel da formação na mudança do processo de trabalho desse profissional inserido na área de atuação da Vigilância em Saúde, suas práticas no SUS e de que forma se dá sua inserção no cotidiano do serviço atualmente.

Levando-se em conta que, em termos de processos gerais, a descentralização das ações no SUS implicou em mudanças nas atribuições dos agentes e em novos processos de trabalho, principalmente a partir da recente formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde - PNVS¹ que destaca de uma forma mais ampla o trabalho territorializado como base para a construção do verdadeiro papel desses agentes no SUS.

¹ Em 12 de julho de 2018, foi instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), por meio da Resolução nº588/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Trata-se de documento inédito, norteador do planejamento das ações de vigilância em saúde nas três esferas de gestão do SUS, caracterizado pela definição das responsabilidades, princípios, diretrizes e estratégias dessa vigilância.

A PNVS é definida como uma política de Estado e primordial para o bom funcionamento do SUS, de caráter universal, transversal e orientadora do modelo de atenção à saúde nos territórios. (BRASIL, 2018)

No entanto, as formações realizadas no município de Maricá-RJ no período mencionado, apontam para a manutenção dos antigos processos formativos sob a chancela do MS e seus manuais e cartilhas, modelos estes de formação já desgastados e totalmente desconectados com a realidade social e sanitária dos territórios de atuação, além de impor um processo de trabalho que não se mostra eficaz e sem vínculo com o sistema de saúde local. Nesse sentido, tenho como problemática, o fato das formações oferecidas e realizadas em Maricá/RJ para os ACE, não contemplarem adequadamente referenciais pedagógicos baseados em conceito e métodos que possibilitem estabelecer relação objetiva com os problemas de saúde da população e o processo de trabalho desses profissionais. É preciso investigar as dificuldades que obstaculizam o Programa Educação em Saúde que oferece essas formações, de utilizar referenciais críticos-reflexivos e metodologias significativas que articulem trabalho-ensino-comunidade.

O objetivo geral é analisar os processos formativos implementados pelo Programa Educação em Saúde entre 2014 e 2020 e pelo Programa Municipal de Controle da Dengue - PMCD de Maricá-RJ tendo como referências os princípios e diretrizes do SUS, da VS e da EPS.

Tem como objetivos específicos apresentar breve histórico sobre o trabalho do ACE ao longo do tempo de existência de sua atuação na saúde pública; indicar as mudanças nas atribuições dos agentes, a partir das políticas públicas para o controle do vetor do Ministério da Saúde e da lei 11350/06, que normatiza e legitima a categoria profissional de ACEs e suas implicações no seu processo de trabalho; e por fim identificar as atribuições e o processo de trabalho do ACE e suas influências nos processos formativos desenvolvidos nos últimos sete anos pelo Programa Educação em Saúde no município de Maricá.

O método de pesquisa a ser utilizado é o qualitativo, tendo como base uma adaptação da análise documental a partir da identificação de temas principais destacados do referencial teórico; os Planos de Curso e Conteúdos Programáticos dos processos formativos ao longo dos meus sete anos atuando no Programa Educação em Saúde; e o Relato da experiência do autor durante os quase 30 anos de atividades como ACE.

De acordo com Neves (1996), “a pesquisa qualitativa não busca enumerar ou medir eventos. Ela serve para obter dados descritivos que expressam os sentidos dos fenômenos”.

A PNVS apresenta, como responsabilidades partilhadas entre União, estados, Distrito Federal e municípios: assegurar a oferta de ações e de serviços de vigilância em saúde, estabelecer e garantir a articulação entre os setores responsáveis pelas políticas públicas, desenvolver estratégias para identificar e controlar situações que resultem em risco de agravos à saúde e coloquem em riscos grupos vulneráveis. (BRASIL, 2018)

(p.01). A pesquisa documental com base na análise de conteúdo é um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos.

Esse método prevê três etapas de execução. A primeira é a análise prévia, que consiste na organização do material, operacionalização e sistematização, escolha dos documentos, formulação de hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores e leitura flutuante; a segunda é a análise exploratória, que consiste em codificações e classificações; e a terceira, no tratamento dos resultados obtidos e interpretação, que consiste na tabulação e aplicação de técnicas descritivas de análise.

No entanto, vale ressaltar que não se fez uma aplicação rigorosa nesta dissertação de todas as etapas previstas no método da análise de conteúdo. O estudo se concentrou apenas na indicação da aplicação da técnica descrita por Bardin (2004) somente no que se refere à uma análise com base em temas ou categorias que consideramos fundamentais e de destaque para a identificação dos nossos propósitos de análise.

Proponho adaptar a análise de conteúdo de Bardin, destacando referências baseadas nos conceitos e temas desenvolvidos neste estudo com objetivo de identificar e traduzir os elementos essenciais encontrados nos documentos selecionados.

Os documentos selecionados dizem respeito aos planos de curso e conteúdos programáticos dos processos formativos ocorridos ao longo dos meus sete anos atuando no Programa Educação em Saúde, além de referenciais operacionais de processo de trabalho contidas nas diretrizes dos Manuais do Ministério da Saúde (Instruções para Guardas, Guardas Chefes e Inspetores (1990) e de Instruções para Pessoal de Combate ao Vetor – Normas Técnicas (1998 e 2001) que foram utilizados nos treinamentos dos municípios de 1990 até 2017; e na Lei: 11350/2006 e suas redações realizadas até 2019.

A dissertação tornou-se também um estudo etnográfico, no qual apresento relatos e narrativas a partir das minhas lembranças e reflexões e com isso, realizo relatos pessoais ao longo dos 30 anos de profissão e faço análises acerca da problemática do tema proposto.

A autoetnografia escorrega, evita definições simplistas. É a colisão entre as ciências humanas e as artes, as teorias e as emoções, a “performatividade” – o que acontece agora – e a performance – o que já aconteceu (estudo feito) - é a presença do corpo do(a) pesquisador(a) na linha de frente da pesquisa, no momento da criação (texto ou performance/apresentação) (BRILHANTE; MOREIRA, p.1100).

De acordo com Ellis e Bochner (2000), a autoetnografia é um gênero autobiográfico de escrita e pesquisa que apresenta múltiplos níveis de consciência, conectando o pessoal e

pesquisa que apresenta múltiplos níveis de consciência, conectando o pessoal ao cultural, expondo frequentemente um self vulnerável.

Para Daniela Versiani (2002, ela seria “um conceito produtivo para a leitura de escritas de sujeitos/autores que refletem sobre sua própria inserção social, histórica, identitária, e em especial no caso de subjetividades ligadas a grupos minoritários, também como possível modo de conquistar visibilidade política.” (p.69)

A autoetnografia apresenta como características o desenvolvimento de uma pesquisa a partir de relatos, saberes, reflexões e críticas do próprio autor imerso no tema em que se busca compreensão, por isso, esta produção textual se apresentará na primeira pessoa do singular, com base em relatos e análises de casos vivenciados por mim.

No estudo em tela foram utilizados dois temas de análise: no primeiro, irei investigar se os processos formativos aplicados no município possuem como referenciais as diretrizes e os princípios do SUS. Estes são os instrumentos institucionais que possibilitam a incorporação plena destes trabalhadores no sistema de saúde, tendo como base para a formação o conceito ampliado de saúde e os princípios da vigilância em saúde, área de atuação do SUS que tem como foco no seu processo de trabalho o território e a participação social. A segunda é analisar a real possibilidade de mudança nos processos de trabalho do ACE por meio de propostas formativas que utilizem os referenciais da Educação Popular em Saúde que enfatiza a necessidade da formação ser baseada nos saberes próprios e específicos da população do território como princípio orientativo na formação.

Para o alcance dos objetivos propostos e das subseqüentes respostas às questões formuladas, esta pesquisa será dividida em três partes.

A primeira parte é a fundamentação teórica da pesquisa, que consiste nas referências conceituais que considero fundamental para a formação do ACE com base na Educação Popular em Saúde e voltada para um trabalhador vinculado ao SUS e na área de atuação da Vigilância em Saúde.

Em seqüência apresento um breve histórico sobre o trabalho e a profissão de agente de combate às endemias, suas diversas nomenclaturas ao longo do tempo, as atividades de combate as arboviroses e suas atribuições desenvolvidas antes e depois do SUS e as leis que fundamentam e potencializam a profissão destes trabalhadores.

Na terceira parte, para atingir às respostas, tendo como referência as especificidades do trabalho do ACE, o SUS e em particular a área de atuação da Vigilância em Saúde e as bases da Educação Popular em Saúde, verifico as condições em que se deram os processos

formativos nesses últimos sete anos realizados pelas estruturas funcionais do Programa Educação em Saúde sob a orientação das políticas públicas adotadas pelo PMCD.

Todo o processo de investigação nesta dissertação teve como ponto de partida uma narrativa pessoal acerca da minha trajetória profissional ao longo desses anos como Agente de Combate as Endemias, tendo 23 anos trabalhado no campo realizando visitas domiciliares e 7 anos no Programa Educação em Saúde desenvolvendo estudos identificados a partir das novas tendências para a formação desses trabalhadores.

CAPÍTULO 1 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE E EDUCAÇÃO POPULAR: POLÍTICAS PÚBLICAS NORTEADORAS DA FORMAÇÃO DO ACE

Tenho como foco neste estudo compreender a importância da formação em saúde com base em referenciais pedagógicos e operacionais que sejam adequados ao modelo de atenção à saúde em vigor nos últimos anos, principalmente após a implementação do Sistema Único de Saúde - SUS.

Entendendo como Modelo de Atenção à Saúde como um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. (MENDES, 2011)

PAIM (2012) aponta que

se a teoria do processo de trabalho aponta diferentes objetos, meios e atividades, os modelos de atenção refletem as combinações tecnológicas dispostas nos meios de trabalho. São uma espécie de lógica que orienta a ação e organiza os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas de saúde. Indicam um determinado modo de dispor os meios técnicos-científicos existentes para intervir sobre riscos e danos à saúde. Portanto, a teoria do processo de trabalho em saúde fornece elementos fundamentais para a compreensão e crítica dos modelos de atenção à saúde. (p. 555)

Considerando a construção e processo histórico do sistema de serviços de saúde no Brasil, vários modelos foram propostos a partir do modelo de desenvolvimento econômico, social e político, vigentes em cada período. Identifiquei três modelos que convivem historicamente de forma contraditória ou complementar no processo de trabalho dos ACEs: o modelo médico assistencial que enfatiza a dimensão biológica e a prática médica; o modelo sanitarista que foca nas necessidades coletivas, investe sobre doenças específicas e transmissíveis e atuando de forma de campanhas e programas pontuais e o modelo Vigilância em Saúde que enfatiza a análise de problemas de saúde buscando as causas, os riscos e os possíveis danos para assim desenvolver ações e operações com intervenções pontuais e práticas.

Essa dissertação faz uma trajetória conceitual que compreende desde aspectos conceituais que estruturam o SUS, seus princípios e diretrizes (PAIM, 2000; MATTA, 2007), em destaque para a área de atuação da Vigilância em Saúde onde se encontra institucionalmente os ACE (TEIXEIRA, PAIM e VILLASBOAS, 2000; PAIM & ALMEIDA, 2000), passando por questões sobre a educação profissional, em particular as que

se referem à esses trabalhadores (GONDIM, (2011, 2016); GONDIM & MONKEN, (2003, 2017); GONDIM et all, (2017)); (MONKEN, 2008); (DELUIZ, 1997); (VIEIRA, 2007 e 2013); (RAMOS e BRASIL; 2006).

Outro caminho de orientação conceitual diz respeito à Educação Popular em Saúde (VASCONCELLOS (2001 e 2007); PALUDO (2012); CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE (2016); e como não poderia deixar de ser, menções a Paulo Freire, uma vez que é considerado a maior referência da teoria da pedagogia dialógica e problematizadora.

Um dos grandes desafios da formação em saúde para os trabalhadores do SUS é projetar melhor articulação do ensino com o serviço e maior participação junto à comunidade na perspectiva do fortalecimento da participação social nos reais problemas de saúde do território. (AMARAL, PONTES; SILVA, 2014)

Ao longo dos anos, foram várias as intenções de aproximar as áreas da educação e da saúde:

“A formação dos trabalhadores da saúde não se orienta pela leitura das necessidades sociais em saúde. É conduzida sem debate com os organismos da gestão e de participação social do SUS, resultando em autonomização do Ministério da Educação, das Universidades e das Sociedades de Especialistas nas decisões relativas às quantidades e características políticas e técnicas dos profissionais de saúde a serem formados”. (BRASIL, 2001, p.42-3)

A Educação Popular em Saúde com seu modo particular de conhecer e enfrentar os problemas das populações mais vulneráveis e a Vigilância em Saúde, como uma área de atuação do SUS cujo modelo operacional está pautado no território e na participação social, podem ser os elementos principais para diminuir a distância entre os serviços de saúde, o trabalho dos ACE e a população e, com isso, ser a base para a educação em saúde desses trabalhadores.

Essas são as referências da dissertação para a análise dos documentos analisados e os princípios utilizados para a construção do desenho conceitual e metodológico a partir do qual o processo de formação dos ACEs foi formado nesses últimos sete anos no município de Maricá e suas dificuldades de aplicação a partir do PMCD.

Ao optar por esta perspectiva, assumi neste estudo o compromisso com alguns elementos conceituais que direcionaram as análises dos processos formativos do Programa Educação em Saúde no município de Maricá-RJ. Dentre eles, destacam-se três categorias: princípios e diretrizes do SUS; Vigilância em Saúde (VS) com base no território e na participação social e a Educação Popular.

1.1 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS ORIENTADORAS DA FORMAÇÃO EM SAÚDE

O Movimento Sanitário Brasileiro iniciado em 1970 que tinha o envolvimento de milhares de intelectuais, trabalhadores da saúde e usuários, criticavam o modelo de saúde vigente no período militar irá a partir da abertura política e democrática propor uma ampla reforma do sistema de saúde tendo como fonte a Constituio e sua seo que trata da saúde.

A pauta principal do Movimento era a proposta para a criao de um novo modelo de sistema de saúde para o país, em particular com uma concepo ampliada de saúde a partir dos determinantes sociais do processo saúde-doença e a criao de um sistema público de assistência  saúde, gratuito com garantia de acesso universal do cuidado para todos os brasileiros, ou seja, universal, público e gratuito.

O SUS se apresenta como o modelo público de aoes e serviços de saúde no Brasil determinando um novo arcabouço jurídico-institucional no campo das políticas públicas em saúde.

Matta (2007) aponta que a base legal do SUS  constituída fundamentalmente por três documentos que expressam os elementos básicos que estruturam e organizam o sistema de saúde brasileiro:

“O primeiro  a Constituio Federal de 1988, na qual a saúde  um dos setores que estruturam a seguridade social, ao lado da previdência e da assistência social (Brasil, 1988). O segundo  a lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, também conhecida como a Lei Orgânica da Saúde e que dispõe principalmente sobre a organizao e regulao das áreas e serviços de saúde em todo território nacional (Brasil, 1990a). O terceiro  a lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabelece o formato da participao popular no SUS e dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990b)”. (p. 61)

Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, o SUS parte de uma ampliao do direito  saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratizao e compartilhamento da gestão do sistema de saúde. (CRUZ apud NORONHA, LIMA; MACHADO, 2008)

Faria (2013) aponta que

“Há dois aspectos composicionais do SUS que merecem certa ateno geográfica. O primeiro  o caráter de direito. A “saúde  direito de todos”, diz a Constituio (BRASIL, 1989). E isso determina o princípio mais importante deste novo sistema que  a universalidade da ateno”. (p.132)

O caráter universal do SUS, ainda hoje não alcançado, acabou impondo ao Estado a necessidade de certo arranjo territorial na organização dos serviços. Afinal, não é possível que a saúde seja acessível a todos, indistintamente, se as pessoas não têm acesso ao sistema. E o acesso depende, obviamente, da existência dos serviços nos territórios. O modo encontrado para se resolver isso foi implementando a política da descentralização da saúde no Brasil, numa tentativa clara de levar os serviços aos territórios e, dessa forma, tornar o sistema acessível. Com a descentralização o Município ganha importância e com ele o território (FARIA, 2013 apud PAIM, 1993).

Por isso, o caráter sistêmico do SUS faz todo sentido, ou seja, a necessidade de que suas ações e serviços sejam arranjados integradamente. Do contrário, não seria um sistema de saúde, nem mesmo universal (único) e dificilmente equitativo. A integralidade supõe algo mais que a integração dos serviços e suas especialidades, afirma Mattos (2006), pois exige pensar a saúde como totalidade, não apenas como setor.

No art. 196 da Constituição Federal de 1988: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantidos mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2012, p. 135)

Do SUS, emergem princípios básicos: acesso universal e igualitário a ações e serviços; participação comunitária; rede regionalizada e hierarquizada; e descentralização, cujas ações de saúde devem ser desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda a princípios como: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (BRASIL, 1988)

Nos processos formativos e nas práticas de saúde, especialmente dos ACEs, a criação do SUS tem exigido muitas mudanças, a partir do processo de descentralização das ações do combate as arboviroses, onde foi repassado para os municípios a operacionalização e gestão do processo de trabalho.

Infelizmente a formação em Saúde no Brasil ainda tem sua história marcada pelo total desinteresse em articular o ensino e as necessidades sociais de saúde. As dificuldades do

sistema de saúde nacional em atender às necessidades de saúde mescla-se a provocação do sistema educacional em formar profissionais capazes de intervir nessa direção. (AMARAL; PONTES; SILVA, 2014)

Ceccim e Feuerwerker (2004) afirmam que

Podemos dizer que há consenso entre os críticos da educação dos profissionais de saúde em relação ao fato de ser hegemônica a abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada. O modelo pedagógico hegemônico de ensino é centrado em conteúdos, organizado de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica, dissociando conhecimentos das áreas básicas e conhecimentos da área clínica, centrando as oportunidades de aprendizagem da clínica no hospital universitário, adotando sistemas de avaliação cognitiva por acumulação de informação técnico-científica padronizada, incentivando a precoce especialização, perpetuando modelos tradicionais de prática em saúde. [...] (p. 1402)

A construção do papel desse trabalhador na área de atuação da VS e do SUS, geralmente está relacionada com a política de formação aplicada aos profissionais. Este aspecto é de fundamental importância para a qualidade do trabalho e de suas intervenções sobre os problemas de saúde, haja vista que a formação que se aplica a um trabalhador implica diretamente na relação que será estabelecida com ele.

Entretanto sei que ainda não é o ideal. Estas mudanças para que ocorram se faz necessário profundas transformações na formação e no desenvolvimento dos agentes. As dificuldades a partir das mudanças só poderão ser superadas no momento que mudarmos nossa forma de educar, formar, treinar e acompanhar com olhar crítico o processo de trabalho dos agentes, não pensá-lo somente como um gerador de dados estatísticos e que seu trabalho no enfrentamento das arboviroses, Dengue em particular, não fique restrito na eliminação de criadouros e na colocação de venenos agrotóxicos.

1.2 A VIGILÂNCIA EM SAÚDE COMO MODELO DE ATENÇÃO BASEADO NO TERRITÓRIO E NA PARTICIPAÇÃO SOCIAL

No Brasil, ao longo de toda história da saúde pública, vários modelos de saúde foram implantados que irão sempre apresentar características da conjuntura relativa ao contexto histórico político, econômico e social, responsável pela adoção de modelos de saúde que atendam as demandas e a perpetuação dos grupos que estão no poder.

Guimarães et all (2017), afirma que

“No Brasil dois modelos se consolidaram como dominantes: modelo médico assistencial e modelo sanitário camponês. O primeiro, voltado para atenção individual, entende a saúde, a doença e o cuidado como mercadorias. O segundo volta-se para as dimensões das necessidades coletivas. Incide sobre doenças

específicas, em geral transmissíveis, e se efetiva por campanhas e de programas especiais”. (p.118)

Teixeira, Paim e VillasBoas (2000) apresentam no quadro 1 abaixo tipos e características dos modelos de atenção à saúde que possuem objetivos bem definidos Para atender as necessidades dos mais diferentes grupos sociais.

QUADRO 1 - MODELOS DE SAÚDE IMPLEMENTADOS NO BRASIL

MODELO	SUJEITO	OBJETO	MEIOS DE TRABALHO	FORMAS DE ORGNIZAÇÃO DO TRABALHO
Modelo médico assistencial	Médico especialista, complementaridade com paramédicos e pessoal auxiliar	Doença e doentes	Tecnologia médica (clínica e cirúrgica)	Rede de serviços de saúde centrada no hospital
Modelo sanitarista	Sanitaristas e auxiliares	Modos de transmissão e fatores de riscos	Tecnologia sanitária	Campanhas sanitárias, programas especiais, sistemas de vigilância Sanitária e Epidemiológica
Modelo de Vigilância em Saúde	Equipe de Saúde e população comprometida	Danos, riscos, causas, determinantes dos modos e estilos de vida, necessidades em saúde	Tecnologia da comunicação social, planejamento local, tecnologias médicas sanitárias	Políticas públicas saudáveis, ações intersetoriais, intervenções específicas, operações sobre problemas e grupos

Fonte: TEIXEIRA, C.F., PAIM, J.S. e VILASBÓAS, A.L.2000

De acordo com Teixeira, Paim e Vilasboas (1998),

“o sistema de saúde brasileiro após a constituição de 1988 vem buscando construir modelos de atenção que respondam de forma eficaz e efetiva às reais necessidades da população brasileira, seja em sua totalidade, seja em suas especificidades locais. Os modelos hegemônicos atuais - o médico-assistencial, pautado na assistência médica e no hospital, e o modelo sanitarista, baseado em campanhas, programas e em ações de ‘vigilância epidemiológica’ e ‘sanitária’- não conseguem mais responder à complexidade e diversidade dos problemas de saúde que circunscrevem o cidadão comum nesse início de século.” (p.474)

Em julho de 2018 foi regulamentada a partir da resolução nº 588, de 12 de julho de 2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Trata-se de documento inédito, norteador do planejamento das ações de vigilância em saúde nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizado pela definição das responsabilidades, princípios, diretrizes e estratégias dessa vigilância.

No seu artigo 2, a resolução considera a PNVS uma política pública de Estado e função essencial do SUS, tendo caráter universal, transversal e orientador do modelo de atenção nos territórios, sendo a sua gestão de responsabilidade exclusiva do poder público.

Entende-se Vigilância em Saúde como o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças. (BRASIL, 2018)

A PNVS (2018) incide sobre todos os níveis e formas de atenção à saúde, abrangendo todos os serviços de saúde públicos e privados, além de estabelecimentos relacionados à produção e circulação de bens de consumo e tecnologias que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde.

