

Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde

ANDRÉ LUIZ DA SILVA LIMA

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: UM CAPÍTULO DE SUA HISTÓRIA
EM MANGUINHOS ENTRE OS ANOS DE 1986 E 1989
(RIO DE JANEIRO)

Rio de Janeiro
2012

ANDRÉ LUIZ DA SILVA LIMA

**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UM CAPÍTULO DE SUA HISTÓRIA
EM MANGUINHOS ENTRE OS ANOS 1986 E 1989
(RIO DE JANEIRO)**

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz- Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Tania Maria Dias Fernandes

Rio de Janeiro
2012

Ficha catalográfica

L732 Lima, André Luiz da Silva
Agente comunitário de saúde: um capítulo de sua história em
Manguinhos entre os anos de 1986 e 1989 (Rio de Janeiro) /
André Luiz da Silva Lima – Rio de Janeiro : [s.n.], 2012.
151 f.

Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) -
Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2012.
Bibliografia: 137-151 f.

1. Saúde Pública. 2. Agentes Comunitários de Saúde. 3.
Serviços de Saúde Comunitária. 4. Atenção à Saúde. 5. História.
6. Brasil.

CDD. 614.0981

ANDRÉ LUIZ DA SILVA LIMA

**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UM CAPÍTULO DE SUA HISTÓRIA
EM MANGUINHOS ENTRE OS ANOS DE 1986 E 1989
(RIO DE JANEIRO)**

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Aprovado em de .

BANCA EXAMINADORA

Prof^a.Dr^a. Tania Maria Dias Fernandes (PPGHCS / COC / Fiocruz) - Orientador

Prof^a.Dr^a.Dilene Raimundo Nascimento (PPGHCS / COC / Fiocruz)

Prof^a. Dr^a. Alda Maria Lacerda da Costa (EPSJV / Fiocruz)

Suplente:

Prof.Dr. Luiz Antônio Teixeira (PPGHCS / COC / Fiocruz)

Prof.Dr. Julio Cesar França Lima (EPSJV / Fiocruz)

Rio de Janeiro
2012

Aos meus pais, que hoje não se encontram mais neste plano,
mas que me ensinaram a perseguir com determinação os meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar ao Grande Arquiteto do Universo por ter-me possibilitado as condições necessárias para a realização desta pesquisa.

À minha orientadora Dra. Tania Maria Fernandes, pelos conselhos, broncas, puxões de orelha, e principalmente, pelas oportunidades de crescimento acadêmico-profissional.

Aos professores Luiz Antônio Teixeira, Flavio Edler, Nísia Trindade de Lima, Marcos Chor Maio, Robert Wagner do Programa de Pós Graduação em História das Ciências e da Saúde pelos excelentes debates, aulas e seminários.

Aos membros da Banca de Qualificação, Professora Dilene Nascimento e Alda Lacerda pelas dicas, críticas, sugestões da pesquisa quando ainda em andamento, e que concordaram em avaliar o trabalho na sua versão final como dissertação.

Aos colaboradores da Coordenação Acadêmica que sempre me atenderam imensamente bem.

À Celina Santos Boga Marques Porto e Emilia Maria de Andrade Correia (CSEGSF/Fiocruz) pelo incentivo antes mesmo de minha aprovação no curso de Mestrado.

À Carla Sanche e Rogério Marins, membros da gerência do PAC SOCIAL, pela compreensão em me liberarem de minhas atividades laborativas em muitas ocasiões para pesquisas, aulas e atividades acadêmicas, certos do retorno que estas reflexão poderão propiciar ao trabalho junto as comunidades de Manguinhos.

E por último, e não menos importante, à Sara Silva Moreira – minha companheira e à Lucas Gomes da Silva Lima – meu filho, pela compreensão quanto à minha ausência de muitos compromissos familiares por conta das leituras e estudos.

SUMÁRIO

Introdução	12
Capítulo 1- As condições de Possibilidade	24
1.1 Atenção Primária em Saúde e a atuação de Agentes Comunitários de Saúde.....	25
1.2 Conceituando Atenção Primária: A Conferência de Alma Ata	30
1.3 A Saúde no processo de redemocratização do Brasil.....	36
1.4 Movimento pela Reforma Sanitária: a democratização na Saúde.....	40
1.5 Manguinhos: o lugar de atuação dos agentes comunitários	48
Capítulo 2 Agente Comunitário de Saúde: uma história em construção	56
2.1 As Visitadoras Sanitárias: Um embrião dos Agentes Comunitários de Saúde?.....	61
2.2 Os Auxiliares de Saúde no Projeto Montes Claros.....	70
2.3 Os Agentes de Saúde no contexto do PIASS.....	74
2.4 Os Agentes Comunitários de Saúde na Rocinha.....	78
2.5 Alguns apontamentos sobre os Agentes Comunitários em Favelas Cariocas.....	81
Capítulo 3 O Projeto de Saúde Comunitária de Manguinhos – Unicef / FLASCO / KELLOG	84
3.1 Antecedentes do Projeto.....	85
3.2 A implantação do Projeto de Saúde Comunitária em Manguinhos.....	89
3.3 Quem eram os Agentes de Saúde?.....	93
3.4 O PAISM: Atenção à Mulher em Manguinhos	100
3.5 Metodologia Unicef: possibilidades ou limites à atuação do Agente Comunitário?	102
Capítulo 4 -O treinamento e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde	106
4.1 Os Agentes e seu Treinamento	108
4.2 O que faziam os Agentes Comunitários de Saúde?.....	119
Considerações Finais	130
Anexos	136
Referências	137

SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIS – Ações Integradas de Saúde
AP – Área Programática
CEBES – Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
CMC – Comissão Cristã Mundial
COC – Casa de Oswaldo Cruz
CONAM – Coordenação Nacional de Associações de Moradores
CONASEMS – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CSEGSF – Centro de Saúde Escola Germano Sinval Farias
DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
ESF – Estratégia Saúde da família
FAMERJ – Federação de Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro
Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz
FLASCO – Faculdade Latino Americana de Ciências Sociais
FR – Fundação Rockefeller
F-SESP – Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
Funasa – Fundação Nacional de Saúde
GEL – Grupo Executivo Local
IHB – International Health Board
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IOC – Instituto Oswaldo Cruz
IPPEDASAR – Instituto de Preparo e Pesquisa para o Desenvolvimento da Assistência Sanitária Rural
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan Americana de Saúde
PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISMC – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PARS – Programa de Apoio à Reforma Sanitária
PAS – Programa de Agentes de Saúde
PNACS – Programa Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde
PNAS – Programa Nacional dos Agentes de Saúde
PSF – Programa Saúde da Família
RA – Região Administrativa
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SINMED – Sindicato dos Médicos
SMDS – Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
Unicef – Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTGSF – Unidade de Treinamento Germano Sinval Farias

ANEXOS

Anexo I – Formulário Utilizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (frente).....134

Anexo II – Formulário Utilizado pelas Agentes Comunitários de Saúde (verso).....135

RESUMO

O presente trabalho assumiu por objetivo elaborar um estudo histórico sobre a emergência e atuação de Agentes Comunitários, na área da Saúde, na localidade de Manguinhos no período de 1986 a 1989, quando da implementação de um projeto de saúde comunitária na Unidade de Treinamento Germano Sinval Farias (Fiocruz) em parceria com o Unicef e a Flasco. O olhar da pesquisa focou-se nas práticas educativas e no papel de mediação cultural destes agentes, operacionalizados principalmente, em visitas domiciliares, com um direcionamento à saúde da mulher e da criança. Buscou-se situar historicamente a presença deste trabalhador em outros projetos e iniciativas, tanto no contexto nacional como internacional, na medida em que estes influenciaram a constituição do projeto em Manguinhos. No contexto internacional, observou-se uma tendência da OMS em estimular o desenvolvimento da Atenção Primária nos países periféricos, com a incorporação de Agentes da Comunidade. No Brasil, identificou-se o surgimento de Projetos de Saúde Comunitária que preconizavam a inclusão de moradores das regiões atendidas em ações de saúde. Apesar da ocupação do “Agente Comunitário de Saúde”, naquele período (1986-1989), não estar ainda regulamentada, diversos elementos sinalizam o interesse dos gestores do projeto (aqui estudado) em incluir esta modalidade de atuação na prestação de serviços públicos em saúde, em caráter permanente.

ABSTRACT

The present work aimed at elaborating a historical study of the emergence and performance of Community Agents in the area of Health, in the town of Manguinhos from 1986 to 1989, when implementing a community health project in the Training Unit Germano Sival Farias (Fiocruz) in partnership with UNICEF and Flasco. The look of the research focused on educational practices and the role of cultural mediation of these agents, operationalized mainly in home visits, with a direction to the health of women and children. We tried to situate historically the presence of that worker on other projects and initiatives, both within national and international, to the extent that they influenced the creation of the project in Manguinhos. Internationally, there was a tendency for WHO to encourage the development of primary peripheral countries, with the incorporation of agents of the Community. In Brazil, we identified the emergence of Community Health Projects advocating the inclusion of residents of the regions served in health care actions. Despite the occupation of "Community Health Agent," in that period (1986-1989), not yet regulated, several factors indicate the interest of project managers (studied here) to include this type of performance in public service delivery in health on a permanent basis.

Introdução

O presente trabalho empreendeu uma reflexão histórica acerca do processo que possibilitou a emergência de Agentes Comunitários de Saúde, em projetos de saúde comunitária, entre os anos de 1986 e de 1989, nas comunidades de Manguinhos (Rio de Janeiro / RJ). Neste estudo, buscou-se observar como uma ocupação profissional, para além de suas práticas e definições, ganhou forma, tendo na atuação voluntária - em diferentes momentos e contextos – seu embrião. Seu surgimento em projetos e iniciativas governamentais, ou não, se insere nas relações sociais, e deste modo, foi avaliada, julgada, denegrida ou louvada por seus contemporâneos.

Em Manguinhos, a emergência do agente comunitário atuante na área de saúde se deu pela primeira vez numa parceria entre a Unidade de Treinamento Germano Sinval Farias (UTGSF)¹ e as Associações de Moradores das localidades, no início dos anos 1980. O termo ‘agente comunitário’², comumente, se aplicava – naquele contexto – a um morador da localidade disposto a ofertar parte de seu tempo em atividades e ações que beneficiariam a comunidade³ como um todo.

A proposta inicial consistia no treinamento de moradores pela UTGSF para a realização de visitas domiciliares para atuarem junto às mulheres e crianças em ações educativas, como trabalho voluntário. A ausência de remuneração pelo trabalho das agentes foi um dos principais motivos apontados, pelos gestores da época, para a não continuidade deste trabalho (Giffin e Shiraiwa, 1989).