O modelo baseado na Vigilância em Saúde apresenta-se como alternativa concreta para a substituição ou alternativa aos modelos, na medida que incorpora em seus arcabouços elementos dos dois. Os atores desse modelo não serão somente os profissionais de saúde, entra em cena também a população assistida.

O modelo da Vigilância em Saúde para Paim (1994),

“terá como proposta a oferta organizada de serviços e viria a suplantar as ações dirigidas ao atendimento da chamada “demanda espontânea”, e as realizadas a partir da implantação dos chamados “programas especiais”, dirigidos a grupos populacionais específicos”. (p.52)

O modelo está centrado em alguns elementos, tais como: diagnósticos de problemas e acompanhamento; adoção do conceito de risco; articulação entre áreas promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras; atuação intersetorial junto aos equipamentos de saúde; um perfil situacional do território; e intervenção sob a forma de operações. (PAIM & ALMEIDA, 2000)

É na Atenção Básica (AB) que a Vigilância em Saúde se materializa, mesmo concordando que ela poderia dialogar com outros segmentos das práticas de saúde, pois são desenvolvidas ações numa relação mais local, numa relação direta entre profissionais de saúde, demanda e lugar onde vive, cenário perfeito para uma intersetorialidade.

Possibilitando assim, não somente a prestação do serviço de saúde, e sim um maior entendimento das causas, riscos e danos futuros para o agravamento e/ou surgimento de novas enfermidades para as pessoas atendidas.

Irei me concentrar na perspectiva pedagógica do reconhecimento do território, pois é nele que se estabelecem as práticas sociais e é a partir dele que se organizam as ações da Vigilância em Saúde. Trabalhar sobre os preceitos da Vigilância em Saúde determina a importância de pensar as ações de saúde sob a perspectiva das categorias espaciais da Geografia e sua importância nos estudos das doenças e suas origens.

Conforme Andrade (et al., 2010)

“A geografia da saúde é recente, porém seus estudos surgiram no Brasil, aproximadamente na década de 1950 com a Geografia Médica”. É a partir da década de 1950 que as pesquisas se concentrariam nas doenças presentes nas áreas em que haviam o movimento de interiorização e integração do território brasileiro e, em meio a este contexto é que a Geografia da Saúde no Brasil começara ao arcabouço teórico-metodológico em que se apoiava.” [online]

O uso das categorias geográficas, no campo da saúde, com objetivo de sinalizar e apontar lugares e os perfis demográficos possibilita compreender a finalidade e suas implicações nas origens e causas de doenças a partir do contexto histórico-social em relação às questões de saúde pública identificados no território. Hoje não podemos abrir mão da análise das categorias e metodologias oriundas da Geografia da Saúde para se trabalhar as especificidades e complexidades dos territórios da saúde, olhando para as suas demandas, os riscos e agravos para as populações que ali habitam. (GONDIM; MONKEN, 2003)

É no território que as relações sociais se apresentam e se estruturam as determinações sociais do processo e doença e que, por sua vez, deveriam orientar a operacionalização dos serviços de saúde e das redes de Vigilância em Saúde. Possibilita identificar a origem dos problemas (danos e agravos) de saúde, facilitando o planejamento para as intervenções nas demandas e necessidades no território.

Para Gondim e Monken (2017),

“conhecer o território vivo (território concreto no qual a vida transcorre) contribui para entender como as pessoas adoecem e como podem ter saúde (processo saúde-doença) e para identificar formas de organizar ações e serviços no enfrentamento aos problemas e às necessidades da população.” (p. 109)

Sendo assim, trabalhar na perspectiva do olhar no território facilita o entendimento das práticas de saúde tendo como parâmetros as particularidades e singularidades das populações atendidas. A categoria geográfica do território possibilita ao profissional da saúde, no nosso caso o ACE, um olhar mais atento às especificidades e demandas dos habitantes da sua área de trabalho.

O conhecimento do território é de fundamental importância para a sinalização e avaliação, a partir de uma análise situacional, das necessidades e dos riscos/agravs para determinar políticas públicas que possam atender e melhorar a qualidade dos serviços prestados pelos profissionais de saúde pra a comunidade atendida, pois são nesses espaços que as relações sociais se estruturam. Possibilitando a população e os ACE se fazerem presentes nas discussões junto às equipes de saúde para a confecção dos mapas territoriais de demandas a partir das análises situacionais dos territórios de abrangência dos equipamentos de saúde.

A análise situacional feita pelos profissionais de saúde das áreas de abrangência das USB só poderá ser considerada uma descrição real das necessidades e demandas de uma determinada comunidade a partir da aplicação da participação social, comumente conhecida como participação comunitária no contexto da saúde. Foi estabelecida e regulada pela Lei nº 8.142/90, a partir da criação de Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, nas três esferas de governo, bem como de colegiados de gestão nos serviços de saúde.

Busca-se, assim, a inclusão e a participação de atores sociais historicamente à margem nos processos decisórios do território nacional para que possa participar, com o objetivo de cooperar na definição e na execução da política de saúde sinalizando e avaliando as prioridades para atender suas demandas e necessidades no seu território.

Valorizar a cidadania no processo de trabalho, ouvindo as vozes vividas no território é o que se espera a partir da adoção de um modelo que procura construir conhecimentos a partir da realidade e da necessidade de cada ator participante – trabalhador e usuário -, dando segmento ao cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS e associando-se com a cidadania. (GONDIM; MONKEN, 2003)

Neste sentido, a participação social a que estou me referindo, diz respeito a inserção da população como sujeito junto às equipes de saúde, particularmente no processo de trabalho dos ACE, como menciona acima os autores do quadro 1 em relação ao modelo da vigilância em saúde. A ideia é que a população se incorpore nas decisões por meio dos conselhos municipais, mas não somente neste aspecto. A articulação entre equipe de saúde e população é de ímpar importância para ações com base em tecnologias sociais e de outras de caráter educativo e comunicativo em conjunto com as tradicionais tecnologias da vigilância em saúde no território.

Nesse manancial de possibilidades que a Vigilância em Saúde se apresenta, potencializa a necessidade de uma formação adequada que permita atender: o conhecimento

do território, a participação social e com isso se articular aos princípios da Educação Popular em Saúde como instrumento para alcançar os objetivos desse estudo. Para isso, a formação que estamos preconizando neste estudo, deve se articular aos métodos da educação popular.

1.3 OS PRINCÍPIOS DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

No Brasil, o grande marco legal que permite a institucionalização da Educação Popular em Saúde é a Constituição de 1988, que apresenta uma das grandes conquistas da população brasileira em seu processo de redemocratização: a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que possui, entre seus princípios fundamentais, o princípio da participação popular e controle social, que garante à população a participação nas decisões de políticas públicas de saúde.

A partir dos anos 1950, a Educação Popular no Brasil começa a se constituir. Inicialmente, como o movimento libertário, direcionado à promoção da autonomia das pessoas, à horizontalidade entre os saberes populares e técnico-científicos, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa, ao respeito às diversas formas de vida, à superação das desigualdades sociais e de todas as formas de discriminação, violência e opressão. (SANTOS, 2013, p.42)

Vasconcelos (2001) vai apontar que a Educação Popular em Saúde,

“começa a se estruturar como corpo teórico e prática social no final da década de cinquenta, quando intelectuais e educadores ligados à Igreja Católica e influenciados pelo humanismo personalista que florescia na Europa no pós-guerra, voltam-se para as questões populares.” (p.124)

A efetivação do SUS tem demandado novos modos na prestação de serviço em relação a saúde, portanto, tem exigido novos processos formativos nas instituições de ensino, o perfil de trabalhadores de saúde tem que esta concordância com seus princípios e diretrizes.

A educação popular vai se firmando como teoria e prática educativas servindo como alternativas às pedagogias e às práticas tradicionais, sempre a serviço da manutenção das estruturas de poder político-econômico, de exploração da mão-de-obra e do pensamento único. (PALUDO, 2012, p.283)

Brandão (2006) em sua obra *O que é educação popular?* faz uma reflexão a partir do fato de que a educação popular não parece ser um modelo único ou uma alternativa de prática pedagógica, mas um domínio de idéias e práticas regidas pela diferença, para explorar o próprio sentido da educação.

Ele aponta que

“Pela primeira vez surge a proposta de uma educação que é *popular* não porque o seu trabalho se dirige a operários e camponeses excluídos prematuramente da escola seriada, mas porque o que ela “ensina” vincula-se organicamente com a possibilidade de criação de um saber popular, através da conquista de uma educação de classe, instrumento de uma nova hegemonia.” (p. 48)

A educação popular busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento.

Enfatiza não o processo de transmissão de conhecimento, mas a ampliação dos espaços de interação cultural e negociação entre diversos atores envolvidos em determinado problema social para a construção compartilhada do conhecimento e da organização política necessária à sua superação. Em vez de procurar difundir conceitos e comportamentos considerados corretos, procura problematizar, em uma discussão aberta, o que está incomodando e oprimindo. (VASCONCELLOS, 2007. p. 21)

A ideia dos profissionais de saúde participarem da cultura de relação com as classes populares proposta pela Educação Popular, irá destruir o muro da educação em saúde e sua forma autoritária e normatizadora de transmitir saberes e um instrumento para dar voz as classes populares nas propostas de políticas públicas para a saúde. (VASCONCELLOS, 2007)

‘ A Portaria nº 2721, de 19 de novembro de 2013 institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde que cumpre o papel de redefinir o compromisso com os princípios do SUS de universalidade, integralidade, equidade e, principalmente, participação social, onde define Educação Popular em Saúde como a prática político-pedagógica cujo objeto de reflexão são as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tendo como objetivo a efetiva troca dos diversos saberes, o que leva à construção de conhecimentos individuais – empoderando os sujeitos – e coletivos, ambos capazes de serem introduzidos na realidade dos atores envolvidos, fomentando a participação social na consolidação e construção do SUS.

A Portaria também irá definir as estratégias para os processos formativos propostos para os municípios, segundo a Portaria no seu 2º Art.:

“reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS”. (BRASIL, 2013)

A proposta de EPS tem como objeto de transformação o processo de trabalho, orientada para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. Parte, portanto, da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e no território e sobre o que precisa ser transformado.

A lei 11350/06 vai apontar para a necessidade de se utilizar os referenciais da Educação Popular em Saúde. No meu caso em estudo, é fundamental para ampliar a perspectiva da formação dos ACEs, tanto na dimensão técnica especializada, quanto na dimensão ético-política, comunicacional e de inter-relações pessoais para que eles possam participar como sujeitos integrais no processo de trabalho do PMCD.

No artigo 2º da PNEPS-SUS ressalta o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS.

A Educação Popular em Saúde terá como um dos seus princípios a problematização que implica na existência de relações dialógicas e propõe a construção de práticas em saúde alicerçadas na leitura e na análise crítica da realidade.

Ela possui eixos estratégicos que irão nortear suas ações. O eixo estratégico da formação, comunicação e produção de conhecimento compreende a ressignificação e a criação de práticas que oportunizem a formação de trabalhadores e atores sociais em saúde na perspectiva da educação popular, a produção de novos conhecimentos e a sistematização de saberes com diferentes perspectivas teóricas e metodológicas, produzindo ações comunicativas, conhecimentos e estratégias para o enfrentamento dos desafios ainda presentes no SUS.

No seu quinto artigo a portaria da PNEPS-SUS aponta que o objetivo geral é implementar a Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS, contribuindo com a participação popular, com a gestão participativa, com o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde.

A opção por processos formativos com referenciais teóricos baseados na Educação popular em Saúde proporciona ao agente uma maior compreensão das realidades e as suas necessidades e um maior entendimento a partir da troca de saberes entre o conhecimento técnico e o saber popular.

É fundamental, portanto, ampliar a formação dos agentes, tanto na dimensão técnica especializada, quanto na dimensão ético-política, comunicacional e de inter-relações pessoais para que eles possam participar como sujeitos integrais no processo de trabalho do PMCD incorporado a área de atuação da vigilância em saúde.

A formação dos trabalhadores da saúde deverá ser pontuada numa perspectiva que valorize o saber popular, pois favorece a criação de vínculo e de confiança da população com a processo de trabalho executado pelo profissional da saúde, além de ter a possibilidade de compreender a realidade sócio-sanitária, seus problemas e necessidades sociais de saúde a partir da percepção da população com sua linguagem própria e de reconhecer as suas potencialidades abrindo a possibilidade de organizar ações conjuntas entre equipe de saúde e população como mencionado no quadro 1 deste estudo.

Para Paim e Almeida Filho (2000),

“à revisão e o desenvolvimento curricular podem ser medidas necessárias para a reatualização das instituições de ensino face à reorganização das práticas de saúde, porém insuficientes para alterar o modo de produção dos agentes”. (p.81)

No entanto, se o propósito for transformar as práticas de saúde mediante a redefinição de políticas e a reorganização dos processos de trabalho, não se pode subestimar a questão pedagógica. Cumpre, assim, aproveitar as oportunidades de mudança no modo de produção desses agentes surgidas na conjuntura, buscando constituir novos sujeitos-agentes ético-políticos (MONKEN & BATISTELLA, 2006).

Vasconcellos (2007) aponta que

“[...] Nesse sentido, a Educação Popular tem significado não uma atividade a mais que se realiza nos serviços de saúde, mas uma ação que reorienta a globalidade das práticas ali executadas, contribuindo para a superação do biologicismo, do autoritarismo de doutor, desprezo pelas iniciativas do doente e seus familiares e da imposição de soluções técnicas restritas para problemas sociais globais que os atuais serviços de saúde”. (p.22)

O desafio para a EPS atualmente é a real aplicabilidade de suas práticas e dos princípios da EPS no SUS, para que ela possa contribuir para melhorias da qualidade de vida das pessoas, incorporando as práticas e saberes que já são uma realidade na sociedade e nos movimentos populares. O Estado precisa reconhecer suas políticas que servem para a sociedade um determinado grupo marginalizado. (BONETTI; CHAGAS; SIQUEIRA, 2014)

“Vale destacar que na perspectiva de fortalecer a mudança no modelo de atenção centrado na doença, é muito significativa a aproximação dos serviços de APS às práticas populares de cuidado, pois estas carregam uma visão de mundo e de saúde que se aproximam dos princípios que cotidianamente temos nos esforçado para implementar, como integralidade, a humanização e o acolhimento.” (p. 22)

CAPITULO 2 - O TRABALHO EM SAÚDE E O TRABALHADOR ACE E SEUS ASPECTOS CONCEPTUAIS

Não é objeto desse estudo uma análise mais aprofundada da origem do conceito de trabalho, nem suas nuances através dos tempos. Pretendo apenas considerar alguns aspectos que entendo relevantes para entendermos o trabalho do Agente de Combate as Endemias e suas atribuições enquanto trabalhador da saúde.

Para LUCÁKS (2013):

“Somente o trabalho tem, como sua essência ontológica, um claro caráter de transição: ele é, essencialmente, uma inter-relação entre homem (sociedade) e natureza, tanto inorgânica (ferramenta, matéria-prima, objeto do trabalho etc.) como orgânica, inter-relação que pode figurar em pontos determinados da cadeia a que nos referimos, mas antes de tudo assinala a transição, no homem que trabalha, do ser meramente biológico ao ser social.” (p.35)

Apesar do trabalho, nos possibilitar transformar a natureza e definir o nosso papel enquanto agente transformador, ele não sinaliza que esse processo de humanização só possua aspectos positivos aos envolvidos. Apesar de nos emancipar, ele nos cria uma dependência. Ele também possibilita diferentes sensações aos grupos sociais envolvidos, libertando alguns do caxado da dependência e a outros a dor e sofrimento para outros. E tudo isso não possui relação com a qualidade e o valor desse trabalho, e sim o seu lugar na pirâmide social. (RIBEIRO, 2005, p. 50)

O homem ao desenvolver o trabalho, ele primeiro pensa no produto final e depois ele começa a efetivar construção do mesmo. Na relação com a natureza, o homem será o grande controlador desse processo de criação de formas de suprir suas necessidades apropriando dos recursos naturais, produzindo objetos que ele acredita ser útil à sua subsistência.

Sant’Anna (2017) constata que Marx caracteriza o trabalho afirmando que ele [...] “*é, antes de tudo, um processo entre o homem e a natureza, processo este em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza*”. (p.211)

Para Morin (2001, p.9) “o trabalho define comportamentos dos que produzem e dos que organizam as atividades. Quem organiza a produção tem que encontrar maneiras, onde o produto final faça sentido para quem o produz, gerando satisfação e maior comprometimento dos trabalhadores no processo de produção, gerando um produto final em algo identificável a quem o fez”:

“A maneira como os indivíduos trabalham e o que eles produzem têm um impacto sobre o que pensam e na maneira como percebem sua liberdade e sua independência. O processo de trabalho, assim como seu fruto, ajuda o indivíduo a descobrir e formar sua identidade. Acontece que a organização do trabalho em si mesma conta muito: é importante que a organização das tarefas e das atividades torne-se favorável

à eficiência e que os objetivos visados, assim como os resultados esperados, sejam claros e significativos para as pessoas que o realizam.” (p.16)

O trabalho é algo central nas relações sociais, na vida das pessoas, ele é responsável em dar sentido à vida que ao mudar a natureza o homem acredita que está dando sentido a ela. A esse respeito, Dejours (2007), contribui ao afirmar que trabalho:

“ [...] é e continuará central em face da construção da identidade e da saúde, da realização pessoal, da formação das relações entre homens e mulheres, da evolução da convivência e da cultura [...]”. (p.21)

Contudo, a relação do homem com o trabalho sofreu várias modificações ao longo da história, impactando nos sentidos atribuídos a ele. Dejours (1987) “*conceitua organização do trabalho como a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (à medida que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade*”.

Em relação as questões relativas à divisão e conteúdo das tarefas, sistema hierárquico e relações sócio-profissionais são definidas a partir de padrões determinados a partir do modelo de produção em questão que estabelece a estrutura organizacional na qual o trabalho é desenvolvido.

Assim posso afirmar que cada categoria profissional estará submetida a um modelo específico de organização do trabalho a partir dos interesses (econômicos, ideológicos e políticos) envolvidos no processo produtivo.

2.1 O TRABALHO EM SAÚDE

As sociedades e o seu processo de sobrevivência se darão através da transformação da natureza pelo atendendo suas necessidades, esse ato de transformação será chamado de trabalho. O objeto do trabalho e a aplicabilidade desse objeto será definido pela organização social que o homem está inserido no ato produtivo.

O trabalho em saúde possui algumas especificidades que o torna bem diferente da noção de conceito do trabalho formado ao longo de sua história de potencialidades, singularidades e de controle do homem sob a natureza. Ele não é uma atividade que tem um objetivo, a sua produção é a partir da necessidade que se apresenta e no exato momento dessa demanda.

Franco e Merhy (2012) apontam que

“No Livro 1 do Capital, Marx, nos apresenta noções interessantes sobre as relações entre trabalho morto e vivo. [...] o trabalhador morto é o trabalho pregresso, já

realizado[...]. É um trabalho que não vai realizar nenhum produto, pois já foi usado para isso. [...] O trabalho vivo é o trabalho em ato, no seu exato momento de produção, criação, portanto se realiza na atividade do trabalhador.”[,,,] (p.153)

Para analisar o modo como o trabalho em saúde se organiza para atingir e atender suas demandas é necessário atentar para o fato de que estamos diante de complexidades. O trabalho em saúde tem como foco principal o trabalho vivo, compreendido como o ato criativo, onde trabalhador utiliza suas potencialidades para produzir o objeto de seu trabalho. Além disso, diferencia dos outros processos de produção onde o trabalho vivo em ato é definido a partir de uma necessidade do mercado consumidor e o seu processo produtivo não mantém nenhuma relação com os consumidores. (MERHY, 2004, p.48)

O trabalho em saúde não tem um produto final concreto, como uma cadeira ou uma roupa. O produto do trabalho é consumido no momento em que é produzido, caracterizando-o enquanto serviço. Em alguns momentos, alguns profissionais podem até direcionar o trabalho pelas suas especificidades, mas o resultado final é produto da intensa relação pessoal e profissional que acontece no trabalho em saúde (PEDUZZI, 2009).

Partindo dessa lógica, é possível afirmar que a centralidade do processo de produção dos serviços de saúde é o usuário e suas necessidades de saúde. Essa compreensão exige uma nova forma de trabalho em saúde, mais integrada e marcada por uma efetiva comunicação (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

Amâncio Filho (2004),

“o trabalho em saúde se caracteriza pelas incertezas decorrentes da indeterminação das demandas, pela descontinuidade e pela disponibilidade para atender a todos os casos, inclusive os excepcionais. Ele guarda algumas especificidades que o impedem de seguir uma lógica rígida, como a racionalidade dos critérios da produção material, sendo difícil sua normatização técnica e a avaliação de sua produtividade.” (p. 376)

Os trabalhadores de saúde possuem grande diferenciação entre si, no que diz as mais diversas especializações, na questão da valorização a partir da formação, no quesito remuneração é ainda mais visível e nas suas atividades desenvolvidas, mas unificam-se por executarem atividades diferentes da produção material do tipo industrial (BRAVERMAN, 1981).

A minha perspectiva que quando assisto um profissional de saúde atuando é a aplicabilidade e suas competências e habilidades, sabendo da necessidade do conhecimento específico para o entendimento do problema colocado em sua frente, desafiando todo o

escopo de seus conhecimentos pontuais e gerais e a hora de sua aplicabilidade, mas ambos envolvidos pelos cuidados corretos para aquele tipo de necessidade. (MERHY, 2004)

É importante enfatizar que tanto as concepções de saúde-doença, as práticas assistenciais, as formas de desenvolvimento do trabalho, a divisão e organização do trabalho como o processo de formação dos profissionais e de produção de conhecimentos, foram sofrendo transformações para se adequar aos processos históricos ocorridos nas sociedades.

Portanto, as práticas formativas dos ACE colocadas em prática ao longo da história se adequaram e tiveram formas particulares como resultado do desenvolvimento de cada sociedade específica sendo influenciadas pelo modo de produção hegemônico, pela cultura e pela forma de organização da produção ao longo de toda a história da humanidade. Nos dias atuais, marcado por grande complexidade social, econômica e política faz com que tanto os princípios embutidos nos processos formativos e em consequência nas formas de trabalho do ACE não são mais satisfatórios seja para o trabalhador como no resultado de suas ações no território e na população.

2.2 ACE: NOVOS NOMES E VELHAS ATRIBUIÇÕES OU VELHOS NOMES E NOVAS ATRIBUIÇÕES

Os ACE estiveram presentes nos mais diversos contextos de atuação do controle vetorial, tanto em áreas urbanas quanto rurais do país. Sua formação inicial abordava estudos geográficos e elaboração de mapas, além de vigilância sobre os focos dos vetores e sua erradicação, com uso de inseticidas e sensibilização da população por meio da educação sanitária; dessa forma, eles herdaram um vasto conhecimento das técnicas de controle das doenças transmitidas por vetores (BEZERRA, 2017).

Esses profissionais acompanharam a história da saúde pública do país, mas suas funções e atribuições sofreram alterações ao longo dos anos, principalmente no que diz respeito a gestão do seu processo de trabalho, passando de um sistema vertical de ações de controle e vigilância, sob a tutela do governo federal, para um modelo descentralizado para os Estados e Municípios.

As atribuições foram sendo alteradas para atender as necessidades do modelo de saúde em vigência, sendo que os agentes foram sendo obrigados a se adequarem às novas realidades sem nenhum processo formativo que pudesse contribuir para que ele atendesse as necessidades que estavam sendo impostas a ele.

As atividades de prestações de serviços de saúde no SUS estão alinhadas em rede de atenção, hierarquizada e regionalizada, com objetivo de proporcionar a autonomia aos gestores e trabalhadores da saúde junto com a população atendida, conhecer a realidade e as reais necessidades dos atores atendidos e, a partir desse conhecimento, ter a possibilidade de planejar, implementar e gerenciar programas de saúde que respondam, com atendimento integral e da não fragmentação de ações.

A necessidade do cumprimento da diretriz organizacional do SUS, a descentralização, teve como objetivo principal otimizar a organização dos serviços, apontando as diferenças e especificidades das regiões brasileiras. Além disso, o seu foco era possibilitar uma melhor avaliação das demandas e necessidades locais, saindo essa análise do nível federal para os níveis estaduais e municipais.

A descentralização vai exigir processos formativos mais complexos, pois vai deixar de existir a figura do agente conhecido a partir de uma certa endemia, que ele combatia e controlava, surgirá o agente polivalente, que trabalha a partir de estudo de casos e com vastos conhecimentos (TORRES, 2009).

Diante da longa trajetória e da importância dos Agentes de Combate às Endemias, somente no século XXI, a partir da publicação da Lei Federal nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, que o trabalho do agente será regulamentado e com atribuições que irão permitir atender as demandas apresentadas pelo SUS, almejando assim atender os seus princípios doutrinários: universalidade, equidade e intersetorialidade.

Trabalhando sob a égide das estratégias de vigilância e ações em saúde pública, o ACE é um profissional fundamental nas ações de controle de endemias e ações em epidemiologia, e que a partir da Lei 1007 de 4 de maio de 201² irá se integrar às equipes de Atenção Básica da Estratégia de Saúde da Família (ESF) auxiliando na integração entre a assistência e o cuidado com a vigilância e suas estruturas operacionais como a vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador. (TORRES, 2009)

Dessa forma, cabe ressaltar que as atividades dos ACE atualmente possibilitam ao agente trabalhar em total intersetorialidade na rede de saúde, pois não se restringem apenas às ações de combate e controle das arboviroses e, sim trabalhar na lógica da territorialização e da integralidade do cuidado à saúde da população, possibilitando assim uma análise das origens e causas dos males que afligem os usuários do sua área de trabalho.

² Define critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias - ACE, ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família.

Os agentes de controle de endemias (ACE), conhecidos também como guardas sanitários ou agentes de saúde são os olhos da gestão na fiscalização dos espaços públicos e dos domicílios e pela execução de forma eficaz das rotinas de trabalho no controle de insetos, roedores e demais vetores e hospedeiros de doenças veiculadas por animais nos territórios designados pelo PMCD.

Deste modo, por serem trabalhadores diretamente ligados com o enfrentamento da produção de focos de mosquito e também com a informação à população, os ACE têm muito a contribuir para o entendimento dos mecanismos de propagação das endemias nos territórios, proporcionando uma construção conjunta de novas estratégias para serem aplicadas nos processos formativos proporcionando conhecimentos e saberes que irão gerar novas propostas no seu processo de trabalho.

Em virtude das mais diversas atribuições os ACE eles possuem várias nomenclaturas ao longo desses mais de 100 anos de história de atuação nos mais diferentes órgãos gestores públicos responsáveis pelo controle de vetores das arboviroses.

2.3 ACE: SUA GÊNESE E AS DIVERSAS NOMENCLATURAS

“O surgimento dos agentes de combate às endemias foi fundamentado no histórico das ações de enfrentamento da malária, febre amarela e outras endemias rurais, como a doença de Chagas e a esquistossomose. O recorte mais significativo desse histórico teve início quando Oswaldo Cruz, após assumir o cargo de Diretor-Geral de Saúde Pública em 1903, adotou um modelo de controle baseado na forma de organização militar” (BRASIL, 2004).

Barbosa; Gondim; Oliveira (2011) sinalizam que

“Atualmente, há enorme quantidade de nomenclatura para designar esse tipo de profissional: agente de endemias, guardas de endemias, agente de controle de endemias, guardas sanitários, agentes de vigilância em saúde, agente de saneamento, entre outros.”(p. 36).

A Prefeitura de Niterói, por exemplo, em suas contratações, adotou a nomenclatura profissional de Agente de Combate as Endemias. Em 1990 foi feito um processo seletivo simplificado para a contratação de profissionais para trabalhar na campanha de erradicação do mosquito *Aedes Aegypti*. A cidade já tinha passado por uma epidemia em 1986 e não queria cometer os mesmos erros.

Já o município de Maricá adota a nomenclatura de Agente de Endemias nas contratações dos servidores municipais. Em Niterói assim como em Maricá, o PMCD possui em seus quadros de funcionários também servidores com outras nomenclaturas: tem os ACE

que são os servidores cedidos do Ministério da Saúde e os Guardas de Endemias da extinta SUPERINTÊNCIA DE CAMPANHAS - SUCAM³.

Na minha trajetória profissional como ACE trabalhei com servidores com outras nomenclaturas e de outros órgãos de gestão. Para descrever mais um pouco sobre essa minha trajetória, apresentarei três nomenclaturas que se fazem importantes tanto no processo histórico da profissão como no desenvolvimento das atribuições.

A primeira se refere às Brigadas Sanitárias, comumente conhecidos por “mata-mosquitos”, termo considerado pejorativo e que carregamos até os dias de hoje. A segunda é a de Agentes de Saúde Pública, termo comumente conhecido como servidor da saúde ou homem da dengue e por último o Agente de Combate as Endemias, termo definitivo para o “trabalhador” do SUS, onde eu me insiro e me identifico até os dias de hoje.

- **As brigadas sanitárias: onde tudo começou.**

A primeira política pública de relevância relacionada ao combate de vetores de doenças na história do Brasil foi com médico sanitarista Oswaldo Cruz no início do século XX, quando assumiu o cargo de Diretor Geral de Saúde Pública, o mesmo que Ministro da Saúde nos dias atuais. Ele irá implementar as Brigadas Sanitárias, com algum tipo de treinamento para o desenvolvimento de suas ações técnicas para erradicar o vetor transmissor da febre amarela e a eliminação de focos de mosquitos.

Em sua jornada contra a febre amarela no Rio de Janeiro, Oswaldo Cruz irá adotar o modelo das brigadas sanitárias direcionadas para a eliminação do vetor, e esse termo militar o fez ser reconhecido com o apelido de "general mata-mosquitos" (BENCHIMOL, 2001).

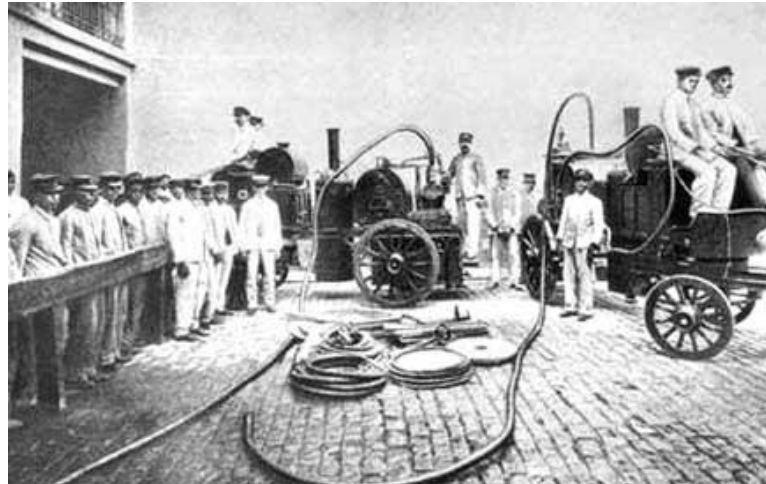
“As ações das Brigadas Sanitárias eram muito criticadas, pois adotava medidas antipáticas e impopulares para combater o vírus amarílico⁴, inclusive multando e intimidando proprietários de imóveis insalubres a demoli-los ou reformá-los” (PALMA, 2003).

³ Órgão criado pelo Governo Federal, no decreto nº 65.253, de 1 de outubro de 1969, gerando a fusão do DENERu e das campanhas de erradicação da varíola e da malária. Com maior autonomia administrativa e financeira, assumiu a responsabilidade pela erradicação ou controle de endemias nas antigas circunscrição de DENERu, que voltaram a ser chamar Delegacias federais de Saúde. (FONSECA, 2001)

⁴ A febre amarela é uma doença causada pelo vírus amarílico, que, depois de ser injetado através da pele, circula pelo sangue durante dois a cinco dias, período em que um pernilongo pode sugar a pessoa e adquirir o vírus. Inicialmente eles usam as células dos gânglios linfáticos para a replicação. Daí chegam em diversos locais como baço, medula, fígado, rins, nos quais são replicados mais uma vez. Todas as células onde acontece a replicação do vírus são destruídas. O indivíduo apresenta de início febre, pulso rápido, inchaço no rosto, vômito, dores musculares. Mais tarde verifica-se a icterícia, vômitos com sangue enegrecido e até mesmo convulsões, delírios, aos quais se segue a morte.

As brigadas de mata-mosquitos percorriam a cidade, verificando e limpando calhas e telhados, exigindo providências para a proteção de caixas d'águas, colocando petróleo em ralos e bueiros e acabando com depósitos de larvas de mosquitos. (BRASIL, 2004, p.17)

Figura 1 – As brigadas sanitárias em 1903



Fonte: <http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=114&sid=7>

Em 1886, foi criado o decreto nº 9554 que terá como objetivo principal reorganizar os serviços sanitários do Império e em 1889 o governo federal criou a polícia sanitária. A polícia sanitária foi totalmente reformulada com o Decreto nº 5.156, de 8 de março de 1904 onde o termo ficou vinculado a atuação aos combate ao vetor da febre amarela, o *Aedes Aegypti*. Suas atribuições estão elencadas no seu artigo Art. 84, que diz que:

“a polícia sanitária será exercida pelos inspetores sanitários com superintendência dos delegados de saúde, em visitas sistemáticas a todas as habitações particulares ou coletivas, estabelecimentos de qualquer espécie, terrenos cultivados ou não, lugares e logradouros públicos, onde, além de atender às suas condições higiênicas, asseio, conservação e estado de saúde dos moradores, verificarão mais o estado dos reservatórios de água potável e seu abastecimento, a integridade o funcionamento das instalações sanitárias, banheiros, tanques, lagos, esgotos, bueiros, etc., bem como o asseio, conservação e condições higiênicas das áreas, quintais, pátios, cocheiras, estrebarias estábulos, etc., sempre coadjuvados pelo pessoal que trabalhar sob sua jurisdição e que executará imediatamente as providencias de caráter urgente”, tais como:

- extinção de todos os focos ou viveiros de mosquitos;
- remoção do lixo, latas, garrafas, cacos e imundícies acumulados no interior das habitações, terrenos, lugares e logradouros públicos;
- limpeza, lavagem e desinfecção dos reservatórios de água, tanques, tinas, lagos, repuxos, bueiros, ralos intra e extradomiciliares, galinheiros, porões, etc. regularizando as valas e rios, drenando e aterrando pântanos, poços, cisternas, etc. quando houver relutância, por parte dos

responsáveis, no cumprimento das intimações, correndo neste caso as respectivas despesas por conta deles, para o que serão reputados legalmente hipotecados os seus bens, do acordo com o estabelecido no art. 129, § II.

Apesar da natureza autoritária dessas campanhas, Franco (1969)

“aponta a mudança de olhar da população para os servidores, onde a mesma imprensa que há pouco o chamara de inepto, orgulhava-se agora, do grande saneador. A que instigara o povo a revoltar-se contra os guardas sanitários, agora falava nesses termos: "... os mata-mosquitos tornaram-se queridos. Hoje, desde o solar elegante e rico, até o quarto acanhado de estalagem, os mata-mosquitos não encontram hostilidades. São recebidos com amabilidade, com carinho às vezes". (p.88)

- **Agentes de Saúde Pública – ASP: um agente para cada tipo de endemia**

Em 1970, o Ministério da Saúde criou a Superintendência de Campanha de Saúde Pública (SUCAM), que incorporou o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu), a Campanha de Erradicação da Malária (CEM) e a Campanha de Erradicação da Variola (CEV) (decreto nº 66.623, de 25/5/1970). Nesse período, o termo “polícia sanitária” deixa de ser adotado pelos órgãos e guardas-sanitários passa a vigorar e a ser conhecidos como agentes de saúde pública. (BARBOSA; GONDIM; OLIVEIRA, 2016, p.35)

A nomenclatura será criada a partir do decreto nº: 65253, de 01 de outubro de 1969, que irá dispõe sobre a organização administrativa do MS e no seu capítulo II estabelece a criação da SUCAM que tem por principal finalidade a execução direta de atividades de erradicação ou de controle de endemias, nas áreas em que haja transmissão atual ou potencial.

Na década de 1980, por situação emergencial, foram contratados trabalhadores como “Guardas de Endemias” para as mesmas atribuições dos “Agentes de Saúde Pública” e, ao que parece, a expressão atual de “Agente de Combate as Endemias” é, portanto, uma junção desses dois termos usados burocraticamente pela SUCAM e FUNASA (Rede de Escolas Técnicas do SUS, 2006, p. 5-7)

Esses agentes tinham como processo de trabalho um modelo familiarizado com o militarismo, em virtude de utilização da mão-de-obra dos militares em período de grandes surtos epidêmicos, contribuindo assim para um modelo mais disciplinado de atuação com as características mais rígidas do processo de trabalho atual dos agentes de controle de endemias, tendo como modelo adotado nesse período o sanitarista/campanhista.

A partir deste cenário, observa-se que as atribuições dos ASP sempre foram direcionadas para o controle de doenças transmissíveis, pois a SUCAM tinha a

responsabilidade institucional de controle ou erradicação das grandes endemias no Brasil, com a gestão dos Programas de Chagas, Malária, Esquistossomose e Febre Amarela.

A SUCAM adotava a nomenclatura Guarda de Endemias para os agentes treinados para desenvolver o combate ao vetor a partir do processo de trabalho baseado em campanhas demandadas pelo Ministério da Saúde, que exigiam pouca escolaridade no processo de contratação dos servidores. Os processos formativos eram feitos a partir de cursos e treinamentos de curta duração e de forma aligeirada com os conteúdos programáticos retirados de manuais e cartilhas produzidos pelo MS.

Figura 2 – Equipe de ASP em atividade



Fonte: <https://images.app.goo.gl/xVcCWKeGuhmgYEE7>

- **Agente de Combate as Endemias – ACE: o Agente do SUS**

Em 1990, foi criada Fundação Nacional de Saúde - FUNASA através da Lei nº 8.029 de 1990, incorporando o acervo, os recursos orçamentários e as atribuições da SUCAM, da FSESP. A FUNASA dará início ao processo de descentralização das ações, passando para os municípios e os estados as competências que antes só cabiam ao governo federal.

Em 1994, acompanhando o processo de descentralização, as ações eram coordenadas pela federação através do SUS por meio da FUNASA (hoje é pela SVS/MS), cabendo a mesma capacitar e ceder aos estados e municípios seus Agentes, conhecidos como Agentes de Saúde Pública, Supervisores, Guardas de Endemias ou mata-mosquitos.

Ao mesmo tempo em que o gerenciamento das ações se pensa em outra de entendimento da relação saúde-doença e uma nova ideia de educação sanitária, o trabalho dos

agentes continua centrado no que VARGA (2007) chama de campanhismo, denominação dada “a esta concepção militarizada e emergencial de enfrentamento de endemias, baseadas nas ainda hoje chamadas “campanhas”. (p.30)

Minha entrada no serviço público em 1990 se dá exatamente no período da transição das ações de combate e controle do vetor saindo da SUCAM, indo para a FUNASA e depois para os municípios, a partir da proposta de descentralização proposta pelo SUS.

As práticas de trabalho eram muito voltadas para a hierarquia e o militarismo, até porque a maioria dos cargos de chefia eram ocupados por ex-militares, que após ter seu tempo serviço militar finalizado, tinham a possibilidade de serem absorvidos pela SUCAM em virtude de terem tido a experiência de trabalho no enfrentamento da epidemia de 1986 no Rio de Janeiro.

No início de minhas atividades trabalhei numa turma que possuía seis agentes: um responsável pelo trabalho executado, chamado de Guarda-Chefe e cinco guardas; sua ordenação era através de uma hierarquia, que levava em consideração o tempo de serviço do Agente na turma ou o grau de amizade com o chefe e não a qualidade do seu serviço. Os agentes eram numerados: Guarda 1; Guarda 2, Guarda 3, Guarda 4 e Guarda 5.

Inicialmente recebi o uniforme dado pela Prefeitura, composto somente de uma camisa com o logo da campanha. Posteriormente nos foi fornecido o uniforme utilizado pelos guardas de endemias da FUNASA. O uniforme era bem parecido com a farda militar (Figura 3). Era fornecido: boné, camisa de manga curta e comprida, camisa de algodão, calça, cinto e bota, todos com o logotipo da FUNASA, apesar do vínculo empregatício ser com a Prefeitura de Niterói.

A nomenclatura ACE foi basicamente criada para categorizar os agentes contratados pelas prefeituras, após 1988, pois os agentes “efetivos” – servidores do quadro federal da extinta SUCAM – são titulados como Guardas de Endemias.

Considerando o aspecto legal brasileiro, os Agentes de Combate as Endemias fazem parte de uma categoria profissional que possui regulamentação pela Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006 e pela Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014 (BRASIL, 2006; 2014).

A lei irá determinar seu papel como trabalhador do SUS, inserido numa política de Atenção Básica, onde suas responsabilidades consistem no “exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS, sob a supervisão do gestor de cada ente federado”.

Sua atuação embora aconteça em diferentes áreas, fica integrada à equipe de Vigilância em Saúde de uma Secretaria Municipal ou Estadual de Saúde, a depender de quem seja seu empregador. A tendência, contudo, é de que todos sejam vinculados às Secretarias Municipais, considerando o processo de descentralização da Vigilância em Saúde que avança desde a publicação da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS, em 06 de novembro de 1996 e da Portaria GM/MS nº 1.339 de dezembro de 1999.

Em Maricá, os Agentes de Endemias estão vinculados ao PMCD que faz parte do cronograma da Vigilância Ambiental – VIAMB, todos foram contratados pela Prefeitura após um processo seletivo ocorrido em abril de 2017. A partir de março de 2020, os servidores foram contratados pela Organização Social Instituto Gnosis, empresa que venceu a licitação para administrar toda a Rede de Atenção Básica municipal, com vínculo celetista.

É importante também contextualizar alguns marcos e fundamentos legais relacionados à atuação dos ACE, para um melhor entendimento sobre a atuação destes atores em saúde pública e nesse novo formato de promoção e prevenção de doenças pactuadas pelos princípios e as diretrizes do SUS.

Figura 3 – Equipe do Setor I de Niterói - 2008



Fonte: Arquivo pessoal do autor.

Portanto, conhecer as atribuições destes profissionais nos diversos momentos da história da saúde pública possibilitará um diagnóstico do processo de trabalho e a necessidade de uma formação que possibilite o enfrentamento das dificuldades das ações e as melhorias que possam ser empregadas no cotidiano dos agentes.

2.4 AS SUAS ATRIBUIÇÕES AO LONGO DOS ANOS

Ao longo desses mais de 100 anos da profissão, os agentes passaram por diversas transformações no que diz respeito às suas atribuições para o combate e controle das arboviroses, principalmente, a partir da implementação de políticas públicas, como a Lei 11350/06, para atender e respeitar os princípios e as diretrizes do SUS.

Desde o início das ações sanitárias, ainda no começo do século XX, alguns manuais de procedimentos para os programas de controle de endemias foram elaborados e passaram por modificações e atualizações ao longo do tempo. Tais manuais concentravam-se em orientar os trabalhadores nas ações de campo.

Em 1944, Emil T. Chanlett, capitão e engenheiro sanitarista norte-americano do Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA) no Brasil, com apoio de técnicos brasileiros, organizou o "Manual para guardas sanitários", como material didático a ser utilizado no curso de formação desses profissionais realizados inicialmente na Amazônia. O objetivo inicial do curso era treinar guardas no mapeamento entomológico, aplicar larvicidas e realizar outras tarefas relacionadas com o controle da malária. Posteriormente, os cursos foram ampliados para outras atividades do saneamento. (AZEVEDO, 2015)

Para Bastos (1996), *“esse manual foi escrito em linguagem simples, com quadros e desenhos ilustrativos para maior facilidade e compreensão ao treinando”*. Entretanto, para Teixeira (2008), *“a complexidade das informações disponíveis nesse manual sugere, por vezes, que este seria o manual do instrutor e não do próprio guarda sanitário”*.

Mesmo assim, o manual contém informações e procedimentos que remetem à função do guarda sanitário como criador de novas condições materiais de existência e como controlador do seu uso nos termos considerados adequados.

É evidente que no histórico dos processos de formação dos agentes de campo e da atual prática operacional existem muito mais heranças que rupturas e avanços. Ao longo dos mais de cem anos, percebemos que as transformações nas ações de combate vetorial no território ocorreram de forma muito sutil, oriundas de demandas específicas sobre cada tipo de doença combatida. Para OLIVEIRA (2012), não há novidade essencial na técnica do trabalho contra o vetor e aponta que:

“Uma das atribuições dos agentes é a visitação periódica dos domicílios e peridomicílios com o objetivo de identificar possíveis focos de reprodução do mosquito transmissor da dengue e atuarem no sentido de eliminar estes focos. Atuam também informando e mobilizando a comunidade. Desta forma, são os ACE os responsáveis por orientar os moradores da cidade quanto aos cuidados necessários para a prevenção da doença” (p.22)

As obrigações, atualmente chamadas de atribuições, dos agentes da extinta SUCAM e da FUNASA eram basicamente voltadas para a erradicação dos vetores transmissores das arboviroses. A formação era dada a partir do *Manual de Instruções para Guardas, Guardas Chefes e Inspetores de 1990* (BRASIL, 1990). O seu conteúdo programático serviu de referência para o meu curso de Habilitação. Constava nele que as minhas três obrigações fundamentais eram: descobrir focos; destruir os encontrados e evitar a formação e reprodução deles.