Diversas experiências e projetos incorporaram a identificação, seleção, treinamento e atuação de moradores de localidades populares para o empreendimento de ações educativas na área da saúde, não apenas no território brasileiro, mas também em outros países. Organizações internacionais como o Unicef (Fundo Internacional para a Infância) e

¹ No ano de 1988, no contexto do I congresso Interno dos funcionários da Fiocruz, foi renomeada como Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF).

² O caráter voluntário dos agentes comunitários é visto como algo “louvável” por algumas lideranças comunitárias na Rocinha, por exemplo. Entretanto, outros líderes locais apontavam que o caráter voluntário era uma “desculpa” para a exploração do morador da favela (Rodrigues, 1988).

³ O termo Comunidade traz consigo uma série de interpretações, cujo significado está intrínseco ao seu lugar de fala. Alguns trabalhos sobre favelas identificaram, nas narrativas dos moradores, a incorporação do termo comunidade em substituição ao termo favela, que traz consigo inúmeros estigmas (Alvito, 2006; Fernandes e Costa, 2009). Neste trabalho, o termo será também incorporado por compor a dinâmica de Manguinhos no momento estudado.

a OMS (Organização Mundial da Saúde) atuaram fortemente entre os anos 1970 e 1990 no sentido de promover junto aos governos de países periféricos a adoção do agente comunitário de saúde como trabalhador estratégico para a implementação de seus programas de Atenção Primária. A nomenclatura deste trabalhador “comunitário” também variava conforme o contexto a que este estava inserido. Além de ser morador da área atendida, uma segunda característica chave destes trabalhadores era o papel assumido de mediador entre a comunidade e o sistema de saúde. Como confirma Joana Silva “historicamente, a ideia do Agente de Saúde envolve um conceito que, sob as mais diferentes formas e nomenclaturas, aparece em várias partes do mundo, ou seja, a ideia essencial de elo entre a comunidade e o sistema de saúde” (Silva, 2001:7). Essa mediação se processava de múltiplas formas, sendo a educação em saúde marcadamente presente.

No Brasil, principalmente à partir da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, os agentes comunitários atuantes na área de saúde começaram a se organizar no sentido de serem incorporados às equipes onde atuavam, em busca do reconhecimento como profissionais do setor saúde, o que foi incluído como indicativo no documento final da referida Conferência. Este processo histórico, que institucionalizou a ocupação do Agente Comunitário de Saúde e proporcionou sua posterior profissionalização, é fruto de um mosaico de diferentes fatores políticos, sociais e econômicos. É no contexto deste processo histórico, não linear e múltiplo, da institucionalização e profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde, que se insere esta pesquisa busca estabelecer uma reflexão sobre as práticas de agentes comunitários, moradores de Manguinhos, entre os anos 1986 e 1989, considerando as conjunturas sociais, políticas, econômicas e culturais a que estes atores sociais estavam submetidos.

O filósofo Karl Marx, no final do século XIX, afirmou que “os homens fazem sua própria história, mas não fazem como querem; não fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado” (Marx, 1974, p. 17). Nesta direção, o estudo aqui proposto elencou aspectos da conjuntura em que se processou a atuação do Agente Comunitário de Saúde em Manguinhos em acordo com a afirmativa de Jairnilson Silva Paim quando aponta que “conjuntura é a estrutura social em movimento” (Paim, 2008:47). O referido autor, que nos referênciamos, afirma ainda que uma análise sobre determinada conjuntura requer uma “identificação dos

feixes de forças que compõem o bloco histórico e os diferentes graus de relações de forças – quer sociais – estritamente ligadas à estrutura, objetiva, independente da vontade dos homens – quer políticas, de acordo com a avaliação do grau de homogeneidade, de autoconsciência e de organização alcançado pelos vários grupos sociais” (Paim, 2008:47).

Em trabalhos acadêmicos produzidos recentemente, num contexto de reflexão intelectual sobre o Sistema Único de Saúde, a Estratégia Saúde da Família e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, são comuns na análise do processo histórico de institucionalização legal⁴ e profissionalização deste agente. Nesta direção, são identificadas em espaços e temporalidades distintas, algumas práticas que compõem hoje o referencial de atuação preconizada para o Agente Comunitário de Saúde. Nestes estudos, em geral, a atuação das visitadoras sanitárias e das educadoras sanitárias que remonta à primeira metade do século XX são mencionadas. Também se encontra referências de agentes comunitários atuantes em diferentes projetos de Medicina Comunitária nos anos 1970, e da atuação dos auxiliares de saúde em projetos como o desenvolvido em Montes Claros. A experiência do Governo do Ceará, na segunda metade da década de 1980, com agentes comunitários está, também, presente em vários trabalhos que envolvem os Agentes Comunitários de Saúde (Aguiar, 1998; Silva, 2001; Bornstein, 2007).

Estes apontamentos iniciais indicam a configuração de um processo histórico da emergência profissional do Agente Comunitário de Saúde não linear, onde por vezes não é mencionada a experiência destes agentes em Manguinhos nos anos 1980. Sendo assim, o presente trabalho pretende contribuir, entre outras questões, com reflexões sobre o processo de institucionalização e profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde, destacando Manguinhos como exemplificação.

⁴ No aspecto jurídico-legislativo seguem enumerados alguns diplomas legais que possibilitaram a concepção da profissão agente comunitário de saúde: Portaria 1886 de 18 de dezembro de 1997 - Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família; Decreto 3189 de 4 de outubro de 1999 - Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agentes Comunitários de Saúde, e dá outras providências; Lei 10507 de 10 de julho de 2002 - Cria a profissão de ACS, e dá outras providências; Portaria 648 de 28 de março de 2006 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde; Lei 11350 de 5 de outubro de 2006 - Regulamenta o § 5 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. Conforme previsto no artigo 1, essa lei regulamenta as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias no SUS.

Alguns personagens, como Karen Giffin, atuantes no momento pesquisado em Manguinhos participaram também do processo de planejamento e implantação do Programa de Agentes de Saúde (PAS) no Ceará. Este dado é relevante uma vez que o referido programa foi avaliado como bem sucedido tanto pelos gestores da saúde nacional como pelo Unicef⁵, sendo considerado a primeira experiência com agentes de saúde, moradores das comunidades atendidas, implementada de maneira abrangente. Esta avaliação exitosa, sem deixar de mencionar as mobilizações e lutas políticas dos agentes cearenses, foi considerada fundamental para que no ano de 1991 o governo federal, através da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), implantasse o Programa Nacional de Agentes de saúde (PNACS) (Silva, 2001; Bornstein, 2007). A criação do PNACS é indicada como um marco do processo de institucionalização dos Agentes Comunitários de Saúde (Lacerda, 2010; Silva & Dalmaso, 2002). Teresa Ramos, Agente Comunitária de Saúde, que dirigia no ano de 2007 a Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, afirmou em entrevista que: “comecei a ser agente comunitário de saúde em 1978. Nessa época, não era agente comunitário de saúde, era agente de saúde. A palavra ‘comunitário’ foi criada muitos anos depois” (Ramos, 2007). No entanto, é relevante afirmar que nos vários documentos estudados e datados entre os anos 1986 e 1988 encontra-se referência à ‘agente comunitário de saúde’. Afirma-se assim, mesmo antes da sua institucionalização, a multiplicidade de termos para se referir a este personagem, morador da comunidade: agente de saúde, agente comunitário, agente comunitário de saúde, auxiliar de saúde, etc.

A metodologia empregada durante esta pesquisa foi o estabelecimento de reflexões com o aporte das bibliografias que tratam sobre o tema proposto, assim como a análise dos documentos identificados. Foi processado um inventário e análise da documentação oficial pertinente ao tema (legislação que trata sobre a saúde brasileira; Cartas de Intenção das Conferências Internacionais de Saúde; Relatórios dos Diversos Programas e Projetos com os Agentes Comunitários na ENSP/Fiocruz, entre outros...). A análise teve início à partir das legislações que regulamentavam a Saúde Pública brasileira, os projetos de reorganização dos serviços e da expansão da cobertura. Devido ao recorte temporal e ao tema proposto, foi pertinente ampliar o escopo de análise e estabelecer leituras sobre a atuação das Visitadoras Sanitárias e sobre os projetos nacionais que incluíam agentes de

⁵ Ganhou o prêmio Maurice Pate, instituído pelo Unicef, em 1993, pela redução da mortalidade infantil e dos índices de desnutrição entre as crianças cearenses.

saúde como o Projeto Montes Claros, o PIASS e o Projeto Devale. Buscou-se observar ainda nas obras que incluem o Agente Comunitário de Saúde como tema, a percepção de seus autores acerca das continuidades, trocas e reinvenções nos diversos projetos ao qual estão vinculados agentes de saúde.

Sobre o Projeto de Saúde Comunitária desenvolvido em Manguinhos, foram analisados os relatórios anuais da UTGSF e Manuais de Treinamento dos Agentes Comunitários disponíveis, além dos relatórios produzidos pelo Unicef, ora em parceria com o Instituto Brasileiro de Municípios (IBAM), ora com a Faculdade Latino Americana de Ciências Sociais (FLASCO). Os relatórios que envolviam o Unicef abordavam, em geral, a experiência de sua parceria com a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social da Cidade do Rio de Janeiro (SMDS), na Rocinha, e por vezes mencionavam a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde em outras localidades. Um conjunto documental fundamental foi uma coletânea de relatórios avaliativos ou apenas descritivos, organizada pelas sanitaristas Eliane Portes Vargas e Elizabeth de Andrade Romeiro, que revelaram uma série de detalhes acerca da seleção, treinamento e atuação das Agentes Comunitárias de Saúde em Manguinhos, entre os anos 1986 e 1989 (Vargas e Romeiro, 1992). Não foi identificada na pesquisa a existência de nenhuma Tese de Doutorado ou Dissertação de Mestrado que abordasse especificamente da atuação dos agentes de saúde ou o projeto a que eles estavam submetidos no recorte aqui estudado. Quanto aos artigos acadêmicos foi identificado apenas um, no ano de 1989, onde, a então Coordenadora do Projeto por parte do Unicef, Karen Giffin e a Diretora da UTGSF, naquele período, Tizuko Shiraiwa, redigiram um artigo descrevendo os motivos que as levaram a adotar a incluir das agentes comunitárias, as expectativas desta atuação e as críticas até então por elas identificadas quanto ao modelo proposto (Giffin e Shiraiwa, 1989).