Essas três atribuições exigiam um grau de formação limitada, também não exigia uma escolaridade avançada, era exigido era o 1º grau (equivalente ao ensino fundamental atualmente).

Apesar de já está sob a chancela dos princípios e diretrizes do SUS, pouco se avançava nas formações visando uma melhora qualidade nas práticas de saúde e da formação do agente, mantinham todo processo formativo voltado para o modelo sanitaria campanhista, com suas estratégias fordistas de trabalho e restrita ao conteúdo técnico de manuais e cartilhas publicados pelo Ministério da Saúde.

Basicamente o processo de trabalho consistia com as visitas domiciliares, onde se fazia a inspeção em todos os depósitos que possam acumular água e em seguida era feito o tratamento com inseticida/larvicida os depósitos, evitando assim ser tornar criadouros de mosquitos. Também eram feitas eliminações de latas e utensílios deixados na área externa do imóvel ou em terrenos baldios; coleta de larvas para a identificação de provável vetor e orientações aos moradores de noções básicas para o combate ao mosquito.

As atribuições estavam atreladas a política de erradicação do *Aedes Aegypti* proposta pelo governo federal, que já apresentava sinais de uma prática pouco eficiente, possibilitando o retorno e dispersão do vetor ao nosso cotidiano.

Em 1996 com o lançamento do PEAa pelo Ministério da Saúde, em virtude da não erradicação do vetor *Aedes Aegypti* e da inserção dos outros tipos de vírus, pois de acordo com a literatura, existem quatro tipos (DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4). Mesmo com a preocupação de outra onda de infectados com dengue e no agravamento da doença numa possível reinfecção através de outro vírus. Essa política pública trouxe poucas novidades em relação as atribuições, permaneceu intocado o viés mecanicista no que diz respeito ao processo de trabalho dos agentes..

Já em 2001, dando seguimento ao PEAa, o Ministério da Saúde publicou um novo manual para a formação e treinamento dos agentes, *Dengue: Instruções para o pessoal de*

combate ao vetor: Manual de Normas Técnicas, que ampliou e aprofundou as atribuições como:

- Realizar a pesquisa larvária em imóveis para levantamento de índice e descobrimento de focos nos municípios infestados e em armadilhas e pontos estratégicos nos municípios não infestados;
- Realizar a eliminação de criadouros tendo como método de primeira escolha o controle mecânico (remoção, destruição, vedação, etc.);
- Executar o tratamento focal e perifocal como medida complementar ao controle mecânico, aplicando larvicidas autorizados conforme orientação técnica;
- Orientar a população com relação aos meios de evitar a proliferação dos vetores;
- Utilizar corretamente os equipamentos de proteção individual indicados para cada situação;
- Repassar ao supervisor da área os problemas de maior grau de complexidade não solucionados;
- Manter atualizado o cadastro de imóveis e pontos estratégicos da sua zona;
- Registrar as informações referentes às atividades executadas nos formulários específicos;
- Deixar seu itinerário diário de trabalho no Posto de Abastecimento (PA);
- Encaminhar aos serviços de saúde os casos suspeitos de dengue.

Apesar das atribuições ficarem mais detalhadas, gerando um maior entendimento dos agentes, ainda assim, elas continuaram exigindo uma formação técnica, permanecendo voltadas para um trabalho com viés mecanicista e ampliando ainda o trabalho burocrático.

A Lei 11.350, de 5 de outubro de 2006, que regulamentou a profissão de Agentes de Combate as Endemias definindo atribuições e competências, explicita no art.4º:

“O Agente de Combate às Endemias tem como atribuição o exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor de cada ente federado”. (LEI 11.350/06).

Novas atribuições começam a fazer parte do trabalho em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS, mas ainda assim os municípios resistem em colocar em prática nos processos formativos, mantendo as formações voltadas exclusivamente para o trabalho de combate e controle do vetor, não optando em formar sob a égide do conceito ampliado de saúde, que leva em consideração os determinantes sociais da saúde e as tecnologias da vigilância em Saúde e da utilização das novas metodologias como da Educação Popular em Saúde como um dispositivo pedagógico de transformação.

Em 2018 foi promulgada a Lei Federal nº 13.595, de janeiro de 2018, que irá dar uma nova redação a Lei nº 11.350/06, propondo reformulações nas atribuições, na jornada e nas condições de trabalho, no grau de formação profissional, nos cursos de formação técnica e continuada e na indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias.

No seu artigo 3º ela traz um conceito de Educação Popular do SUS:

“Para fins desta Lei, entende-se por Educação Popular em Saúde as práticas político-pedagógicas que decorrem das ações voltadas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, estimulando o autocuidado, a prevenção de doenças e a promoção da saúde individual e coletiva a partir do diálogo sobre a diversidade de saberes culturais, sociais e científicos e a valorização dos saberes populares, com vistas à ampliação da participação popular no SUS e ao fortalecimento do vínculo entre os trabalhadores da saúde e os usuários do SUS.” (BRASIL,2018)

No art. 3º da referida lei, constará as novas atribuições dos ACE:

- Desenvolver ações educativas e de mobilização da comunidade relativas à prevenção e ao controle de doenças e agravos à saúde;
- Realizar ações de prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, em interação com os ACS e as equipes de Atenção Básica;
- Identificar casos suspeitos de doenças e agravos à saúde e encaminhá-los, quando indicado, à unidade de saúde de referência, assim como comunicar o fato à autoridade sanitária responsável;
- Divulgar, entre a comunidade, informações sobre sinais, sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e sobre medidas de prevenção coletivas e individuais;
- Realizar ações de campo para pesquisa entomológica e malacológica e coleta de reservatórios de doenças;
- Cadastrar e atualizar a base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção e controle de doenças;
- Executar ações de prevenção e controle de doenças, com a utilização de medidas de controle químico e biológico, manejo ambiental e outras ações de controle integrado de vetores;
- Executar ações de campo em projetos que visem a avaliar novas metodologias de intervenção para a prevenção e controle de doenças;
- Registrar informações referentes às atividades executadas, de acordo com as normas do SUS;
- Identificar e cadastrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica, relacionada principalmente aos fatores ambientais;

- Mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores.

Além das suas atribuições a Lei sinaliza para outras atividades complementares, no Art. 4º que o Agente de Combate às Endemias realizará atividades de forma integrada com os ACS, desenvolvendo mobilizações sociais por meio da Educação Popular em Saúde, dentro de sua área geográfica de atuação, especialmente nas seguintes situações: I - na orientação da comunidade quanto à adoção de medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores, de medidas de proteção individual e coletiva e de outras ações de promoção de saúde, para a prevenção de doenças infecciosas, zoonoses, doenças de transmissão vetorial e agravos causados por animais peçonhentos; II - no planejamento, na programação e no desenvolvimento de atividades de vigilância em saúde, de forma articulada com as equipes de saúde da família; IV - na identificação e no encaminhamento, para a unidade de saúde de referência, de situações que, relacionadas a fatores ambientais, interfiram no curso de doenças ou tenham importância epidemiológica; V - na realização de campanhas ou de mutirões para o combate à transmissão de doenças infecciosas e a outros agravos.

Ao longo dos meus 30 anos como profissional de campo da saúde dos quais 23 anos exerci trabalhando fazendo visitas domiciliares, apesar das diversas alterações e acréscimo das atribuições dos agentes a partir das políticas públicas, essas mudanças nunca foram colocadas em prática.

Os municípios em suas propostas para os processos de trabalho sempre escolheram permanecer com seu viés mecanicista e com uma gestão verticalizada, não possibilitando ao agente uma reflexão individual e coletiva, não dando chance nenhuma para um trabalho intersetorial. Sempre manteve o seu processo de trabalho desvinculado do território trabalhado e com total desinformação quanto aos riscos à saúde do trabalhador em relação a exposição e o grau de intoxicação dos produtos utilizados, no caso inseticidas químicos, que os municípios ainda usam como opção para matar as larvas e os mosquitos nas campanhas.

2.5 ASPECTOS LEGAIS DA PROFISSÃO

Diversas orientações foram criadas para adequar a profissão ao contexto histórico do combate e controle das arboviroses no nosso país.

Em relação a gestão e regulamentação das atividades dos agentes irei pontuar como foi o começo de tudo: primeiramente teve o Decreto 5157, de 8 de março de 1904 que aprovou o regulamento do serviço de profilaxia da febre amarela levando a criação da polícia sanitária;

depois temos o Decreto nº 66.580, de 15 de Maio de 1970 que regulamentou a criação da SUCAM e o Decreto nº 100, de 16 de abril de 1991 que passou as atividades para a recém criada FUNASA; e por fim, pensando somente na questão profissional, temos a Lei 11350/06 que regulamentou a profissão de ACE até a Portaria nº 165 em 25 de março de 2015, que definiu no Código Brasileiro de Ocupação – CBO nº 5151-40 a profissão no Ministério do Trabalho.

Após um grande período de indefinições quanto ao tipo de vínculo empregatício definitivo para todos os trabalhadores do combate e controle de vetor vinculados a FUNASA, a partir de 2006 esse cenário começa a se redesenhar, tanto para os servidores contratados pela ex-Funasa e atualmente Ministério da Saúde com a instituição do vínculo celetista, como os que prestavam serviços aos municípios que tiveram algumas conquistas, como a Lei 12994/2014 que instituiu o piso salarial para ACS e ACE.

Tive minha profissão regulamentada pela Lei n.º 11.350, de 05 de outubro de 2006 e durante esses 14 anos, ela vem sofrendo diversas atualizações/alterações para poder estar de acordo com as práticas de saúde atuais, definidas nas políticas públicas para dar sustentabilidade aos princípios e diretrizes do SUS e também as demandas da categoria de trabalhadores, tais como: as condições de trabalho, a inserção no âmbito do SUS, a integração do ACE com os ACS na Atenção Básica.

A minha história começa em outubro de 1990 em Niterói, onde diversos municípios começaram a contratar utilizando-se da lei que autorizava convênios com municípios, onde eles usaram diversas formas de contratação para inserção dos funcionários nos seus quadros. Diversas instituições nos municípios ficaram responsáveis pelo processo seletivo. Minha contratação foi feita através de um convênio da Prefeitura de Niterói (PMN)/RJ com uma empresa de segurança, chamada Rio Forte S/A, período de 24/10/1990 a 8/02/1992, através do regime de CLT.

Com o fim do convênio, no período de 01/03/1992 a 31/10/1993, o vínculo foi direto com a Prefeitura de Niterói, via Contrato Temporário e renovado anualmente.

No final do ano de 1993 com o fim do contrato e com a Prefeitura de Niterói não tendo mais interesse de contar com esses servidores e para que o trabalho não fosse interrompido, foi feito um convênio com duas Associações Beneficentes: ABB - Associação Baiana de Beneficência e ABSB - Associação Beneficente Santa Bernadete – por sete meses, 01/11/93 a 31/06/94.

O governo de Fernando Henrique Cardoso, através de José Serra, então Ministro da Saúde, em nome da descentralização das ações da FUNASA e de um reordenamento organizacional institucional, optou por não renovar dos contratos em julho 1999 de mais de 5 mil agentes, encerrando assim um ciclo de mais de 10 anos de trabalho.

O MS decidiu a partir de agosto de 1999 que iria enviar verbas para os municípios para que ele ficasse responsável direto pela contratação dos servidores. Alguns municípios burlando a lei decidiram passar para Cooperativas a responsabilidade pelos recursos humanos das ações do combate aos vetores.

Em Niterói com a NITCOOP e em Maricá com a MULTIPROF, foram geradas diversas vagas de trabalho com vínculos empregatícios frágeis, em que não se exigia nenhuma experiência nesse tipo de trabalho. Diversos ex-contratados da FUNASA foram convidados a ocuparem cargos de chefias com a função principal de organizar o trabalho e treinar os novos agentes.

Entre julho de 1999 a setembro de 2003, período que estivemos fora dos quadros da FUNASA, diversos profissionais desligados do trabalho, passaram por um processo de precarização e de desvalorização profissional, em virtude de trabalhar num tipo de atividade com grande dificuldade de ser absorvida pelo setor privado por um longo tempo, além da questão de muitos terem idades fora dos atuais padrões aceitos no mercado de trabalho.

Muitos trabalhadores tiveram que buscar sua sobrevivência no sub-emprego ou migrando para o trabalho informal e alguns foram para o lado do empreendedorismo abrindo seu próprio negócio. Infelizmente muitos não conseguiram sucesso profissional pós-contrato FUNASA diversos perderam a família e outros foram levados a viver no mundo da mendicância ou em situação de rua.

Somente em 2003, apesar de diversas vitórias na Justiça determinando nosso retorno e o Governo Federal através de liminares se recusando a cumprir o que foi determinado, foi publicada a Medida Provisória nº 86, onde eu e todos 5.791 ACEs nos reintegrávamos aos quadros da FUNASA e devolvia nossos empregos.

Ficamos quase 3 anos como contratados e em 2006 com a Medida Provisória (MP) nº297 passamos a ter o vínculo trabalhista como empregados públicos, sendo regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), conforme a Lei Federal nº 9.962, de 22 de fevereiro de 2000. (GUIDA et al., 2012).

Com a publicação da Lei Federal nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, o trabalho dos agentes passou a ocorrer exclusivamente no âmbito do SUS, mediante contratação por meio de

seleção pública, não sendo permitida a contratação temporária ou terceirizada, salvo em situações de epidemias (BRASIL, 2006a).

“§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação”. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

Para os servidores, principalmente os que prestavam serviços aos municípios, naquele momento foi uma verdadeira vitória, mas EC não definiu os tipos de vínculos que poderiam ser feitos, dando margem as mais diversas formas de contratação na administração pública municipal (celetista, estatutário e temporários) e instituições privadas (organizações sociais, ongs, cooperativas, etc.).

Após o nosso retorno às atividades de combate as endemias, algumas prefeituras decidiram manter servidores contratados em seus quadros, a Prefeitura de Niterói decidiu não contratar servidores, ela os incorporou com a nomenclatura de Agentes de Zoonoses⁵, concursados, para desenvolver as atividades de combate as endemias.

Já a Prefeitura Municipal de Maricá (PMM) utilizando os artigos 8º e 9º que tratam das formas de contratação pela Lei 11350/06, utilizou o Processo Seletivo como ferramenta de contratação para os agentes oriundos da cooperativa que prestava serviço e para os novos agentes, gerando trabalhadores com vínculo empregatício frágil, criando uma grande rotatividade e uma falta de identidade do servidor com a profissão exercida.

Infelizmente em relação aos contratados pelos municípios a situação ainda continua bastante precária para eles no que diz respeito ao vínculo empregatício e aos direitos trabalhistas, como, a questão da insalubridade, do auxílio transporte e da alimentação, entre outros.

Para Duck (2016),

“esse mecanismo de contratação utilizado pelas Prefeituras visa burlar a Lei de Responsabilidade Fiscal - LRF⁶, de 2000, pois ela não computa contratação temporária, emergencial e de comissionados não são computados como despesas com pessoal, um dos objetivos da LRF é reduzir o gasto com funcionalismo público”. (p. 19)

⁵ Para qualquer grupo de zoonoses, as ações, as atividades e as estratégias de vigilância, prevenção e controle de zoonoses executadas pela área de vigilância de zoonoses se pautam em atuar e intervir, direta ou indiretamente, sobre as populações de animais alvo, de modo a refletir em benefício direto (quanto a redução ou eliminação, quando possível, do risco iminente de transmissão de zoonose) a saúde da população humana. (BRASIL, 2016)

⁶ A Lei de Responsabilidade Fiscal determina um limite para a União de 50% da receita corrente líquida com despesas de pessoal do Estado e, para os estados e municípios, 60%.

Com isso, criou-se e ampliou-se a diversidade de modalidades de terceirização na esfera pública, a exemplo de: concessão, permissão, parcerias, cooperativas, organizações não governamentais (Ongs), Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips). Constituiu-se assim um quadro em que parte dos serviços públicos é realizada não mais pelo servidor público, profissional concursado, mas pelos mais diferentes tipos de trabalhadores, em geral empregados de forma precária, com contratos por tempo determinado, por projetos, sem os mesmos direitos que o funcionário público. (DUCK, 2013)

2.5.1 A Lei 11350/06: seus ramos e avanços

Nos meus 29 anos de atividades somente com a lei 11350/06, foi que ficou estabelecido o regime jurídico e a regulamentação das minhas atribuições como trabalhador do SUS.

A história da Lei 11350/06 começa com a promulgação da Emenda Constitucional (EC) nº 51, de 1º de fevereiro de 2006, que veio a instituir a forma de contratação direta desses profissionais pelo ente público a partir de um processo seletivo público como forma de contratação. Assim acreditava-se que iria acabar com a precariedade de vínculo envolvida nas diversas formas de contratação dos servidores, mas na prática isso não está acontecendo, pois, a contratação por processo seletivo só pode ser de dois anos, e os municípios estão utilizando da contratação por Organização Social – OS com regime celetista.

Já a Portaria nº 10.007, de 4 de maio de 2010 do MS definiu os critérios para regulamentar a incorporação do ACE ou dos agentes que desempenhavam essas atividades com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família.

A Portaria nº 1.378, de 09 de julho de 2013, veio para regulamentar as responsabilidades e determinou as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

A Lei nº 12.994 de 17 de junho de 2014, que complementou a Lei 11350, e 5 de outubro de 2006, foi criada para definir o piso salarial profissional nacional e as diretrizes do plano de carreira dos ACS e ACE. Infelizmente somente a partir da redação da Lei 13708/18 que definido um aumento no valor do piso, saindo de R\$ 1040,00 (Hum mil e quarenta reais) para R\$ 1550,00 (Hum mil e quinhentos e cinquenta reais) a partir de 2021, foi feito

escalonamento entre 2019 a 2021 com pequenos reajustes até chegar a esse valor, gerando por anos uma enorme defasagem no salário pago aos servidores.

Já a Portaria nº 121/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2015, estabelece os vínculos de profissionais do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Os municípios cadastram seus servidores e isso possibilita o aumento da sua verba para as ações de combate e controle das arboviroses, infelizmente os agentes não são beneficiados financeiramente.

Já Portaria 243, de 25 de setembro de 2015, foi promulgada a definição quanto a forma que os municípios deverão propor o Curso Introdutório para ACS e ACE, determinando quantitativo de horas e componentes curriculares;

A Portaria número 535, de 30 de março de 2016, revisa o quantitativo máximo de ACE como passível de contratação com o auxílio da assistência financeira complementar da União.

Com a Portaria 2436, de 21 de setembro de 2017, ficou estabelecida a revisão de diretrizes para a organização da ABS, no âmbito do SUS, definindo novas atribuições para os ACE e sua relação com a ESF.

A lei nº 13595, de 2018, irá definir a forma de habilitação para a Profissão de ACE definindo como requisitos para o exercício da atividade: conclusão, com aproveitamento, do curso introdutório de formação inicial e continuada, com duração de 40 horas e possuir Ensino Médio completo.

Definindo ainda que suas responsabilidades consistem no “exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS, sob supervisão do gestor de cada ente federado”. Apontando também para a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos ACS e ACE.

Pensando em adequar a formação dos ACEs para atender as novas atribuições proposta pela nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2017, foi proposta a Portaria nº 83, de 10 de janeiro de 2018, que iria criar o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde – PROFAGS, para ofertar Curso de Formação Técnica em Enfermagem para ACS e ACE no âmbito do SUS, para o biênio 2018-2019.

Esta proposta sofreu muitas críticas por parte do Conselho Nacional de Enfermagem, levando a um outro Projeto de Decreto Legislativo nº 919/18 que tem como objetivo

questionar a constitucionalidade do PROFAGS. Finalmente em 2020 com a Portaria nº 105, de 17 de janeiro, o decreto foi anulado.

Apesar de todas as legislações supracitadas que trazem a descrição das atribuições, ajustes e benefícios para a melhoria das condições do processo de trabalho do ACE, os entes federativos não conseguiram avançar e mudar as condições dos vínculos empregatícios, as péssimas condições de trabalho e as formações ainda são vinculadas aos manuais do MS prejudicando bastante a qualidade do serviço prestado, não incentivando os agentes a se qualificarem e melhorarem sua formação.

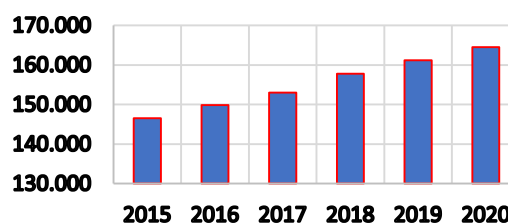
2.6 A ORGANIZAÇÃO TERRITORIAL DO TRABALHO DO ACE NO PMCD EM MARICÁ/RJ

O município de Maricá pertence à Região Metropolitana, que também abrange os municípios de Rio de Janeiro, Belford Roxo, Duque de Caxias, Guapimirim, Itaboraí, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Paracambi, Queimados, São Gonçalo, São João de Meriti, Seropédica e Tanguá. (MARICÁ, 2018)

Conforme o gráfico 1 aponta, o município de Maricá, segundo o Censo Demográfico de 2017, possui uma população estimada em 153.008 habitantes. A taxa de crescimento ilustra um crescimento populacional gira em torno de 100%, dado que o Censo 2000 indicava 76.556 habitantes. Em relação as moradias, segundo o Registro Geográfico do PMCD-VIAMB, o município em março de 2020 possui cerca de 106 mil moradias.

Entre os dois últimos Censos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) verificou-se acentuado crescimento da taxa de urbanização. A população urbana saltou de 82,6% para 98,5% no período entre 2000 e 2010, conforme podemos verificar no gráfico 1. Acompanhando a tendência nacional, Maricá tem apresentado modificações na sua estrutura demográfica no sentido do envelhecimento da população, ainda que todas as faixas etárias tenham apresentado variação positiva. (IBGE, 2020)

Gráfico 1 - População do município de Maricá - RJ



Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/marica/panorama>. Acessado dia 19/01/2021.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) variou de 0,637 no ano de 2000, que colocava o município na 849ª posição nacional, para 0,765 em 2010, fazendo com que o município passasse a ocupar a 289ª posição nacional e a 6ª no estado do Rio de Janeiro, segundo o IBGE. (IBGE, 2020)

O mapa 1 indica o município de Maricá que faz parte da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, região que representa cerca de 6,2% da área total do estado e concentra 12,2% da população do Rio de Janeiro, sendo composta por sete municípios: Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá. Na região destaca-se o município de Niterói, com o melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M), com 0,837 segundo IBGE-2010, seguido de Maricá com a sexta melhor posição do Estado para este indicador. (IBGE, 2020)

MAPA 1. Maricá na Região Metropolitana do Rio de Janeiro.

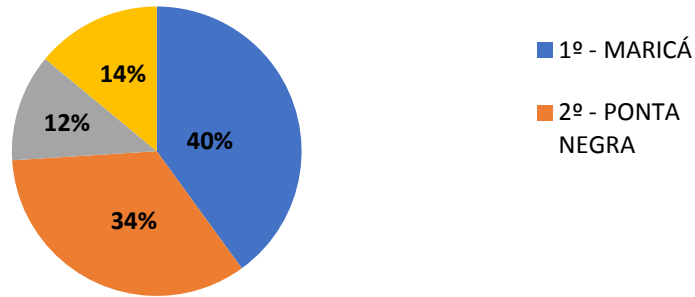


A principal via de acesso à Maricá é a Rodovia Amaral Peixoto (RJ-106), que atravessa o município longitudinalmente e liga-o às cidades de Niterói e São Gonçalo, a oeste e Saquarema, a leste. Outras vias de acesso também são comumente utilizadas: como a estrada de Itaipuaçu e a RJ-114, que faz a conexão com o município de Itaboraí, e, as rodovias RJ-104 e BR-101. (MARICÁ, 2013)

Maricá apresenta então, uma grande área urbana de ocupação rarefeita, formada por 04 Distritos e 50 bairros, ocupando uma área de 362,5 km², no gráfico 2 podemos conferir o percentual das áreas dos distritos do município.

A Lei Complementar nº 207 de 16 de junho de 2010 fixou a divisão, denominação e respectiva delimitação dos Distritos e dos Bairros, do Município, podemos verificar no gráfico abaixo como ficou essa distribuição:

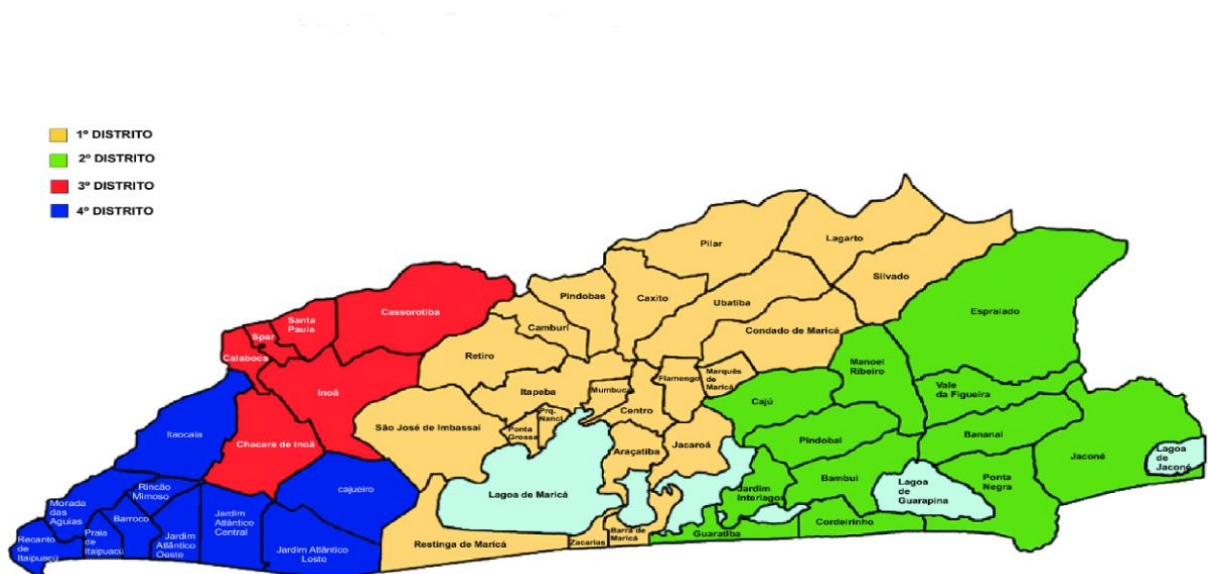
Gráfico 2 - Percentual da área dos Distritos de Maricá/RJ - 2020



Fonte: Jornal Oficial de Maricá (JOM) - Nº 207 de 28 de junho de 2010.

Abaixo, o mapa 2 apresenta a divisão geográfica do município, conforme publicação do JOM Nº 207, 28 de junho de 2010.

MAPA 2 – MARICÁ E SEUS DISTRITOS



Fonte: PMM/SMM/SURAS/VIAMB/PMCD

Quanto a rede de saúde de maricá, na tabela 1 podemos analisar ao quantitativo dos equipamentos da rede de saúde do município em 2020. Ela conta com 27 Unidades Básicas de Saúde - UBS distribuídas pelos bairros, 2 hospitais de urgência e emergência: Hospital

Municipal Conde Modesto Leal e Hospital Ernesto Che Guevara; uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA-Inoã) e uma Central de Regulação. As unidades básicas de saúde da família cobrem 43% do território.

A partir de março de 2020, a administração da Atenção Básica ficou a cargo do Instituto Gnosis, a organização social vencedora do edital de chamamento para gerenciamento e operacionalização da Atenção Básica.

Tabela 1 – Equipamentos da Rede de Saúde de Maricá – RJ - 2019

SERVIÇOS	EQUIPAMENTOS
<i>UBS/ESF</i>	27
<i>AMBULATÓRIO PERICLES SIQUEIRA FERREIRA</i>	01
<i>NASF</i>	02
<i>SAE – SERV. DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO</i>	01
<i>ONDONTÓMOVEL</i>	01
<i>CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS</i>	01
<i>CAPS INFANTO JUVENIL</i>	01
<i>CAPS ALCOOL E DROGAS – CAPS AD</i>	01
<i>RESIDÊNCIA TERAPEUTICA</i>	03
<i>UPA INOÃ</i>	01
<i>HOSPITAL MUNICIPAL CONDE MODESTO PIRES</i>	01
<i>HOSPITAL ERNESTO CHE GUEVARA</i>	01
<i>SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR</i>	02
<i>SAMU</i>	03
<i>CENTRAL DE REGULAÇÃO MUNICIPAL</i>	01

Fonte: PMM/SMS/SURAS mar/20

No mapa 3 podemos conferir como essa rede equipamentos se distribui em todo território municipal, apresentando uma grande concentração de equipamentos no 1º Distrito, exigindo deslocamento dos usuários para ter acesso aos serviços de saúde. Podemos verificar também alguns vazios sanitários, principalmente para o interior do município, nos limites municipais, principalmente, com São Gonçalo e Itaboraí.

MAPA 3

Rede de Equipamentos da Saúde - Maricá-RJ - 2020



Fonte: Criado pelo Autor.

2.6.1 O PMCD em Maricá/RJ

O Programa Municipal de Controle da Dengue - PMCD faz parte do fluxograma da Coordenação da Vigilância Ambiental em Saúde - VIAMB e suas ações de controle e combate as endemias no município seguem os protocolos definidos pelo MS/NERJ e tem suas metas pactuadas com a Secretaria Estadual de Saúde-SES-RJ.

A história do combate aos vetores no município de Maricá começa em 1988, em virtude da possibilidade de outra epidemia como a que assolou o Estado do Rio de Janeiro em 1986. Foram enviados servidores contratados pelo Instituto Vital Brasil para o trabalho de visitas domiciliares e servidores do quadro da SUCAM para planejar e organizar o trabalho de campo, seguindo o processo de descentralização das ações de combate aos vetores proposto pelo Ministério da Saúde.

Inicialmente foram contratados 17 servidores para o trabalho focal e a FUNASA enviou 3 servidores para coordenar a nova área, definida como Frente VIII⁷, com um Coordenador de Frente, 1 Supervisor Geral e 1 Inspetor/Instrutor de Endemias. Em 1990 foram enviados mais 2 servidores da Funasa para confeccionar os croquis para que pudesse ser feita a divisão do município por áreas e quarteirões.

⁷ A divisão territorial definida pela SUCAM possuía a nomenclatura de Frentes nos Estados.

Montou-se somente uma equipe e optando pelo trabalho em regime de mutirões pelos Distritos do município. No período de 1990-1999 passaram pelo município 45 servidores contratados pela FUNASA para trabalhar a partir dos planos de combate ao vetor implementado pelo Ministério da Saúde.

Com o fim das contratações pela FUNASA em 1999, a gestão municipal para não ter a interrupção das ações do Programa Municipal de Combate à Dengue - PMCD, fez um convênio que passou a contratar através de uma Cooperativa, MULTIPROF S/A, e responsável por gerenciar os recursos humanos, ficando a parte da operacionalização do processo de trabalho e dos processos formativos a cargo dos servidores do MS cedidos ao município pelo SUS, lotados no PMCD.

A partir de 2009 cumprindo o que determina a Lei 11350/06 no que diz respeito a contratação, sinalizando que as contratações só poderiam ser feitas através da administração direta, a prefeitura começou as contratações na forma de contratos temporários a partir de indicações políticas, essa situação perdurou por longos 8 anos e, somente em 2017, optou-se por um processo seletivo e partir de março de 2020 eles foram contratados pela OS – Instituto Gnosis – pelo regime Celetista.

Durante o período de 2009 - 2019 passaram pelo município 278 servidores e segundo a folha salarial de dezembro/19, até março o PMCD possuía 185 servidores da prefeitura desenvolvendo as atividades no PMCD, sendo esses servidores desligados em março de 2020 para serem contratados agora pela O.S.

O Instituto Gnosis conta em seus quadros com 130 agentes. Somente 12 servidores contratados em 2009 permanecem hoje trabalhando, demonstrando que o vínculo precário e a grande indefinição nas contratações geram uma alta rotatividade.

Em relação aos servidores cedidos pelo SUS que vieram trabalhar no município, já passaram pelo Programa até 2019 aproximadamente 92 servidores do MS, em março de 2020 estão lotados 47 no PMCD, onde somente 12 trabalham nas visitas domiciliares, a maioria trabalha na gerencia, na administração, na construção de mapas e na supervisão dos serviços de campo.

O mapa 4 apresenta como estão distribuídas as cinco áreas trabalhadas pelos agentes no município, os 130⁸ ACE são distribuídos de acordo com a quantidade de imóveis das áreas. A distribuição por áreas possibilita um maior suporte técnico e operacional para as atividades do PMCD, facilitando a distribuição dos agentes nas localidades de trabalho, que

⁸ Quantitativo contratado pela Organização Social Instituto Gnosis em março de 2020.

são definidas por um determinado número de quarteirões (800 a 1000 imóveis) estratificados com base nas diretrizes seguidas pelo PMCD, orientado pelo MS através de portarias e protocolos.



Fonte: Gerência do PMCD, Out/2017

A maior dinâmica, organização e planejamento de ações do PMCD somente foram possíveis com uma divisão municipal bem diferente da utilizada pela prefeitura. O setor de Reconhecimento Geográfico – RG, responsável pela confecção de mapas e croquis, propôs e mapeou o município em cinco áreas de trabalho: Área I – Araçatiba, Cajú, Caxito, Centro, Condado de Maricá, Flamengo, Jacaroá, Lagarto, Marques de Maricá, Pilar, Silvado e Ubatiba. Área II – Camburi, Itapeba, Mumbuca, Parque Nanci, Pindobas, Ponta Grossa, Retiro, Restinga de Maricá e São José de Imbassaí. Área III – Bambuí, Bananal, Barra de Maricá, Cordeirinho, Espraiado, Guaratiba, Jacome, Manoel Ribeiro, Pindobal, Ponta Negra, Vale da Figueira e Zacarias. Área IV – Cajueiros, Calaboca, Chacará de Inoã, Cassorotiba, Inoã, Itaocaia, Santa Paula e Spar. Área V – Barroco, Jardim Atlântico Central, Jardim Atlântico Leste, Jardim Atlântico Oeste, Morada das Águas, Praia de Itaipuaçu, Recanto de Itaipuaçu e Rincão Mimoso.

A tabela 2 apresenta como as equipes estão instaladas nos 27 Postos de Abastecimentos – PAS cadastrados no Programa, apresentando que apenas 41% estão em Unidades de Saúde do município, mas em relação aos equipamentos da Prefeitura os postos

ocupam 63% e apenas 37% estão em locais privados. Esse cenário leva a uma ideia de não pertencimento ao quadro da rede municipal de saúde pelos profissionais.

Tabela 2 - Relação dos PAs dos agentes do PMCD - 2020

Áreas	PA	Localização nos Equipamentos		
		UBS	PREFEITURA	PRIVADO
I	5	1	2	2
II	3	1	2	0
III	7	6	0	1
IV	4	2	1	1
V	8	1	1	7
Total	27	11	6	11

Fonte: Prefeitura de Maricá/SURAS/SMS/VIAMB/PMCD – Jan/2020

O mapa 5 possibilita identificar como as equipes estão distribuídas usando como referência o Posto de Abastecimento - PA, locais onde os agentes se deslocam todos os dias para pegar os equipamentos para iniciarem suas atividades cotidianas. Em março de 2020 as equipes estavam distribuídas em 25 Postos de Abastecimentos - PAs, onde somente 50% estão lotados nas Unidades Básicas de Saúde - UBS do município.

Mapa 5

Distribuição dos Postos de Abastecimentos - PAs
PMCD - Maricá-RJ -2020



Fonte: Criado pelo Autor.

A tabela 3 apresenta como está a cobertura das ações no território, até março de 2020 somente uma área tinha todos os imóveis visitados no ciclo⁹ e algumas possuem parte dos

⁹ Ciclo se refere ao período de 2 meses que o agente tem para visitar todas as residências dos quarteirões que lhe são destinados para o seu trabalho. Ao todo durante o ano são feitos 5 ciclos de 2 meses. Os outros 2 meses que

bairros sem cobertura, os principais fatores para ausência são: falta de agente e a questão da violência.

TABELA 3 – Áreas e os bairros sem Cobertura do PMCD – 2020

AREAS	BAIRROS	%	MOTIVOS
I	Jacaroá	70	não tem todos os imóveis visitados em virtude da questão de risco na integridade dos servidores por causa da violência e criminalidade
	Araçatiba	80	os imóveis não são visitados por falta de servidores
II	Pindobas	100	os imóveis não são visitados por falta de servidores.
	Camburi	100	
	Retiro	100	
III	Jaconé	100	não tem seus imóveis visitados por falta de servidores.
	Interlagos	100	
IV	única que tem 100% de cobertura, tendo todos os imóveis visitados		
V	Jardim Atlântico Leste	70%	não tem todos os imóveis visitados por falta de servidores
	Jardim Atlântico Central	70%	
	Jardim Atlântico Oeste	70%	

Em relação a questão da infraestrutura de trabalho, os ACEs precisam de um lugar para servir como ponto de referência dentro do território de trabalho, chamamos de PA (posto de abastecimento) este lugar de apoio para iniciarem a sua jornada diária de trabalho. O PA serve também como almoxarifado para os materiais administrativos necessários ao desenvolvimento da atividade diária, tais como: ficha de itinerário, boletins de cadastro da visita, folha de frequência e folhas de notificação, entre outros. A maior parte do processo de trabalho dos ACE é feito no quarteirão designado, porém, o PA simboliza sua localização dentro território de trabalho.

Contudo, na prática, a oferta dos PAs deveria ser responsabilidade da prefeitura, a partir dos seus equipamentos de saúde, mas quem procura e faz toda a negociação são os próprios trabalhadores com os representantes legais das instituições (associação de moradores, escolas e organizações não governamentais, comércios, etc.).

A tabela 4 apresenta um perfil dos agentes no PMCD, em relação a faixa etária existe um equilíbrio, com até 39 anos temos 31 servidores, com 34 anos são 24 servidores, já até

faltam p completar o ano, ficam distribuídos entre um mês de férias e um mês divididos em semanas para o Levantamento de Índice – LIRA.

com 30 anos são 21 servidores, com média de 24 anos temos 23 servidores e com 19 anos temos 21 servidores. Já os servidores do Ministério da Saúde, em virtude da descentralização e a não realização de concurso para o cargo de ACE no MS, a maioria dos servidores estão acima de 49 anos.

Apesar do aumento significativo de contratações, o município ainda necessita de pelo mais 50% do quadro existente hoje para que todo o território do município seja visitado.

Tabela 4 – Quantitativo de Agentes por Área – 2020

	VISITADORES			CHEFIAS		
	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL
ÁREA I	13	20	33	2	4	6
ÁREA II	5	17	22	1	3	4
ÁREA III	9	17	26	5	1	6
ÁREA IV	8	9	17	4	1	5
ÁREA V	11	23	34	5	3	8
TOTAL	46	86	132	17	12	29

Fonte: Prefeitura de Maricá/SURAS/SMS/VIAMB/PMCD – Jan/2020

A média de idade dos agentes passa por uma análise mais diversificada, pois temos que levar em consideração a questão do vínculo empregatício, pois trabalham lotados no município servidores cedidos do Ministério da Saúde que estão desde 1988 e tem como média de idade 49 anos e os servidores contratados da prefeitura com uma média de idade de 36,8 abrangendo a faixa etária entre 19 e 58 anos.

O município até março de 2020 tem 116.000 imóveis cadastrados e tem como meta de 94.592 visitas por ciclo, sendo que essa meta é pactuada pela Secretária Estadual de Saúde-RJ, com média de 30 visitas/dia, e que só leva em consideração as casas que são visitadas, ou seja, as casas que os agentes realizam o trabalho de inspeção/tratamento/coleta de larvas/educação sanitária, conforme podemos conferir na tabela 5.

Tabela 5 – Produtividade dos Agentes em 2019 por ciclos

Ciclo	Visitas Domiciliares					
	Inspecionadas	Fechadas/ Recusadas	Total	Com Foco	Tratadas	Recuperadas
1	47.712	21.992	68.204	25	25	166
2	57.063	27.737	84.800	51	51	666
3	76.893	39.664	116.557	38	38	1.793
4	76.574	36.618	113.192	18	18	1.797
5	70.907	33.918	104.825	56	56	692
6	67.417	32.577	99.994	100	100	581

Fonte: <http://www.riocomsaude.rj.gov.br/site/Conteudo/Dados.aspx>

A Estrutura do Programa Municipal de Controle da Dengue a partir da sua Coordenação e Gerência é feita da seguinte forma:

Os Agentes no Programa são divididos em 7 equipes:

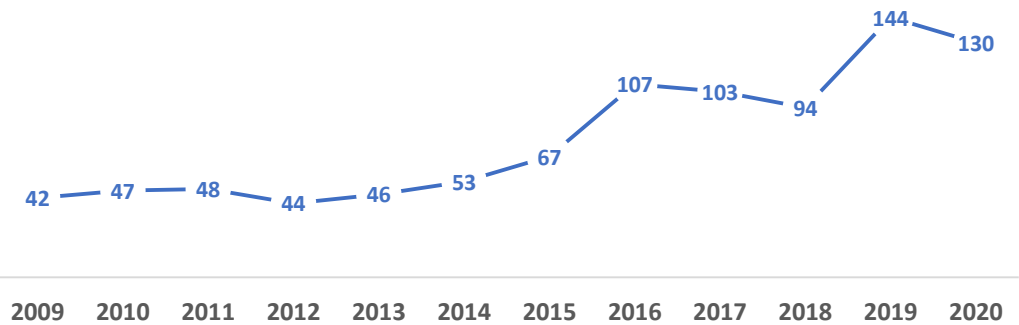
- Equipe Administrativa – 4 agentes (2/MS¹⁰ e 2/PREF¹¹.)
- Equipe de Gerência e Supervisão – 33 agentes (17/MS e 16/PREF.)
- Equipe das visitas domiciliares/VD, trabalho Focal – 130 agentes (13/MS e 117/PREF.)
- Equipe do Reconhecimento Geográfico/RG – 4 agentes (todos do MS)
- Equipe de Ponto Estratégico/PE – Ultra Baixo Volume - UBV (antigo fumacê) – 9 agentes (todos do MS)
- Equipe de Laboratório – 3 agentes (todos do MS)

O gráfico 3 nos apresenta um quadro geral das contratações efetuadas pela Prefeitura de servidores para o combate aos vetores atrelado a VIAMB/PMCD no período de 12 anos, onde se constata uma grande rotatividade de servidores prejudicando os processos formativos e qualidade dos serviços prestados a população do município em tela.

¹⁰ Servidores do Ministério da Saúde

¹¹ Servidores da Prefeitura

**GRÁFICO 3 - QUANTITATIVO DE AGENTES CONTRATADOS DE
2009-2020**



Fonte: Prefeitura de Maricá/SURAS/SMS/VIAMB/PMCD – mar/2020

O PMCD, responsável por toda a parte operacional, orienta seus agentes quanto suas atribuições e o desenvolvimento do seu processo de trabalho em conformidade com os protocolos determinados pelo Ministério da Saúde em seus manuais e cartilhas, definindo como atribuições:

- Executar o tratamento focal e perifocal como medida complementar ao controle mecânico, aplicando larvicidas autorizados conforme orientação técnica do MS, sendo feitas em média trinta visitas/dia, a partir da Visita Diária (VD);
- A cada dois meses os agentes realizam a pesquisa larvária com coleta de larvas nas residências, na modalidade de trabalho - Levantamento de Infestação Residencial por Amostragem - LIRA, que tem como foco principal o levantamento de índice para verificar o grau de infestação do município;
- Agentes dos PE visitam oitenta e dois pontos estratégicos de quinze em quinze dias;
- Realizar a eliminação de criadouros tendo como método de primeira escolha o controle mecânico (remoção, destruição, vedação, etc.);
- Orientar a população com relação aos meios de evitar a proliferação dos vetores;
- Utilizar corretamente os equipamentos de proteção individual indicados para cada situação;
- Repassar ao supervisor da área os problemas de maior grau de complexidade não solucionados;
- Para manter atualizado o cadastro de imóveis e pontos estratégicos a Equipe da Gerência registra e cadastra no Sistema FormSUS as informações passadas pelos Agentes no Boletim Diário do Serviço Antivetorial – FAD 01;
- Registrar as informações referentes às atividades executadas nos formulários específicos;
- Deixar seu itinerário diário de trabalho no posto de abastecimento;

- Orienta os moradores sobre os serviços ofertados pela Atenção Básica do Município;
 - A Equipe de UBV desenvolve seu trabalho a partir das Notificações recebidas pela Gerência, no prazo máximo de 4 dias após o recebimento é realizado o tratamento de bloqueio com raio de 300 metros da residência notificada;
- Forma de Controle por Armadilhas (em projeto).