Diante do recorte deste trabalho, que compreende o período entre os anos 1986 e 1989, considerado pelo método histórico como contemporâneo, foi possível lidar com personagens atuantes ao longo do processo histórico analisado incorporando depoimentos orais como fontes relevantes, trabalhando, para além das fontes escritas, também com reflexões produzidas na memória dos protagonistas da história em questão. O historiador francês Jacques Le Goff dá base a estes pressupostos quando afirma que “a história nova ampliou o campo do documento histórico; ela substituiu a história de Langlois e Seignobos,

fundada essencialmente nos textos, no documento escrito, por uma história baseada numa multiplicidade de documentos: escritos de todos os tipos, documentos figurados, produtos de escavações arqueológicas, documentos orais, etc” (Le Goff, 1990:36). Nesta escolha metodológica, Paul Thompson acrescenta que "estamos lidando com fontes vivas que, exatamente por serem vivas, são capazes, à diferença das pedras com inscrições e das pilhas de papel, de trabalhar conosco num processo bidirecional" (Thompson; 1992:196).

Foram utilizadas as entrevistas realizadas com as professoras da ENSP, Karen Giffin e Tizuko Shiraiwa, que compõem o Acervo da Casa de Oswaldo Cruz⁶. Karen Giffin atuou como coordenadora de um Projeto de Expansão dos Serviços Básicos na Rocinha estabelecido pela Unicef e SMDS, que incluía a capacitação de agentes comunitários, para atuarem, inclusive, na área da saúde. Participou, também, da coordenação da primeira experiência com Agentes Comunitários de Saúde remunerados em Manguinhos. Tizuko Shiraiwa, por sua vez, dirigiu a Unidade de Treinamento Germano Sinval Faria (UTGSF/ENSP/Fiocruz) durante dez anos (1979-1989) e participou das primeiras experiências com ACS voluntários, desde o Projeto de Saúde Comunitária em parceria com a Unicef até a incorporação definitiva destes agentes nos quadros da Fiocruz, no final dos anos 1980.

Descritas as considerações introdutórias, vale pontuar o lugar de fala deste trabalho. Em primeiro lugar, situado no contexto de uma Instituição que se dedica a pesquisar a história das ciências e da saúde, incluindo neste sentido as múltiplas possibilidades de olhar e de abordagem. Em segundo, de uma prática historiográfica que considera a história enquanto uma construção, não como um objeto dado, ou enquanto um ato de descobrimento, resgate ou revelação de verdades dispostas no Universo, esperando para serem “iluminadas”. A historiadora Tânia Navarro Swain afirma:

quem diz História, diz construção. A partir de indícios, de traços mais ou menos precisos, de restos mal ou bem conservados, sejam eles figurativos ou impressos, monumentais ou alimentares, abundantes ou extremamente escassos, um tecido é urdido e um discurso forjado. Os fragmentos atestam um real vivido que é, entretanto, transformado em História segundo as interpretações possíveis em cada

⁶ Apesar do projeto de pesquisa ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, optou-se pelo uso das entrevistas já realizadas no âmbito do Projeto “Agentes comunitários e o treinamento em educação em saúde: a experiência da Fiocruz (1980-1990)” pela Dra. Tania Fernandes (COC/Fiocruz)c. Esta opção se processou por conta do tempo que demandaria o agendamento, a entrevista e sua posterior transcrição, podendo comprometer os prazos a que esta pesquisa esteve submetida.

época, segundo as representações que constroem o mundo e a experiência vivida (Swain, 2000:10).

Em terceiro lugar, o trabalho aqui considera que as fontes por si só não são elementos reveladores da história ou do passado, mas dependem das perguntas inquiridas pelo historiador, tornando-as relevantes ou não. A crítica das fontes considera que estas são também construções, com finalidades, objetivos, e por vezes constituídas de forma a dar luz a certos grupos sociais e a silenciar para outros. Verificou-se nas fontes aqui estudadas, que apesar dos limites de atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, existem elementos que sugerem que tal limite poderia ser superado e assim este trabalhador em saúde ser incorporado ao serviço. Vale um questionamento quanto ao consenso que parece ter sido construído em torno da ideia do ACS como um ator estratégico na implementação da Atenção Primária no Brasil, na medida em que documentos e narrativas contrários à atuação dos Agentes Comunitários de Saúde poderiam ter sido silenciados pelas forças do presente.

Retomando a citação anterior formulada pela historiadora Tania Navarro Swain, as narrativas históricas não são dadas e sim se configuram frutos de um processo construtivo. Este processo, por sua vez, ocorre de acordo com as condições de possibilidade⁷ existentes no espaço-tempo da pesquisa. Assim sendo, uma quarta afirmação sobre o lugar de fala deste trabalho é que a constituição de um objeto para ser pesquisado em história pressupõe o entendimento de um olhar para o passado a partir de temas constituídos no tempo presente do historiador. Não se trata de enumerar cronologicamente fatos ou acontecimentos, ou de simplesmente buscar explicações do presente no passado, mas lançar um olhar para o passado a partir de questões, que inexoravelmente, fazem parte constituinte do objeto estudado. Ou seja, não há objeto pronto no estudo histórico, mas sim fruto de escolhas que estão temporalmente situadas.