Figura 4 - Distribuição de Panfletos Educativos



Figura 5 - Agente realizando a visita domiciliar diária em Maricá/RJ



Figura 6 - Trabalho de eliminação de depósitos em terrenos baldios.



Figura 7 - Trabalho do Carro Fumacê



Fonte: <https://www.marica.rj.gov.br/2018/03/23/>

Em relação à escolaridade existem diferenças entre os agentes de acordo com o seu vínculo empregatício: os servidores do MS da extinta SUCAM não exigia escolaridade mínima; os contratados após 1990 somente era necessário o atual Ensino Fundamental concluído, conforme exigia a Lei 11350/06 antes da redação atualizada com a Lei 1595/2018 que determinou a exigência de ter o ensino médio completo. Para o agente contratado pelos municípios após 1999 também era exigida essa escolaridade mínima nos processos de contratações.

Tabela 6 - Escolaridade dos Agentes do PMCD

VÍNCULO	Ensino Fundamental	Ensino Médio não Concluído	Ensino Médio Completo	Superior Incompleto	Superior Concluído
Ministério da Saúde	2	5	56	0	22
Prefeitura	1	0	125	5	1
Total	3	5	111	5	23

Fonte: SMS/SURAS/VIAMB/PMCD – março/20

CAPÍTULO 3 - OS PROCESSOS FORMATIVOS DOS AGENTES DE COMBATE AS ENDEMIAS NO MUNICÍPIO DE MARICÁ-RJ

Nesse capítulo iremos discutir a questão da formação de trabalhadores da saúde que não pode se resumir somente a uma compreensão baseada no sentido contido em termos como capacitação, habilitação ou treinamento, mas sim como um processo de compartilhamento de saberes que possa agregar conhecimento, melhorar a prática e gerar a ideia de pertencimento do profissional, além dos componentes conhecidos no ambiente da educação profissional como as competências e habilidades, entendendo que tudo tem que ser pensado a luz dos princípios do SUS.

A formação até 1990 era feita a partir de treinamentos de servidores contratados e de servidores das forças armadas que eram solicitados para ajudar nas campanhas em caso de epidemias. Era basicamente instrumental e aligeirada, ou seja, com foco sanitaria e campanhista, por meio de uma visão dissociada de qualquer produção acadêmica maior ou de conteúdos de formação mais ampla.

O processo formativo estava absolutamente restrito ao conteúdo técnico para o controle de determinadas endemias, de modo que eram feitos treinamentos de curta duração, tendo como fonte bibliográfica guias ou cartilhas elaboradas dentro da própria instituição. O nome dado era Curso para Admissão na Campanha de Combate ao *Aedes Aegypti* – FNS.

A partir do processo de descentralização determinado pelo SUS, a habilitação do trabalhador contratado passou a ser feita nos municípios por meio de um Curso de Formação Inicial Continuada – FIC, que tratava basicamente do conteúdo teórico das atividades a serem desenvolvidas pelos agentes, que seguia os mesmos moldes ao da ex-SUCAM.

Tanto na estratégia de Erradicação como na de Controle, utilizadas ao longo do tempo pelos órgãos responsáveis pelo controle de vetores, a formação do ACE sempre esteve, absolutamente, restrita ao conteúdo técnico, a partir de processos formativos que utilizam a metodologia da Educação Continuada, sem nenhuma participação dos agentes e de prática de saúde problematizadora, voltada apenas para soluções dos problemas oriundos das visitas.

Os processos formativos dos agentes são pautados em duas linhas pelos gestores: a culpabilização dos moradores e eliminação dos criadouros.

Um grande problema nos processos formativos dos agentes está na indefinição das atribuições entre os níveis federal, estadual e municipal ao longo do tempo. Essa indefinição gera grandes entraves para os agentes, dificultando na identificação do seu papel na rede de

saúde e a caracterização do agente como trabalhador do SUS, levando a um processo de trabalho menos integrado com os demais trabalhadores.

Para Dubar (1997),

“as formas identitárias resultam da articulação entre a transação objetiva e subjetiva, caracterizam estados de continuidade ou ruptura entre a identidade herdada e visada no âmbito subjetivo, e estados de reconhecimento e não-reconhecimento social no âmbito objetivo, entre a identidade atribuída pelo outro e identidade incorporada para si.” (p.239)

A essência do trabalho pode ser identificada a partir da identidade gerada, no campo profissional as identidades são construídas a partir do reconhecimento de um trabalhador pelo outro no campo do trabalho. O trabalho aparece, assim, como importante para o reconhecimento de si, como um espaço de conversas, um campo de problemas, de incertezas e de múltiplas implicações (VIEIRA, 2007, p. 247).

Para Batistella (2013),

“A construção e o compartilhamento de saberes, capacidades, valores e condutas mediadas pela qualificação do trabalho convergem para um processo de construção social de identidades. Por meio da análise dos processos de qualificação, pode-se investigar, por exemplo, o impacto das políticas de organização e gestão do processo de trabalho na subjetividade e nas formas de identificação dos trabalhadores”. (p.373)

Essa mudança tem que ser incorporada à vida profissional dos agentes, motivando um novo agir profissional, que não faça sentir-se excluído do processo de mudanças e desconhecer da importância das estratégias educacionais – Educação Continuada em Saúde (ECS) e Educação Permanente em Saúde (EPS) – para melhorar a sua formação e, conseqüentemente, fortalecer sua identidade como trabalhador do SUS.

O processo de descentralização, além da cessão de servidores irá transferir a responsabilidade da formação dos agentes para os municípios que, pela falta de familiarização com as atividades educativas e de profissionais competentes para ministrar os processos formativos, vai levar a precarização das formações realizadas para os ACEs.

Para Monken (2008),

“o processo de municipalização gerou para os municípios a necessidade de se pensar em mudanças nos processos formativos para adequá-los a proposta de vigilância em saúde, conforme disposto no Pacto de Gestão (Brasil, 2006), indicando ao sistema de saúde a necessidade de formação dos trabalhadores para ações de base territorial. Esta se concretiza através de práticas gerenciais e sanitárias sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações”. (p.142)

Esta discussão tem um componente central que diz respeito ao descolamento dos processos formativos no campo da saúde pública e as reais necessidades da população. Este ponto é crucial para os trabalhadores que atuam no campo. Torna-se fundamental que os processos formativos tenham conceitos e metodologias que contemplem uma abordagem analítica sobre as condições de vida, a origem dos problemas e da situação de saúde, ainda mais na área de atuação da vigilância em saúde, onde o ACE se situa no SUS. Como lembra Amaral et al (2014), a

“A história da formação em Saúde no Brasil é marcada pela desarticulação entre o ensino e as necessidades sociais de saúde. A problemática em torno da capacidade do sistema de saúde nacional em responder às necessidades de saúde entrelaça-se ao desafio do sistema educacional em formar profissionais capazes de intervir nessa direção.” (p.1547)

3.1 OS PROCESSOS FORMATIVOS E SEUS INSTRUMENTOS

Na literatura atual, são utilizados os mais variados termos associados à formação profissional. Os termos ou conceitos por diversos motivos não possibilitam um maior entendimento por aqueles que os utilizam. Por isso, iremos apresentar alguns instrumentos de formação e os seus conceitos.

Inicialmente, irei apresentar o significado mais formal dos termos desse universo da educação como: capacitação, treinamento, formação, qualificação e habilitação.

Para o dicionário Michaelis¹² Educação é o conjunto de métodos próprios a fim de assegurar a instrução e a formação do indivíduo. Já Formação é considerada a educação acadêmica de um indivíduo, incluindo-se os cursos concluídos e os títulos obtidos. A Capacitação é o ato ou efeito de capacitar(-se). O Treinamento é a ação ou efeito de treinar(-se). Qualificação é dar atribuição de qualidade, nome ou título a alguma coisa e Habilitação é o conjunto de atributos que capacitam alguém ao exercício de uma função.

Já no dicionário Aurélio¹³ foi encontrado as seguintes definições: para Educação considera ação ou efeito de educar, de aperfeiçoar as capacidades intelectuais e morais de alguém. Para Formação, indica como um conjunto de conhecimentos e/ou instruções sobre um assunto específico. Já Capacitação é ação ou efeito de capacitar, de tornar capaz; gerar aptidão. Para Treinamento, esse dicionário esclarece que é o processo que torna alguém capaz de desenvolver algo, através de orientação ou instrução e para Qualificar, ele enfatiza que é a reunião das características que tornam alguém apto para exercer determinada função. Por fim, para Habilitação, considera como ação ou efeito de habilitar, tornar hábil, apto ou capaz.

¹² <https://michaelis.uol.com.br/>

¹³ <https://www.dicio.com.br/>

Analisando as definições desses dois dicionários para os termos formação e capacitação, verifica-se que elas possuem praticamente o mesmo significado, trazendo um reducionismo para o objetivo da educação, em detrimento de que ela possibilita maior desenvolvimento do cidadão, em seu sentido amplo.

Ocorre que há necessidade de ampliar as análises dos instrumentos que fazem parte dos processos formativos para possibilitar e incentivar a construção das competências e habilidades, pois os processos formativos devem ser entendidos para além do sentido já bem ultrapassado da reprodução de conhecimentos e aprendizados técnico-científicos para um determinado perfil profissional e aplicados a partir de um determinado contexto histórico, mas sim como parte do processo de criação de saberes que tornem os trabalhadores sujeitos críticos e reflexivos, modificadores da realidade, criadores de modos de vida e incentivadores de novos modelos de gestão para os processos de trabalho.

Historicizar a relação “processo de trabalho e qualificação do trabalhador” irá ajudar a entender que, no processo de trabalho rígido, há um controle exacerbado da supervisão sobre os trabalhadores que, são obrigados/induzidos a desenvolver um processo de trabalho fragmentado, com tarefas repetitivas, com tendência majoritária a desqualificação. (PEREIRA, RAMOS, 2006, p.19)

A formação profissional em saúde, principalmente a partir de 1990, acompanha um movimento que ocorre em todo o campo da educação brasileira, qual seja, o deslocamento da noção de qualificação para a de competência em correspondência à organização flexível do trabalho. (VIERA, CHINELLI, 2013, p.1595)

Segundo Tartuce (2004), “de um modo geral, pode-se dizer que o interesse pela temática da qualificação surge com o aprofundamento da divisão do trabalho no capitalismo, quando a fragmentação de tarefas daí decorrente passa a ser objeto de várias áreas, entre elas a economia – a visão otimista de Adam Smith – e a sociologia – a crítica pessimista de Karl Marx. Entretanto, se esta última ciência nasceu no século XIX refletindo sobre vários aspectos da categoria “trabalho”, é apenas no século XX, com o advento da chamada “administração científica do trabalho”, que a questão da qualificação vai ser analisada de maneira mais sistemática, tornando-se inclusive o objeto por excelência da sociologia do trabalho na França” (p.356 apud DADOY, 1984).

No processo de construção das competências e habilidades, responsáveis pelo arcabouço do profissional no desenvolvimento do seu processo de trabalho ao longo de

carreira, é preciso propiciar uma formação, que permita aos trabalhadores agir como cidadãos produtores de bens e de serviços e como na sociedade civil.

Deluiz (1997) afirma que a educação deve possibilitar aos trabalhadores:

(...) “sua participação na sociedade científica e tecnológica não como objetos, mas como sujeitos, resgatando assim a dimensão política, a construção da identidade social e a integração plena na cidadania”. (p.16)

De acordo com Machado (1996: 13),

“a questão da qualificação é relevante para os processos formativos em seus vários aspectos: seja como objetivo teleológico, seja como “elemento de mediação das práticas pedagógicas e das relações de trabalho”. (...) “uma dimensão importante na definição de coletivos, vale dizer, de identidades e interesses em grupos sociais específicos” (CASTRO, 1993: 211).

Para Ferry (1991), “a formação aparece com um significado de um processo de desenvolvimento individual destinado a adquirir ou aperfeiçoar capacidades” (p. 36).

Mais do que compreender o significado do termo, entendo que a formação deve ser encarada na perspectiva da transformação do indivíduo humano. Assim, concordo com Carvalho (2008), em sua análise sobre as diferenças entre o que aprendemos e o que nos afeta como seres humanos. Para este autor

[...] a aprendizagem indica simplesmente que alguém veio saber algo que não sabia: uma informação, um conceito, uma capacidade. Mas não implica que esse 'algo novo' que se aprendeu nos transformou em um novo 'alguém'. E essa é uma característica forte do conceito de formação: uma aprendizagem só é formativa na medida em que opera transformações na constituição daquele que aprende. É como se o conceito de formação indicasse a forma pela qual nossas aprendizagens e experiências nos constituem como um ser singular no mundo. (CARVALHO, 2008: p.1)

O claro entendimento do conceito de formação e a análise de importantes elementos conceituais e princípios formadores são pressupostos centrais para a compreensão do processo formativo no qual os profissionais estão envolvidos, onde a discussão sobre a questão da formação de trabalhadores da saúde que não pode se resumir somente a uma compreensão baseada no sentido contido em termos como capacitação, habilitação ou treinamento, mas sim como um processo de compartilhamento de saberes que possa agregar conhecimento, melhorar a prática e gerar a ideia de pertencimento do profissional, além dos componentes conhecidos no ambiente da educação profissional como as competências e habilidades, entendendo que tudo tem que ser pensado a luz dos princípios do SUS.

3.2 A FORMAÇÃO DO ACE: MINHAS EXPERIÊNCIAS

Para comprovar minhas experiências nos processos formativos ao longo dos meus 30 anos de trabalho, irei apontar dois períodos que poderão dar a ideia sobre os processos e utilizaremos a minha trajetória profissional no Ministério da Saúde, que compreende de outubro de 1990 até os dias atuais e são: 1º Período: 1990 a 2010 – Este período está relacionado ao meu trabalho no município de Niterói. Começa com o processo formativo para a minha habilitação, passando pela minha reintegração ao trabalho em 2003, após o afastamento de 4 anos e o curso para retorno ao trabalho em 2003; e o 2º Período: 2011 até os dias atuais – Este período leva em consideração a minha transferência para o Município de Maricá; passando pela minha ida para o Programa Educação em Saúde em Maricá-RJ; a implementação de novos processos formativos a partir das legislações e de políticas públicas na área da saúde; e a realização do Curso EDPOPSUS;

- 1º Período de 1990 a 2010

A minha formação para exercer as atribuições do ACE aconteceu no período de 25 de outubro a 05 de novembro de 1990 em duas semanas, sendo que na primeira foi totalmente teórico, sendo ministrado o “Curso de Admissão na Campanha de Combate ao Aedes Aegypti – FNS – Frente VI” e a segunda foi prática, realizada diretamente no campo de trabalho com a “Reciclagem em aula Prática – Método ALTEB – FNS -Frente VI”, onde acompanhávamos os agentes mais antigos e experientes nas visitas domiciliares nos 2 primeiros dias e nos 2 últimos depois começamos a realizar as visitas sozinhos.

O conteúdo programático ministrado tinha como referência o Manual de Instruções para Guardas, Guardas Chefes e Inspectores de 1990, o curso foi dado apenas pelo Gerente Técnico da Frente VI.

Nos anos 1990, paralelo a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), tivemos a fusão da SUCAM com a Fundação Especial de Saúde Pública (FSESP) sendo criada a Fundação Nacional de Saúde (FNS), pela lei nº 8.029/1990, definindo-se a seguir a descentralização de suas ações e de serviços de saúde (Portaria FNS nº1.883/1993).(GONDIM; BARBOSA; OLIVEIRA; 2016, p.35)

A criação do SUS, com seus princípios e diretrizes, exigiu a necessidade de se pensar em um novo processo formativo dos ACE a partir do processo de descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças - ECD, desencadeado pela publicação da Portaria GM/MS nº 1399, de 15 de dezembro de 1999. O deslocamento dos servidores da FUNASA

para os municípios confirmará isso, pois seus processos formativos eram para atividades específicas de combate a endemias numa forma generalizada.

A minha formação retratava bem esse modelo, pois mantinha o processo de trabalho baseado especificamente em uma doença, no meu caso específico era a Dengue, uma herança da extinta SUCAM onde havia os guardas da malária, os guardas da dengue, os guardas da esquistossomose e assim por diante.

Já em 1996, o Ministério da Saúde criou o PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DO AESDE AEGYPTI - PEAA, com recursos que deveriam ser aplicados na contratação e capacitação de pessoal, aquisição de veículos e equipamentos e demais ferramentas estratégicas no combate da doença.

Os processos de formação dos Agentes contratados eram basicamente a reprodução do Manual de Normas Técnicas (2000), publicado pelo Ministério da Saúde, mantendo a proposta tecnicista e mecanizada do processo de trabalho dos agentes, sem levar em consideração nenhuma proposta a partir do perfil do município onde seria implementado o Programa.

Em 1999 o Governo FHC não renovou o contrato dos 5.792 agentes que já vinham desempenhando essa função por mais de dez anos e, somente em 2003, com a aprovação da Medida Provisória nº 86, os ACE demitidos foram reintegrados. Em 2006, a Medida Provisória nº 297 estabeleceu que esses trabalhadores reintegrados fossem regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), conforme a Lei Federal nº 9.962, de 22 de fevereiro de 2000, como empregados públicos (GUIDA et al., 2012).

No mesmo ano, com a publicação da Lei Federal nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, o trabalho dos agentes passou a ter a sua atuação exclusivamente no âmbito do SUS, mediante contratação por meio de seleção pública, não sendo permitida a contratação temporária ou terceirizada, salvo em situações de epidemias (BRASIL, 2006a).

No período de 2002 a 2005 sob a chancela do Programa Nacional de Controle da Dengue - PNCD e com a determinação que os municípios fossem responsáveis pela contratação dos Agentes, isso criou um complicador muito grande em relação a questão dos vínculos dos servidores com as prefeituras, onde diversas formas de contratação foram efetuadas.

Tivemos também nesse período a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, em junho de 2003, que veio reforçar uma área extremamente estratégica do MS, por meio do fortalecimento e ampliação das ações de Vigilância Epidemiológica. Com sua

criação, as atividades antes desempenhadas pelo extinto Centro Nacional de Epidemiologia - CNE, da FUNASA, passaram a ser executadas pela SVS.

Entre suas ações estão incluídos os programas nacionais de combate à dengue, à malária e outras doenças transmitidas por vetores; o Programa Nacional de Imunização, a prevenção e controle de doenças imunopreveníveis, como o sarampo, o controle de zoonoses; e a vigilância de doenças emergentes.

A SVS/MS em suas Cartilhas não avançou muito no processo formativo dos Agentes para melhorar a qualidade do processo de trabalho oferecido aos usuários do SUS.

Para dar conta de um processo formativo voltado para esses trabalhadores e para melhorar a formação e, conseqüentemente, a forma de atuação dos agentes no seu processo de trabalho, foi criado e implementado pela FUNASA, em parceria com a FIOCRUZ/EPSJV em 2001, o Programa de Formação para Agentes Locais de Vigilância em Saúde (PROFORMAR) para trabalhadores de campo.

O PROFORMAR pode ser considerado de fato o primeiro curso na modalidade ensino-serviço tendo como objetivo de análise não mais a doença e sim, os determinantes sociais de saúde, trabalhando o conceito de saúde ampliado e utilizando metodologias educativas com ênfase na EPS, transformando as práticas sanitárias dos agentes envolvidos.

O Programa foi responsável pela qualificação inicial de cerca de 32 mil profissionais em todo o país, pela produção e disseminação de mais de 35 mil livros didáticos e pela articulação de uma ampla rede técnico-pedagógica envolvendo mais de 260 núcleos descentralizados e 1100 docentes em todo país.

Atualmente, vincula-se ao desenvolvimento articulado de vários projetos de ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico, e de diferentes iniciativas do Ministério da Saúde no âmbito da Política de Educação Permanente para o SUS, especialmente àquelas que buscam ordenar a formação dos trabalhadores da área de vigilância através da discussão do perfil de competências e do estabelecimento de diretrizes curriculares.

Período do ano de 2011 até os dias;

Em outubro de 2013 ingressei no Programa Educação em Saúde e ocorreram mudanças políticas jurídicas-institucionais significativas no que tange ao processo de formação dos Agentes, nesse período foram editadas Leis, Portarias e Decretos que nortearam a profissão dos trabalhadores do combate e controle de endemias que serviram como fonte para novas propostas de processos formativos para os agentes.

Algumas mudanças foram muito positivas, que visavam melhorar o processo formativo dos novos agentes e para garantir aos antigos servidores uma qualificação condizente com as suas novas atribuições definidas pelas políticas públicas para as práticas da saúde.

A lei 13595/18 irá determinar a exigência de possuir o ensino médio completo, possibilitando uma formação mais qualificada para os quadros dos trabalhadores do SUS.

Já a Portaria 243/15 propõe uma grade curricular para o Curso de Formação Inicial Continuada (FIC), melhorando a qualificação/habilitação tornando-a bem mais elaborada e possibilitando avançar mais no conceito ampliado de saúde, definindo a importância de se olhar questão da determinação social que afligem as sociedades menos favorecidas do que somente reproduzir o que o manual do MS propõe.

Os processos formativos e as práticas de saúde após a criação do SUS têm exigido muitas mudanças principalmente nas metodologias aplicadas nas formações. As mudanças para que surjam os efeitos desejados vão exigir bem mais do que cursos e capacitações, pois a questão não está nas quantidades de eventos de qualificações e sim no que ensinar e pra que aprender. Pois não adianta propor formações atualizadas no modo ensino-saúde se não houver interesse da gestão, no caso a municipal, de aplicar realmente no cotidiano dos processos de trabalhos.

3.3 OS CURSOS EM MARICÁ/RJ

Os processos formativos em saúde, ao incorporar o conceito de saúde ampliado, a análise dos determinantes e condicionantes do território e a necessidade da participação popular e seus saberes geram mudanças significativas nos processos formativos para os trabalhadores do SUS visando um novo olhar para o processo saúde-doença.

Essa perspectiva de formação dos agentes não tem como objetivo práticas de saúde voltadas ao modelo sanitarista-campanhista implementado há décadas no trabalho de combate às epidemias nos municípios e que normalmente, são treinamentos simplificados com uma visão reducionista das atividades e apresentado nos cursos de forma aligeirada.

Albuquerque (2004) aponta que,

“a educação em saúde tem sido um instrumento de dominação, de afirmação de um saber dominante, de responsabilização dos indivíduos pela redução dos riscos à saúde. A educação em saúde hegemônica não tem construído sua integralidade e pouco tem atuado na promoção da saúde de forma mais ampla. As críticas a essa política dominante têm levado muitos profissionais a trabalharem com formas alternativas de educação em saúde, das quais se destacam aquelas referenciadas na educação popular”. (p.260)

Essa alternativa tem que ser incorporada à formação do trabalhador da saúde motivando um novo agir profissional, que não faça sentir-se excluído do processo de mudanças e desconhecedor da importância da Educação Popular para qualificar e melhorar a sua formação e, conseqüentemente, fortalecer o entendimento do profissional como trabalhador do SUS.