As perguntas constituídas neste estudo focavam, inicialmente, nos múltiplos significados atribuídos à atuação do Agente Comunitário de Saúde, em Manguinhos, que era destacada como relevante em certos espaços, como nas conferências e congressos em

⁷ A ideia de condições de possibilidade se remete ao enquadramento teórico que identifica a transitoriedade do poder e a lógica circunstancial, características dos acontecimentos humanos, indicada por alguns autores de matriz foucaultiana. O termo foi utilizado pela primeira vez por Immanuel Kant em 1770.

saúde na Fiocruz, e relegada a um patamar secundário em outros, como no interior das equipes de saúde. O desenvolvimento da pesquisa possibilitou que a questão inicial fosse redirecionada priorizando a historicidade de emergência do Agente Comunitário em Manguinhos (1986-1989), identificando experiências similares, em um contexto mais geral. Considera-se aí então uma explicação no sentido foucaultiano que entende que a emergência está vinculada à ideia de interstício. Foucault afirma que “ninguém é responsável por uma emergência, ninguém pode dela se vangloriar; ela se produz no interstício” (Foucault, 1992:15). Este interstício, neste contexto, se dá em diferentes momentos: entre ditadura e regime democrático, entre educação sanitária e educação em saúde, entre atuação voluntária e ocupação profissional, entre prevenção de doenças e promoção da saúde, etc.

Para a discussão e apresentação deste estudo, o texto foi dividido em quatro capítulos. O Primeiro busca apresentar as condições de possibilidade para a emergência do Agente Comunitário de Saúde em Manguinhos. Condições de possibilidade porque se entende que relações de poder estavam postas naquele momento, e assim, contextualizando as dinâmicas de poder (numa relação) para a apreensão do processo histórico aqui posto. Inicia-se então pela reflexão de alguns debates políticos existentes na segunda metade dos anos 1970 em torno dos modelos de organização dos serviços de saúde. Internacionalmente, tais debates convergiam para uma proposta de organização dos serviços de saúde a partir da Atenção Primária em Saúde, entretanto, a forma como os países interpretaram o que seria a Atenção Primária e a forma/possibilidade de implementá-la se processou de maneiras diversificadas. O principal marco deste processo foi a Conferência Internacional de Cuidados Primários, realizada no ano de 1978, na cidade de Alma Ata, na antiga União Soviética, que gerou um documento que ficou conhecido como Declaração de Alma Ata.

Ainda no primeiro Capítulo, são constituídas reflexões sobre o processo de redemocratização nacional, na década de 1980. No cenário histórico brasileiro, havia um forte descontentamento com o governo militar, pela crise econômica, pela precária e ineficaz prestação de serviços em saúde, e/ou pela forte supressão das liberdades e direitos em função da ditadura militar. Então, o silêncio ditatorial imposto aos descontentes com o regime de exceção corroborou para que surgissem movimentos sociais organizados em torno dos espaços de possível atuação como nas Igrejas, nos Sindicatos e nas Associações

de Moradores. A ineficácia da prestação de serviços em saúde à população na época contribuiu para a elaboração de críticas à organização do Serviço Público de Saúde, tornando-se um ponto na pauta nos movimentos sociais já existentes.

Dos personagens que entraram em cena, nesta conjuntura, destacam-se os profissionais de saúde, representados por suas entidades que ultrapassaram o corporativismo defendendo questões mais gerais, como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público, o movimento sanitário tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (Cebes) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno dos temas saúde e Democracia e de elaboração de contrapropostas, os partidos políticos de oposição que começaram a colocar a temática nos seus programas e viabilizaram debates no congresso para discussão da política do setor além dos movimentos sociais urbanos que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (Bravo, 2006:8-9).

Estes movimentos sociais, críticos da realidade nacional, ao se organizarem em torno do tema saúde possibilitaram a emergência do que ficou conhecido na literatura como Movimento da Reforma Sanitária, cujos ápices de sua atuação foram: a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986; a declaração da Saúde como direito do cidadão e dever do Estado na Constituição, de 1988; e a promulgação da Lei que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 1990. Podemos destacar, também, alguns componentes constituintes do Movimento de Reforma Sanitária, como as bases acadêmicas (departamentos de medicina preventiva e social das Universidades e o CEBES, por exemplo), o movimento estudantil, os movimentos profissionais (Movimento dos Médicos residentes, por exemplo), os projetos institucionais (PIASS, Montes Claros, etc.), instituições corporativas (sindicatos e associações) e os movimentos populares (associação de moradores, por exemplo).

Na análise documental foi possível identificar que a incorporação de agentes comunitários na prestação dos serviços de saúde estava alinhada internacionalmente com o que foi debatido em Alma-Ata (1978) e ao mesmo tempo, com, as discussões e debates nacionais em torno da Reforma Sanitária. Vale mencionar, que no ano de 1986, aconteceria a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, na cidade de Ottawa, Canadá, e no Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde. Na Conferência de Ottawa foi gerada uma carta de intenções que influenciou muitas políticas públicas estatais em vários países, em especial no Brasil. Nesta Carta de intenções destaca-se que para se ter saúde é necessário se ter paz, habitação, educação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade, elementos esses compatíveis com os que foram propostos na VIII

Conferência Nacional de Saúde. Em Ottawa houve orientação das práticas em saúde para a Promoção em Saúde, direcionadas através de práticas intersetoriais. A VIII Conferência Nacional de Saúde ficou sinalizada na literatura como a conferência que lançou as bases para a implantação do Sistema Único de Saúde brasileiro, com ampla participação popular. Entre outros aspectos relevantes, vale mencionar que o documento final desta conferência, nas diretrizes sobre os Recursos Humanos em Saúde, preconizava a incorporação dos agentes comunitários, “como pessoal remunerado, sob a coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde, para trabalhar em educação para a saúde e cuidados primários” (Brasil, 1986).