Serão observados nesse item quatro diferentes processos formativos considerando como temáticas orientativas para análise o que foi apresentado no referencial teórico do capítulo 1 desta dissertação, como: a formação tendo como princípio o conceito ampliado de saúde e seus determinantes sociais, os princípios organizativos do SUS, tendo como base de atuação a vigilância em saúde em que os ACE estão inseridos, ou seja, se organiza de acordo com os problemas e potencialidades do território e as possibilidades de participação social fazendo com que os sujeitos do processo de trabalho sejam a equipe de saúde e a população; e a outra temática orientadora diz respeito a Educação Popular em Saúde no sentido aos seguintes princípios da PNEP-SUS: problematização; construção compartilhada do conhecimento; emancipação; e compromisso com a construção do projeto democrático e popular.

Os documentos a serem analisados são os que se referem aos seguintes processos formativos: Cursos de Habilitações do PMCD, conteúdo programático até 2017; Curso Introdutório de Formação Inicial Continuada para ACE – 2017; Curso de Atualização e Normatização das Atividades do PMCD – 2018; Curso Aperfeiçoamento para os Agentes de Combate às Endemias – 2018.

Durante os sete anos que faço parte do Programa Educação em Saúde, responsável pelos processos formativos do PMCD, as qualificações eram desenvolvidas seguindo manuais e cartilhas, conteúdos programáticos e metodologias vinculadas aos protocolos do Ministério da Saúde ou da SES-RJ e através de planos de contingência propostos pelo município criados a partir de demandas locais.

O Programa fazia parte do PMCD com a sigla IEC (Informação, Ensino e Comunicação), posteriormente, em 2014 ele foi deslocado para a Atenção Básica. Por cinco anos ficamos fazendo parte da Subsecretaria de Atenção Básica-SUSAB, em 2019 na nova reorganização da SubSecretaria da Rede de Atenção em Saúde (SURAS) - ex SUSAB, o Programa Educação em Saúde foi realocado no Núcleo de Educação Permanente em Saúde-NEPS.

O Programa Educação em Saúde é uma área técnica, organizada na estrutura da SUSAB, com a finalidade de elaborar e desenvolver ações de Educação em Saúde e Mobilização Social, a fim de apoiar todos os setores técnicos e articular com as demais secretarias e parceiros do município, atividades que visam à promoção da saúde da população.

Os desafios do Programa são: difundir a Promoção da Saúde; incentivar e ampliar os vínculos intersetoriais; autonomia dos sujeitos; e promover mudança nos hábitos dos sujeitos envolvidos.

A saída do PMCD para Atenção Básica intensificou as mudanças no perfil do Programa, os entraves do PMCD em virtude da dificuldade dos gestores em entenderem a necessidade de mudança nos processos formativos.

Um ponto que poderia ser observado como diferencial para os servidores do PMCD, como agentes cedidos pelo MS para Maricá, foi a possibilidade de fazer o Módulo I do Curso PROFORMAR em 2006. No município de Niterói, onde estava lotado nessa época, a proposta de implementação desse Curso não ocorreu. Infelizmente pude perceber que pouco se aplicou, apesar de terem acesso a uma nova metodologia que possibilita um novo olhar para o processo de trabalho, a Gestão fez a opção pela velha metodologia de trabalho, seguindo procedimentos ditados pelos Manuais e Cartilhas do Ministério da Saúde.

Solicitei minha transferência para o município de Maricá em 2010 e como estava trabalhando no campo em Niterói, não precisei fazer nenhuma capacitação. A minha turma de trabalho tinha 1 supervisor e 3 agentes visitantes. Exerci por 2 anos e oito meses as atividades de campo e nesse período ocorreu muita rotatividade de servidores na turma. Os agentes que chegavam para trabalhar já tinham passado pela capacitação feita pelo Programa de Educação em Saúde, totalmente teórica e o treinamento prático era conduzido pelos os agentes antigos da turma.

Nesse período, por diversas vezes, auxiliei os novos agentes nas atividades de campo cotidianas, além de passar as informações técnicas e práticas também orientava na construção de um perfil profissional de saúde, desde a sua postura até a necessidade de se manter informados com as demandas para as atividades de arboviroses no seu território de atuação.

A formação prática dos novos agentes era desenvolvida de uma forma bem simples e sem a presença dos atores responsáveis pelo processo formativo que ele foi submetido no ato de sua contratação: o agente recém-contratado acompanhava o agente mais antigo por algumas semanas e depois sendo considerado apto a trabalhar sozinho era deslocado para a localidade de trabalho que ele ficaria responsável para exercer suas atividades.

A partir de 2014, já trabalhando no Programa Educação em Saúde participei de algumas habilitações de agentes, ficando responsável pela parte de preenchimento de boletins, pois como era o último a ter entrado no Programa e por estar trabalhando no campo seria o palestrante mais atualizado com a atividade de campo e sobre os boletins utilizados para o cadastro dos imóveis visitados no município.

O quadro 2 apresenta o conteúdo programático que é utilizado pelo Programa para a habilitação dos novos servidores. Durante três dias o agente era qualificado sobre o vetor – seus hábitos e suas especificidades -; treinado a preencher os boletins de cadastro das visitas e calcular os volumes dos grandes depósitos; se familiarizava sobre as arboviroses. O entendimento do conceito ampliado de saúde, os determinantes sociais e as características e especificidades dos territórios trabalhados, assim como a abordagem sobre o processo de trabalho tendo como sujeitos a equipe de saúde e a população não eram tratadas no processo formativo e muito menos ainda uma abordagem que vinculasse o seu trabalho ao SUS.

A metodologia educacional aplicada nessa formação era a simples transmissão de conteúdos técnicos pautados numa lógica biomédica, com uma carga horária de curta duração e as informações eram dadas de uma forma aligeirada, sem nenhum tipo de aprofundamento dos conteúdos apresentados e estudo de casos.

No primeiro dia, era utilizado um recurso audiovisual, onde os agentes assistiam o Filme “A história da saúde Pública”, mas infelizmente as informações e análises sobre os aspectos sociais, políticos e econômicos e suas interferências ao longo dos anos nos modelos assistenciais e a concepção do processo saúde-doença em cada período ficavam somente na narrativa informada no filme.

Não foi discutido os principais instrumentos legais que contribuíram para a construção do SUS. Em relação aos seus princípios e diretrizes, as informações eram somente as que eram mencionadas ao longo do filme sem nenhum tipo de análise ou discussão acerca do tema.

Em relação a história dos agentes e as ações de combate e controle dos vetores além das informações repassadas no filme, algumas observações eram feitas usando a experiência e relato de casos feitos pelo palestrante. O modelo sanitarista campanhista era utilizado para as explicações sobre as políticas públicas para as ações e informações sobre as nossas atribuições no cotidiano do trabalho.

No tocante as arboviroses as informações se baseavam nas diversas formas de contágio, sobre a prevenção e as formas de amenizar os efeitos da doença. Em nenhum

momento se trabalhava sobre a ótica do conceito ampliado de saúde, os determinantes sociais e sobre as características e especificidades dos territórios trabalhados, basicamente os agentes eram treinados e os conhecimentos adquiridos não correspondiam às reais demandas e necessidades da população atendida para amenizar os efeitos das arboviroses nos territórios atendidos.

QUADRO 2 – Conteúdo Programático utilizado pelo Programa Educação em Saúde para Cursos de Habilitações para ACES – 2009/2016

QUARTA		QUINTA	SEXTA
Horário	Manhã	Manhã	Manhã
08:00	FILME: História da Saúde Pública	Arboviroses: Dengue, Zika Vírus e Chikungunya	Cubagem Palestrante:
10:00	Biologia do Vetor	Símbolos e Técnica de Visita	
13:00	-	Boletins PA/Boletim Diário/Ficha de Visita/Semanal	Zoonoses
14:00	-		Atividade Avaliativa
14:45	-		
15:30	-		
Fonte: PMM/SMM/SURAS/Programa Educação em Saúde			

Em virtude de o modelo de contratações dos agentes estar atrelada as indicações políticas, diversas contratações e desligamentos do quadro ocorriam durante o ano. O ano de 2016 é bom um exemplo, pois ocorreram diversas contratações de servidores para o PMCD feito pela Prefeitura. Foram realizados três cursos de Formação Inicial Continuada, habilitando 50 servidores para desenvolverem as atividades de Agente de Combate às Endemias.

O primeiro foi no CIEP¹⁴ 249 – CENTRO, com 15 agentes. Já o segundo foi no Centro de Artes e Esportes Unificados (CEU) – no bairro de Itapeba com 10 agentes e o terceiro foi na Casa Digital, localizada na Praça Orlando de Barros Pimentel com 25 servidores.

Desses 50 agentes, apenas 15 continuam nos quadros do Programa em 2020, demonstrando a alta rotatividade de funcionários, principalmente pela fragilidade do vínculo

¹⁴ Os Centros Integrados de Educação Pública (CIEPs), conhecidos popularmente por Brizolões, nome dado fazendo referência ao Governador do Estado do Rio de Janeiro Leonel Brizola que eleito entre 1983 – 1987 e 1991 – 1994, foi um projeto educacional de autoria do antropólogo Darcy Ribeiro, tinha como objetivo oferecer ensino público de qualidade em período integral aos alunos da rede estadual.

trabalhista dessa época, contratos temporários, que levam a procurar outro emprego ou cargo mais valorizado na mesma prefeitura.

Em 2017 ocorreram duas mudanças importantes que possibilitaram significativas intervenções nos processos formativos. A primeira foi na chefia do PMCD, onde a gestão do Programa foi ocupada por profissionais que tinham um novo olhar para as atividades dos agentes e que entendiam a necessidade de uma mudança no processo formativo para a habilitação de novos servidores. A segunda foi na forma de Contratação dos agentes de endemias, onde foi feito um processo seletivo simplificado, com a contratação de servidores pelo período de dois anos e com a exigência na escolaridade, Ensino Médio concluído, como mínima. O Programa visualizou a oportunidade ideal para propor um novo curso para o processo de habilitação dos novos servidores, chamado de CIFACE – Curso Inicial de Formação para ACE, para o PMCD.

Foi apresentado ao PMCD um novo modelo formativo para os novos agentes que estavam sendo contratados através do processo seletivo do mesmo ano. Definimos que os processos formativos teriam como referências bibliográficas: a Lei 11350, de outubro de 2006 que regulamenta a profissão, a Portaria 243, de 25 de março de 2015 que dispõe sobre o Curso Introdutório para o ACE e a Lei 13595, de janeiro de 2018 que indicará os referenciais da Educação Popular em Saúde para os cursos de Formação Inicial Continuada – (FIC) que deverá nortear as formações do ACE.

Os novos servidores aprovados no Processo Seletivo Simplificado no mesmo ano foram habilitados sob essa nova ótica de formação. O curso foi realizado na Unidade do SENAC¹⁵ – Itaipuacú, onde foram habilitados 38 servidores. Até março/20 permanecia nos quadros da prefeitura 30 agentes treinados nessa nova metodologia.

Em janeiro de 2020, já como NEPS, foram habilitados 32 novos servidores que foram contratados em 2019 e que ainda não tinham feito o Curso Introdutório que habilitaria para o exercício da profissão de ACE. A nova metodologia foi mantida, somente com algumas pequenas alterações na palestra sobre arboviroses e foi realizado na Universidade Severino Sombra.

O Quadro 3 identifica o conteúdo programático do CIFACE com significativas mudanças que irão possibilitar aos agentes um maior entendimento sobre sua profissão e o seu processo de trabalho. A mudança significativa que se pode notar está na questão do estudo e entendimento do SUS e qual é o papel do agente nesse modelo de saúde.

¹⁵ SENAC - Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial.

O curso tinha a proposta de uma habilitação que proporcionasse ao agente cumprir o que determina o parágrafo único da Portaria 243/2005 onde é definido que: “A participação integral no Curso Introdutório habilitará o interessado ao exercício da atividade de Agente de Combate às Endemias propiciando-lhe capacidade de vínculo com as equipes de saúde da família e com a comunidade, sensibilizando aos aspectos socioculturais do local em que atue, capacitando-o ao conhecimento das normas e instrumentos essenciais à sua atuação cotidiana no controle ambiental, de controle de endemias/zoonoses, de riscos e danos à saúde, de promoção à saúde e à responsabilidade no desempenho de função pública.”(BRASIL, 2005)

O curso cumpriu com o que determina a Lei 11350/06 no que diz respeito as 40 horas de carga horária para Cursos de Habilitação para a profissão de ACE. O curso foi feito em duas semanas com a carga horária 48 horas, na primeira semana foram 40 horas entre aulas teóricas com conteúdos técnicos e simulações de visitas a partir de problematizações que ocorrem no cotidiano no território trabalhado, na segunda semana, como podemos verificar na figura 8, os novos agentes foram levados para o campo sob a orientação dos Palestrantes do Curso para a prática no território in loco.

Figura 8

Treinamento prático com os ACES no Território



Fonte: Acervo do autor – 2017

Em alguns assuntos conseguimos avançar, no caso do SUS além da narrativa do filme foram trabalhados seus os princípios e suas diretrizes, principalmente na questão da intersetorialidade, com a apresentação de todos os equipamentos da Prefeitura no universo das

Secretarias de Assistência Social, Educação e Saúde e importância de se trabalhar em conjunto, mas tudo de uma forma teórica e sem um representante de cada segmento dessas órgãos impossibilitando os estudos de casos e trabalhar sobre uma problemática, para assim fortalecer a importância do trabalho intersetorial.

**QUADRO 3 – Conteúdo Programático do Curso Introdutório de Formação para ACES
– (CIFACE) - 2017/2020**

Horário Previsto	1 dia	2 dia	3 dia	4 dia	5 dia
te	Acolhimento e Apresentação da Turma	Trabalho em Equipe	Um olhar sobre o Território	Simbologia dos Setores	Apresentação PMCD
10:00	Apresentação do Curso	O vetor e o agente etiológico das Arboviroses	Técnicas para Visita	Cadastro de Informações	Avaliação
11:00	História da Saúde Pública no Brasil e o SUS	Tipos de Arboviroses	Formas de Tratamento Parte I	Simulação da Prática	Correção
12:20	Políticas Públicas e a Rede de Saúde de Maricá		Formas de Tratamento – Parte II		
13:00	Fundamentação legal da Profissão ACE	Zoonoses	Atividades: Tratamento, PE e Lira		Resultado

Fonte: PMM/SMM/SURAS/Programa Educação em Saúde

Apesar do curso incluir a discussão sobre o SUS na formação, ela se faz sem ter como direcionamento o conceito ampliado de saúde e também não situa o ACE na área da vigilância em saúde o que contribuiria para a criação de um pertencimento importante desse trabalhador no sistema de saúde.

Este direcionamento da formação que foi proposto neste estudo propõe a inserção e utilização do método da problematização da EPS em relação aos determinantes sociais do território, trazendo a realidade local para discussão além de incluir a população nas ações educativas e comunicativas e o reconhecimento das tecnologias sociais como possibilidades de emancipação dos ACE e da população no comando das práticas de saúde para o enfrentamento das arboviroses.

No período de 2013 a 2020 o Programa participou da montagem ou organização de algumas capacitações na Atenção Básica onde sempre buscou inserir os ACEs, entendendo a

importância de os agentes entenderem todo o fluxograma da rede de saúde da qual ele está inserido.

Em 2014 a Subsecretaria de Atenção Básica – SUSAB ministrou um curso de atualização para os ACS chamado de “*Capacitação em Boas Práticas para Agentes de Endemias*”. O Programa Educação em Saúde fez questão que os ACE fizessem essa qualificação por entender a importância dela nos desenvolvimentos das atividades no seu cotidiano. Pela primeira vez os agentes passaram por uma formação fora do universo do PMCD. O curso foi realizado na Universidade Severino Sombra – USS, Campus Maricá, nos dias 24 e 25 junho, com carga horária de 16 horas, onde 60 ACEs fizeram a capacitação, infelizmente somente 13 continuam no quadro de servidores em 2020, por essa alta rotatividade de servidores. Essa capacitação é feita de 2 em 2 anos para manter os agentes atualizados sobre a rede de saúde na qual ele está inserido. Infelizmente em 2016 e 2018 os ACE não foram liberados, somente os Agente Comunitários de Saúde – ACS fizeram a capacitação.

A ideia de participação do ACE nessa capacitação tinha como objetivo promover junto aos agentes de forma dialógica, possibilidades de boas práticas em saúde para usuários e profissionais no processo de trabalho. A ideia de apresentar toda rede de saúde é bem vinda para os agentes, pois possibilita informar aos moradores sobre as ofertas de serviços e a possibilidade de atender as demandas de saúde que podem ser acessadas sem a necessidade de ir aos equipamentos da rede municipal, por exemplo, as Unidades básicas de Saúde- UBS.

Muitos agentes durante o curso reclamaram e resistiram, pois achavam que mais uma atribuição lhe seria imposta na sua jornada de trabalho, reproduzindo aquela ideia de que ele só trabalha no combate e controle das arboviroses, no período acima mencionado era a Dengue, defendida no modelo sanitaria campanhista da ex-SUCAM, especificando um agente para cada doença.

No final de 2017, o PMCD em virtude da contratação de 35 novos servidores pelo processo seletivo e de 75 trabalhadores que já faziam parte do quadro do PMCD, foi solicitado uma capacitação para solucionar a questão da falta de normatização no processo de trabalho dos agentes para que todos trabalhassem sob a nova metodologia do Curso Introdutório aplicados aos novos ACE. O quadro funcional do PMCD possui servidores com a sua habilitação feita em uma nova perspectiva metodológica e agentes que já estavam trabalhando e que fizeram a sua habilitação no formato antigo, gerando diferenças no modo de trabalhar.

O Programa então propôs o Curso de Atualização e Normatização das Atividades do PMCD, que foi realizado na Escola Municipal CAIC, nos dias 4, 5 e 7 de dezembro de 2017, capacitando 112 agentes.

A metodologia do curso foi criada no sentido de promover dois momentos: o primeiro foi o encontro com a Gerência e a Coordenação do PMCD junto com superiores hierárquicos dos agentes (supervisores de área e de campo) onde discutiram as novas propostas de trabalho e de atividades técnicas (preenchimento de boletins, identificação de quarteirões, etc.). Já segundo foi diretamente com os agentes para a capacitação.

QUADRO 4 – CURSO DE ATUALIZAÇÃO E NORMATIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DO PMCD - 2018

HORÁRIO	1 DIA	2 DIA	3 DIA
08:30	Técnicas para Visita	O vetor e o agente etiológico das Arboviroses	Cadastro e Lançamento dos Pontos Estratégicos o pri
09:30	Formas de Tratamento – parte I e II		Apresentação do Manual e Técnicas do RG – Reconhecimento Geográfico
10:30	Simbologia dos Setores	Tipos de Arboviroses	Desenvolvimento do LIRA
11:30	Cadastro de Informações	Zoonoses	Atribuições do PMCD
12:30	Tipos de Atividades: Inspeção, Tratamento e PE		

Fonte: PMM/SMM/SURAS/Programa Educação em Saúde

O quadro 4 permite conferir o conteúdo programático que nesse caso é totalmente técnico, baseado em práticas voltadas ao cotidiano do trabalho: preenchimento de boletins, técnicas corretas de abordagem para as visitas, as formas corretas de inspeção, tratamento e eliminação dos depósitos encontrados na visita domiciliar, um entendimento melhor dos croquis das áreas trabalhadas, etc.

No final de 2018 o Programa Educação em Saúde propôs um curso de “Aperfeiçoamento para Agentes de Combate as Endemias”, tendo como referencial teórico o conteúdo programático do Curso Introdutório para Agente de Combate às Endemias ofertado pela Plataforma AVASUS. O Curso foi ministrado nos dias 23/07 a

27/07 de 2018, para o quantitativo de 117 agentes do PMCD, entre agentes do MS e da Prefeitura.

QUADRO 5 – CURSO DE APERFEIÇOAMENTO PARA OS ACE - 2018

Dia	Manhã	Tarde
1dia	09:00 – ACE, um agente de mudança 10:30 – Marcos históricos da profissão	13:30 – As diversas nomenclaturas 14:30 – Apresentação do PMCD 15:00 – Fundamentação Legal da profissão
2º dia	09:00 – ACE como agente de promoção, prevenção e vigilância	13:00 – Trabalho em equipe 15:00 – A comunicação em saúde
3º dia	09:00 – Técnica de Visita 10:00 – Cubagem	13:30 – Preenchimento de boletins
4º dia	09:00 – Filme 10:30 – Debate sobre o filme 11:00 – Dicionário da turma	13:30 – Modelos de Atenção até o SUS
5º dia	09:00 – Zoonoses 10:00 – Arboviroses	13:00 – Concluindo... 14:00 – pós-teste 15:00 – avaliação dos alunos

Fonte: PMM/SMM/SURAS/Programa Educação em Saúde

O Quadro 5 apresenta o conteúdo programático aplicado na capacitação que tem como objetivo¹⁶: “Qualificar o Agente de Combate às Endemias (ACE) com conhecimentos iniciais para sua prática cotidiana com assuntos que exploram as políticas públicas de saúde, controle social, territorialização, bem como ações de promoção de saúde e prevenção de doença.”. (AVASUS, <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=29>)

Sem dúvida, essa formação já teve alguns avanços em relação às temáticas que destacamos neste estudo como essenciais para a formação do ACE. Tanto a abordagem a partir do SUS e agora já situando o trabalho do ACE na área de atuação da vigilância em saúde, fez com que alguns pontos cruciais fossem destacados, mas ainda longe das possibilidades de formar a partir da construção compartilhada do conhecimento; da emancipação; e do compromisso com a construção de um projeto democrático e popular para os trabalhadores e a população.

¹⁶ Trecho retirado da Ementa do Curso Introdutório para ACES no site da AVASUS: <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=29> acessado em 30/11/2020

O Programa utilizou nesse curso o material da Plataforma AVASUS aplicado no Curso Introdutório para Agente de Combate as Endemias. Considero o Curso na questão do conteúdo programático o mais próximo do que acredito ser ideal para melhorar a qualidade de serviço prestado pelos agentes. Apesar de uma parte do curso ainda estar vinculada a questão técnica, conteúdo exigido pelo PMCD, conseguimos avançar na possibilidade de mudar o olhar do agente na questão do conceito de saúde ampliado, mas ainda pecamos em não conseguir avançar na justificativa da importância dos referenciais da EPS nos processos formativos, tanto nos cursos de habilitação/atualização como na oferta do EDPOPSUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação de mestrado, intitulada “A formação profissional do Agente de Combate as Endemias no município de Maricá-RJ: dinâmicas e dilemas.” constitui-se numa tentativa de abordar a minha experiência no Programa Educação em Saúde nesses últimos sete anos, no município de Maricá-RJ. Foi um esforço em estudar os mais diversos processos formativos aplicados a pedido do PMCD para os ACE.