No segundo Capítulo são tecidas considerações sobre o agente comunitário de saúde no período anterior ao aqui estudado. Hoje, este agente está institucionalizado, sendo ele um componente estratégico na implementação da Atenção Básica brasileira pela Estratégia Saúde da Família. No ano de 1986, em Manguinhos, por sua vez, a referência à atuação de Agentes Comunitários de Saúde remunerados era, num primeiro momento, dada aos projetos organizados e gerenciados pelo Unicef junto à SMDS. Observa-se que outras terminologias eram adotadas para designar o morador de uma determinada localidade que era treinado para realizar as tarefas, em sua grande maioria, de educação em saúde: agente de saúde, agente comunitário, auxiliar de saúde, entre outros.

Como o olhar desta narrativa histórica estava centrado nas práticas destes agentes, o caráter de mediação cultural, operacionalizado no cotidiano, merece ser destacado. Este caráter mediador se processou de múltiplas formas, sendo aqui observado nas práticas de educação em saúde e na facilitação do acesso da população atendida à Unidade de Treinamento Germano Sinval Farias (UTGSF). A matriz desta mediação como ‘elo’ entre os serviços de saúde e a população atendida, pode ser identificada nas práticas de outros profissionais, como nas visitadoras sanitárias ainda na primeira metade do século XX.

Não menos importantes, são as reflexões acerca de Manguinhos, enquanto um território vulnerabilizado identificado como favela. As especificidades do morar nesta localidade – pobre, com pouco ou precário acesso aos serviços públicos – deram um tom específico às ações dos agentes comunitários. Apesar de ter sido redigida no ano de 2010, a citação abaixo caracteriza bem as comunidades de Manguinhos nos anos 1980:

O cotidiano nos territórios de favelas de Manguinhos se caracteriza por violento controle social exercido sobre a maioria de seus moradores; violação de direitos civis e políticos por aparelhos de coerção públicos e privados; pouco acesso a direitos sociais (acesso à educação, saúde/ambiente, habitação, etc); alto desemprego e precarização acentuada do trabalho; baixa escolaridade e acesso restrito à saúde pública; condições ambientais deterioradas; população empobrecida, desprovida de capital cultural e social; políticas assistencialistas e paternalistas; cultura de massa incentivando ação individualista e fragmentada; criminalização do território (Lima e Bueno, 2010:14).

A construção histórica aqui proposta revisitou a atuação das visitadoras sanitárias, identificando várias similaridades com as agentes de saúde atuantes em Manguinhos. Outros projetos com a presença de agentes de saúde são apontados, traçando-se paralelos com a proposta emergente em Manguinhos em 1986. Destes, a experiência do Projeto Montes Claros surge, claramente, situada nos preceitos defendidos pelos atores sociais envolvidos no Movimento pela Reforma Sanitária. Pontua-se, também, neste estudo, algumas experiências de projetos com atuação de Agentes Comunitários de Saúde na cidade do Rio de Janeiro, em específico na favela da Rocinha e no Complexo da Maré.

Merece destaque a parceria entre a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social da Cidade do Rio de Janeiro e o Unicef que implementou serviços públicos nas favelas cariocas, que, na área da saúde, adotava a atuação de agentes comunitários. Verifica-se neste trabalho que a experiência da Rocinha envolvia a preocupação de estabelecer um processo de educação em saúde em conjunto com a população local. A metodologia do Unicef e a Consultoria da Flasco foram, também, absorvidas e adaptadas em 1986 na implementação do Projeto de Saúde Comunitária em Manguinhos.

O Terceiro Capítulo analisa os documentos que descreviam os treinamentos e as oficinas vivenciados pelos agentes comunitários, bem como traça uma reflexão que aprecia as dimensões de influência dos ideais presentes no movimento pela Reforma Sanitária, na Declaração de Alma Ata, da Metodologia Unicef - Flasco e na expertise local dos profissionais da UTGSF. Considerou-se, ainda, a influência das diretrizes do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) junto à atuação dos agentes, uma vez que o referido projeto foi estabelecido enquanto uma proposta direcionada, principalmente, à saúde das mulheres.

No Quarto Capítulo são tecidas considerações sobre as metodologias empregadas no Treinamento e sobre a atuação preconizada dos agentes de saúde em Manguinhos. Estes

eram, claramente influenciados, pelo entendimento ampliado de saúde proposto pelos atores sociais envolvidos no movimento da reforma sanitária, pelas dinâmicas de trabalho vivenciadas nos projetos do Unicef e pelo pensamento de Paulo Freire.

Ao final deste trabalho novas perguntas surgiram, mas os limites impostos à operação histórica⁸ em andamento demandou um fim. Afinal, o próprio título deste trabalho já aponta ser este apenas “um capítulo de uma história em construção”. As conclusões poderão ser catalisadoras de novas pesquisas e estudos acerca dos Agentes Comunitários de Saúde em Manguinhos e de suas práticas em educação em saúde junto à população adscrita.

⁸ Termo cunhado pelo historiador francês Michel de Certeau.