Foi a partir desse fator que emergiu o objetivo central de apresentar e analisar qualitativamente as variáveis favoráveis e desfavoráveis de um novo modelo de formação profissional para os Agentes de Combate às Endemias, sendo sua aplicação direcionada para o município de Maricá-RJ.

Considerando todos os aspectos dos processos formativos aplicados ao longo desses últimos sete anos, poderiam estes serem capazes de mudar o olhar desse profissional sobre sua participação na rede de saúde e sua identidade enquanto trabalhador do SUS, mesmo que esse profissional seja totalmente deslocado dos seus princípios e diretrizes doutrinários desde sua implementação?

No entanto verifiquei que o papel do ACE sempre foi considerado de importância secundária, apesar de sua longa história de atuação e de suas especificidades quanto ao processo de trabalho voltado para o enfrentamento das epidemias e endemias no território.

Considero que a descentralização das ações dos profissionais de saúde, no caso específico os ACE, provocou mudanças significativas nas suas práticas de saúde e nos processos formativos com a promulgação da Lei 11.350/06 e suas diversas redações ao longo dos anos, que definiu as atribuições e competências dos ACEs e exigiu a participação obrigatória em cursos introdutórios, nos fazendo acreditar num novo olhar sobre esse profissional.

Já em Maricá-RJ as políticas públicas aplicadas, na figura do PMCD, sempre focadas nas ações de controle do vetor, mesmo com novas necessidades geradas a partir da descentralização das ações pelo MS não levam em consideração a importância de novos processos de formações e um novo olhar sobre o trabalho dos ACE.

As capacitações e treinamentos ocorrem na perspectiva de produzir competências técnico-instrumentais, focada na geração de competências e habilidades que possibilite uma robotização dos agentes, com ações padronizadas, gerando um aumento da sua produção diária de visitas residenciais por meio de acordos que geram metas e pactuações, que na maioria das vezes são feitas pela SES – RJ junto aos municípios.

Nesse cenário, enfatizo junto aos órgãos responsáveis por esses profissionais, a brutal necessidade de um novo olhar para os processos formativos, possibilitando novos processos de trabalhos aos Agentes de Combate as Endemias que possam atender aos referenciais definidos na Lei 11350/2006.

Penso que além dos conhecimentos técnicos a partir de habilitações e capacitações com a metodologia da Educação Continuada em vários momentos, possamos cumprir o que determina a Lei nº 13595/2018 onde defini a metodologia da Educação Popular em Saúde como ferramenta para trabalhar práticas de saúde, tendo a vigilância em saúde e suas bases de atuação, o território e a participação, trazendo como sujeitos do processo de trabalho as equipes de saúde e a população.

O agente tem que pensar sob a ótica dos princípios da VS no seu processo de trabalho para entender a importância do conhecimento do seu território de trabalho, levando em consideração a organização do território onde será desenvolvida suas atribuições e como envolver todos atores nessa prática de saúde para que possa melhorar a qualidade dos serviços e atender as necessidades reais de saúde a partir da compreensão dos determinantes e condicionantes de saúde nesse território, acenando assim a com a necessidade de um trabalho intersetorial com setores que possam ser envolvidos.

Somente o território possibilita trabalhar nessa ótica da educação Permanente de Saúde, pois segundo Gondim e Monken (2003):

“Território é um lugar com limites definidos onde as pessoas vivem, trabalham, se divertem e circulam. Nele, encontramos ambientes construídos (casas, ruas, praças, fábricas, lojas, instituições, mercados e outras edificações) e ambientes naturais (rios, praias, matas, morros, brejos, etc.). O território é, sobretudo, um espaço de relações - de poder, de informações e de trocas.” (p.13)

Obviamente, que pensar a saúde sob a ótica do território potencializa a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção que realmente possa atender as populações localizadas em condições mais vulneráveis, possibilitando a promoção, proteção, preservação e recuperação da saúde individual e coletiva nesses espaços. A participação popular ajudando na identificação desses problemas de saúde e com propostas para as possíveis soluções que atendam aos atores envolvidos possibilitariam o cumprimento dos princípios do SUS.

O PMCD necessita de um fortalecimento do seu papel no combate ao vetor das arboviroses, deixando de ser somente uma sigla dentro da Vigilância Ambiental (VIAMB), mas sim um Programa com autonomia que permitiria participar e propor mudanças tanto na

formação dos seus quadros de agentes, como no seu processo de trabalho, possibilitando que os seus objetivos, metas, ações e propostas sejam realmente alcançados, deixando de lado o modelo sanitarista campanhista fragmentado e centralizado e que não atende mais as demandas e necessidades dos atores envolvidos, com seus programas verticalizados de campanhas e planos contingenciais que até hoje são adotados pelo programa.

Com base nos princípios e nas diretrizes do SUS e nas políticas públicas de reorientação da formação focada na vigilância em saúde, os processos formativos para o ACE, deverão pautar-se na problematização – concepção pedagógica transformadora e emancipatória inspirada em Paulo Freire e alicerçada às necessidades de qualificação das práticas e das relações desenvolvidas nos espaços em que ocorre a Atenção Primária à Saúde.

Ainda que o SUS seja considerado o maior empregador no setor saúde no Brasil, a formação profissional permanece direcionada às tradicionais demandas de mercado e à deriva das necessidades de mudanças e da integração ensino-serviço-comunidade, junto às concepções pedagógicas tradicionais, com base em pedagogias transmissoras e em contraposição as concepções críticas e reflexivas que levam em conta a realidade social.

Para Freire (2001), educando e educador são sujeitos da prática, criada e recriada por meio da ação-reflexão-ação sobre o cotidiano. Pautadas na interação com a realidade, as ações de intervenção - nesse caso, na área da saúde – provocam a transformação; e é mediante o desenvolvimento da capacidade de aprender fazendo que essa interação se consolida. (FREIRE, 2009)

De acordo com Vieira (2007),

“partindo do entendimento de qualificação como relação social, o nexo entre trabalho e qualificação deve ser buscado na própria trama das relações técnicas e sociais presentes nos processos de trabalho, nas relações políticas entre saberes e poderes no interior das organizações.”[...] (p. 245)

Para Freire, fica clara a necessidade de participação de todos os atores envolvidos e do sentimento de pertencimento ao processo. Esse envolvimento é possível ao considerar-se o homem, como sujeito social e histórico, ser da práxis que se constitui nas relações sociais. Ele participa da vida e intervêm no mundo, condicionando pela sua consciência e pelas circunstâncias históricas que demarcam o território e as suas possibilidades. (FREIRE, 2011)

As novas atribuições e o novo perfil do ACE exige uma formação diferenciada, fundamentada na necessidade da compressão da utilização das competências e habilidades, a fim de melhorar a prestação de serviços a partir da concepção ampliada de saúde e o diálogo e a interação entre os atores sociais envolvidos.

Os limites na formação dos ACE repercutem em dificuldades no contexto cotidiano das suas práticas. Estudos revelam a falta de atuação interprofissional entre os profissionais nos serviços da AB, justamente pela dificuldade de colaboração e interação entre os diversos núcleos de saberes e práticas, um desafio constante para os profissionais da saúde. Eles problematizam o quanto são insuficientes as orientações sobre como devem operar os ACE.

A formação dos ACE sofre influências do modelo sanitaria campanhista que dificulta o trabalho interprofissional. Entretanto, o que é prescrito para o trabalho dos agentes é a perspectiva da formação generalista, que não contempla um campo de saber abrangente e voltado para as ações de promoção, prevenção e vigilância com base em ações interdisciplinares e intersetoriais que potencializam a prática interprofissional. Nesse sentido, a educação permanente dos ACE desponta como singular e um caminho para enfrentamento dos limites do trabalho no cotidiano.

Na verdade, tanto em Niterói como em Maricá, o SUS apresentado para os ACE é aquele com forte precarização nas relações do trabalho, com quase nenhuma regulamentação do sistema de ingresso nos serviços (diversos vínculos), alta rotatividade nos postos de trabalho e sua atividade laboral é definida como um trabalho simples e que não requer muita formação acadêmica. Isso define que apesar de possuir um piso nacional regulamentado, ainda assim, os agentes sofrem com o pouco reconhecimento financeiro e a sua posição desfavorável como trabalhador do SUS.

Por fim, os processos formativos nos municípios mencionados ainda perpetuam a questão da transmissão de conhecimentos técnicos, com qualificações de curta duração e aplicada de forma aligeirada, se distanciando cada vez de políticas públicas que atendam ao conceito de saúde ampliado e que auxiliem no cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS, da PNVS e da EPS. Os Programas continuam dando ênfase aos processos formativos que atendam a uma prática sanitaria campanhista que vem demonstrando ao longo dos anos poucos resultados práticos na melhoria do processo de trabalho oferecido e na qualidade dos serviços prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGRELI, H.F; PEDUZZI, M; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 20, p. 905-916, 2016.
- ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. Popular education in primary care: in search of comprehensive health care, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.15, p.259-74, mar/ago 2004.
- AMARAL, M.C.S.; PONTES, A.G.V. e SILVA, J.V.. O ensino de Educação Popular em Saúde para o SUS: experiência de articulação entre graduandos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. *Interface (Botucatu)* [online]. 2014, vol.18, suppl.2, pp.1547-1558.
- ANDRADE, A.S.R. de; CÂMARA, J.F.A.; NETO, M.D.A.; AMORELLI, O.S. A geografia da Saúde no Brasil: análise do saneamento público nos casos de dengue. XII Colóquio Ibérico de Geografia, 2010.
- AZEVEDO, R.P.. MANUAL DE SANEAMENTO DA FUNASA: 70 ANOS (1944-2014). XIX Exposição de Experiências Municipais em Saneamento. Poços de Caldas – MG. 2015.
- BARBOSA, I.C.; GONDIM, G.M.M., OLIVEIRA, M.S. História e contexto atual dos agentes de vigilância em saúde no Brasil. In: BORNSTEIN, V.J. et al (org). Guia do Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde Rio de Janeiro: EPSJV, 2016.
- BASTOS, N. C. B. (1996). SESP/FSESP – 1942 - Evolução histórica. 1991. Brasília: FNS, 524p.
- BATISTELLA, Carlos Eduardo Colpo. Qualificação e identidade profissional dos trabalhadores técnicos da vigilância em saúde: entre ruínas, fronteiras e projetos. In: MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso et al (Org.). Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013. p. 361-390.
- BENCHIMOL, J.L., Coord. Febre Amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001, 470p.
- BEZERRA, A.C.V.. Das brigadas sanitárias aos agentes de controle de endemias: o processo de formação e os trabalhos de campo. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. Hygeia* 13 (25): 65 - 80, Set/2017.
- BONETTI, O.P.; CHAGAS, R.A.; SIQUEIRA, T.C.A. A educação Popular em Saúde na Gestão Participativa do SUS: construindo uma política. In: II Caderno de Educação Popular em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação popular em saúde. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BORNSTEIN, V.J; TRAVASSOS, R. S.; LIMA, L.O.; BARILLI, E.C. A Pnep-SUS e os princípios da educação popular presentes na política1. In: Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde. BORNSTEIN, V.J et al(org.). Rio de Janeiro: EPSJV, 2016.

BRANDÃO, C.R.. O que é educação. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 2007.

BRASIL. Decreto nº 5156, de 08 de março de 1904. Dá novo regulamento aos serviços sanitários a cargo da União. 1904

_____. Ministério da Saúde. Superintendência de Campanhas de Saúde Pública. Combate ao Aedes Aegypti/Aedes Albopictus. – Instruções para Guardas, Guardas-Chefes e Inspectores. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Relatório final. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Anais, Brasília, DF, 2001. 198p.

_____. Fundação Nacional de Saúde. 100 anos de saúde pública: a visão da Funasa. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 232 p.

_____. Emenda Constitucional, nº 51, de 14 de fevereiro de 2006. Acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal. (2006)

_____. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências [Internet]; 2006 [acesso 2013 Abr 23].

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1007, de 4 de maio de 2010. Define critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate as Endemias – ACE, ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 5 de maio 2010. Seção 1, p.36-37.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. OLIVEIRA, C.B. (org.) Rio de Janeiro. Roma Victor, 2012.

_____. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. (2012)

_____. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS).

_____. Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. (2013)

_____. Lei nº 12.994, de 12 de junho de 2014. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos

Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias [Internet]; 2014a [acesso 2014 Out 23].

_____. Portaria nº 165, de 25 de fevereiro de 2015. Cria código provisório de Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) de Agentes de Combate às Endemias (ACE).

_____. Portaria nº 243, de 10 de março de 2015. Dispõe sobre a cessão de servidores públicos, ocupantes de cargo efetivo do Quadro de Pessoal do Ministério da Saúde e das autarquias e fundações públicas a ele vinculadas, aos Estados, Distrito Federal e Municípios, para atuação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do art. 20 da Lei nº 8.270, de 17 de dezembro de 1991.

_____. Portaria nº 535, de 30 de março de 2016. Revisa o quantitativo máximo de Agentes de Combate às Endemias passível de contratação com o auxílio da assistência financeira complementar da União, considerando os parâmetros e diretrizes estabelecidos no Decreto nº 8.474, de 22 de junho de 2015 e na Portaria nº 1.025/GM/MS, de 21 de julho de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução MS/CNS nº 588, de 12 de julho de 2018. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2018 ago 13; Seção 1:87.

_____. Lei nº 13.595, de 05 de janeiro de 2018. Al Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. (2018)

_____. Portaria nº 83, de 10 de janeiro de 2018. Institui o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde (PROFAGS), para oferta de curso de formação técnica em enfermagem para agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de combate às endemias (ACE) no âmbito do SUS, para o biênio de 2018-2019.

BRAVERMAN, H. Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX. 3. ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1987.

BRILHANTE, A.V.M.; MOREIRA, C. Formas, fôrmas e fragmentos: uma exploração performática e autoetnográfica das lacunas, quebras e rachaduras na produção de conhecimento acadêmico. *Interface (Botucatu)*, v. 20, p. 1099-1113, 2016.

CARVALHO, J. S. F. Sobre o conceito de formação. **Revista Educação**. Ed. 137. Disponível em: Acesso em: 21 set. 2008.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M.. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5):1400-1410, set-out, 2004

DEJOURS, C. (1987). *A Loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho*. São Paulo: Cortez.

_____. Prefácio. In: MENDES, A. M. **Psicodinâmica do trabalho**: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 19-22, 2007.

DELUIZ, N. Neoliberalismo e educação: é possível uma educação que atenda os interesses dos trabalhadores? *Tempo e Presença*, n.293, mai/jun, p.14-6, 1997.

DUBAR, C.. A socialização: construção das identidades sociais e profissionais. Tradução. Anette Pierrette R. Botelho e Estela Pinto R. Lamas. Portugal: Porto editora, 1997.

DUCK, G.. A terceirização no setor público e a proposta de liberalização da terceirização pelo PL nº 4.330. *Jornal dos Economistas*, Rio de Janeiro, n.291, p.11-13, out., 2013.

ELLIS, C.; BOCHNER, A.P. Autoethnography, personalnarrative, reflexivity. In: DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. (Eds.). *Handbook of qualitative research*. 2. ed. Thousand Oaks, CA: Sage,2000. p. 733-768.

FARIA, R.M. A Territorialização da Atenção Primária à Saúde no SUS e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*.

FERRY, G. **Le Trajet de la Formation**: les enseignants entre la théorie et la pratique. Paris: Dunod, 1983.

_____. **El Trayecto de la Formación**. Madri: Paidós, 1991.

FILHO, A.A. Dilemas e Desafios da formação profissional em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v8, n15, p.375-380, mar/ago 2004.

FONSECA, C.M.O. “Interlúdio: “As campanhas sanitárias e o Ministério da Saúde 1953-1990.” BENCHIMOL, J.L., In: Coord. Febre Amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001, 470p.

FRANCO, O. História da febre Amarela no Brasil. Rio de Janeiro, DENERu, Ministério da Saúde, 1969, 212p

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Revista Tempus Actas de Saúde coletiva*. 2012. (151-163)

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 43. Ed. São Paulo: Paz e Terra; 2009.

_____. *Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo: Centauro; 2001, 116p.

_____. *Educação e Mudança*. 34. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.

GONDIM, G.M.M.; MONKEN, M. Saúde, educação, cidadania e participação: a experiência do Proformar. *Trab. educ. saúde* [online]. 2003, vol.1, n.2 [citado 2020-05-19], pp.335-353.

GONDIM, G.M.M. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Miranda, A.C. de et al. (org.) Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro.: Editora Fiocruz. 2017. p. 237-255.

GUIDA, H. F. S.; SOUZA, K. R.; SANTOS, M. B. M.; SILVA, S. M. C.; SILVA, V. P. As relações entre saúde e trabalho dos agentes de combates a endemias da FUNASA. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.21, n.4, p.858-870, 2012.

GUIMARAES, R.M.; FREIRE, R.P.; VALENTE, B.C.S.; BARBOSA, I.C.; GONDIM, G.M.M.. Sistema Único de Saúde. In: Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade: volume 1. Organização de Grácia Maria de Miranda Gondim, Maria Auxiliadora Córdova Christófaro e Gladys Miyashiro Miyashiro. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2017.

LUCÁKS, Georg. Para uma ontologia do ser social I. São Paulo: Boitempo, 2012.

MACHADO, L.R.S. Qualificação do trabalho e relações sociais. In: FIDALGO, F.S. (org.) Gestão do trabalho e Formação do Trabalho. Belo Horizonte: Movimento de Cultura Marxista, 1996.

MARICÁ. PREFEITURA MUNICIPAL. Edital 02/2019. Chamamento Público para celebração de Parceria com Organização Social para Gestão da Rede de Atenção Primária do Município de Maricá. 2018.

MATTA, G.C.. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A.L.M. (Org.). Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: MATTOS, R. A. de; PINHEIRO, R (org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: CEPESCUFRJ/ABRASCO, 2006, p. 39-64.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília, DF, 2004. p. 108-137. (Série B - Textos Básicos de Saúde). Disponível em: . Acesso em: 10 maio 2008.

MONKEN, M. Contexto, território e processo de territorialização de informações; desenvolvimento estratégias pedagógicas para a educação profissional em saúde. In: BARCELLOS, C. (org.) A geografia e o contexto dos problem. P. as de saúde. Rio de - Janeiro: Abrasco/Icict/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. p. 141-164. (Saúde e Movimento, 6).

MONKEN, M.; GONDIM, G.M.M.. Caderno de Atividades do Trabalho de Campo. Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro. 64 p. 2003.

MONKEN, M.; GRÁCIA, M.M. Território: lugar onde a vida acontece. In: BORNSTEIN, V.J. (org.). Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio / [et al.]. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2016.

MORIN, E.M. Os Sentidos do Trabalho. RAE - Revista de Administração de Empresas. v. 41. n. 3. Jul./Set. 2001.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa – características, uso e possibilidades. Cadernos de pesquisa em administração, São Paulo. V. 1, nº 3, 2ºsem. 1996

OLIVEIRA, G.L.A. Prevenção e controle da dengue no município de Sabará/MG: análise de materiais educativos impressos e das representações sociais de agentes de controle de endemias. / Giselle Lopes Armindo de Oliveira. – Belo Horizonte, 2012.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. (org.). Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993, p. 455-466.

_____. Recursos humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PALMA, A. Oswaldo Cruz. In Vivo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. Disponível em: <http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=114&sid=7>. Acesso em: 9 set. 2016

PALUDO, C. Educação Popular. In: Dicionário da Educação do Campo. CALDART, R.S.; PEREIRA, I.B., ALENTEJANO, P.; FRIGOTTO, G. (Orgs). Rio de Janeiro, São Paulo: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Expressão Popular, 2012.

PEDUZZI, M. et al. Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. **Rev Esc Enferm USP**, v.47, n. 4, p. 977-983, 2013.

PEREIRA, I.; RAMOS, M.N.; Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 118p. (Coleção Temas em Saúde)

SANT'ANNA. R. O capital: crítica da economia política; livro I/Karl Marx. Tradução. 35ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

TARTUCE, G.L.B.P. Algumas reflexões sobre a qualificação do trabalho a partir da sociologia francesa do pós-guerra. Ver. Educ. Soc., Campinas, vol. 25, n. 87, p. 353-382, maio/ago 2004.

TEIXEIRA, C. C. Interrompendo rotas, higienizando pessoas: técnicas sanitárias e seres humanos na ação de guardas e visitadoras sanitárias. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.13, n.3, 2008, p.965-974.

TEIXEIRA, C. F. Epidemiologia e planejamento de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 287-303, 1999.

TEIXEIRA, C.F., PAIM, J.S. e VILASBÔAS, A.L. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância em Saúde. In: ROZENFELD, S. (org) Fundamentos da Vigilância Sanitária [online]. Rio de

Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp.49-60. ISBN 978-85-7541-325-8. Available from |Scielo Books <http://books.scielo.org>

TEIXEIRA, C. F., PAIM, J. S. & VILASBOAS, A. L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. Informe Epidemiológico do SUS, VII(2): 7-28, 1998.

TORRES, R. Agentes de combate às endemias: na construção e uma identidade sólida e a formação ampla em vigilância são desafios dessa a categoria. In: Revista Poli: saúde, trabalho, educação. 2009 jan/fev. 1(3):16-17.

VARGA, I. V. D. Fronteiras da Urbanidade Sanitária: sobre o controle da malária. Saúde e Sociedade. [São Paulo], v. 16, n. 1, p. 28-44, 2007.

VASCONCELOS, E.M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão. (org.). A saúde nas palavras e nos gestos. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 121-126.

_____. Educação Popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: Caderno de Educação Popular e Saúde. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa. Departamento de apoio à Gestão Participativa. Brasília, 2007. 160p. (Série B. Textos Básicas de Saúde).

VERSIANI, D.G.C.B. Autoetnografias: uma alternativa conceitual. Letras de Hoje, Porto Alegre, v.37, nº 4, p.57-72, dezembro, 2002.

VIEIRA, M. Trabalho, Qualificação e a Construção Social de Identidades profissionais nas Organizações Públicas de Saúde. Trab Educ Saúde [online]. 2007, vol.5, nº 2, p. 271-286.

VIEIRA, M. and CHINELLI, F.. Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2013, vol.18, n.6, pp.1591-1600. ISSN 1413-8123.