Capítulo I

As Condições de Possibilidade

Capítulo I- As Condições de Possibilidade

O estudo aqui proposto sobre os Agentes Comunitários de Saúde em Manguinhos, entre os anos de 1986 e 1988, requer estabelecer considerações e reflexões sobre alguns temas correlatos. As primeiras são a respeito do que vem a ser Atenção Primária em Saúde, considerando a importância e os impactos produzidos pela I Conferência Internacional de Cuidados Primários realizada no ano de 1978, na cidade de Alma Ata na antiga União Soviética. Apesar do Brasil não ter enviado representantes à referida Conferência, organismos internacionais como o Unicef (Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento da Infância) e a OMS (Organização Mundial da Saúde) atuantes e presentes no Brasil, corroboraram para que houvesse circulação e apropriação dos ideais preconizados e debatidos em Alma Ata. Um segundo bloco de considerações estabeleceu uma reflexão, num contexto macro brasileiro, acerca do processo de redemocratização. Este processo não é um fato simplesmente dado e sim fruto de lutas políticas onde estiveram envolvidos os mais variados atores sociais. Cabe pontuar que, no contexto das lutas pela redemocratização, emergiu o que ficou conhecido na literatura como Movimento pela Reforma Sanitária, que teve como um de seus destacados protagonistas o ex-presidente da Fiocruz, Sergio Arouca. Manguinhos enquanto um local de atuação dos agentes de saúde é caracterizado por ser uma região passível de enquadramento sob a categoria “favela” em virtude de sua história social, econômica e ambiental. Marcado pela precariedade, teve no momento estudado associações de moradores ativas na luta pelos direitos coletivos da população local e a presença da Fundação Oswaldo Cruz, que implementou projetos e iniciativas junto a este grupo populacional.

Atenção Primária em Saúde e a atuação de Agentes Comunitários de Saúde

Refletir sobre a atuação de trabalhadores primários⁹ (agentes de saúde, visitadoras sanitárias, auxiliares de saúde, etc.) em projetos e programas implementados tanto pelos governos, como por organizações não governamentais requer uma abordagem sobre a

⁹ Terminologia comumente utilizada para designar trabalhadores com baixa escolaridade e pouca qualificação.

Atenção Primária¹⁰. Dentre as múltiplas concepções¹¹ e entendimentos sobre o que seja Atenção Primária, duas predominam: a primeira, ser o conjunto de cuidados ambulatoriais na condição de porta de entrada dos serviços de saúde e a segunda, enquanto uma política de reorganização do modelo assistencial de forma seletiva ou ampliada.

A Atenção Primária em Saúde é um conceito que está intrinsecamente atrelado ao seu tempo e local, sendo moldado pela maneira pela qual os governos o entendem e operacionalizam. Considerando uma visão administrativa da organização dos serviços de saúde, a constituição teórica de um sistema de saúde hierarquizado e integrado em rede, com base na assistência primária, secundária e em hospitais de ensino terciários, surge pela primeira vez no ano de 1920, no Reino Unido, com as propostas do “Relatório Dawson” (Parker et al.,1976).

Historicamente, a ideia de atenção primária foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920. Esse documento do governo inglês procurou, de um lado, contrapor-se ao modelo flexineriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e por outro, constituir-se numa referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade (Matta e Morosini, 2009).

Alguns autores, como Marcos Cueto (2004) e Sócrates Lítsios (2004), localizam a descrição de “Primary Health Care” em documentos oficiais pela primeira vez no início da década de 1970. Esta descrição foi publicada na revista da Comissão Médica Cristã (CMC), “Contact”, que tinha conexões com o Conselho Mundial de Igrejas e Federação Mundial Luterana (Lítsios, 2004). A CMC apresentava já nos anos 1970 uma larga atuação em países designados como ‘não desenvolvidos’, assumindo um posicionamento de interferência no nível local das comunidades e incluindo como mão de obra os agentes de saúde. Essa organização, segundo estes autores, foi responsável pela apresentação de diversas experiências em saúde básica junto à Organização Mundial da Saúde (OMS) e, no ano de 1974, foi convidada para estabelecer uma colaboração formal nas discussões sobre Atenção Primária em Saúde.

¹⁰No Brasil, a Atenção Primária é comumente designada por documentos oficiais como Atenção Básica.

¹¹ Estudos acadêmicos identificaram, somente nos Estados Unidos, 92 (noventa e dois) conceitos distintos de Atenção Primária (Parker et al.,1976).

No Brasil, pode-se afirmar que a atenção primária foi implementada gradativamente durante o século XX sob a bandeira de variados projetos e programas de Governo, voltados principalmente para as populações desprovidas de acesso a bens e serviços públicos de saúde. Na maior parte deste processo, a operacionalização da atenção primária caracterizou-se como programas verticais e focalizados de extensão de cobertura das ações de saúde que operavam na lógica da atenção primária seletiva, muitos dos quais contavam com a atuação similar do agente de saúde na figura do visitador sanitário (Silva e Dalmaso, 2002).

Eugênio Vilaça Mendes (2002), em uma publicação sobre a Atenção Primária no Sistema Único de Saúde (SUS), elabora uma análise na qual verifica cinco períodos de expansão da atenção primária à saúde no Brasil, desde a década de 1940 até a instalação do Programa de Saúde da Família (PSF), no ano de 1994. O primeiro período, nesta periodização teria sido inaugurado pela criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), no ano de 1942, através do estabelecimento de uma cooperação nas áreas de saúde e saneamento firmadas entre o governo brasileiro, na época Ministério da Educação e Saúde, e os Estados Unidos. Esse acordo internacional se inseria no esforço de guerra, visando atender aos interesses americanos em obter matérias-primas para a produção de material bélico, como borracha e minérios produzidos na Amazônia e Vale do Rio Doce, como contrapartida de investimentos financeiros em melhorias de saúde dos trabalhadores e da população da região. O SESP, concebido sob o modelo sanitário americano, estruturou suas ações de saúde pública e de combate à malária, com um indicativo de se desenvolver ações assistenciais vistas a precariedade das condições socioeconômicas e de saúde da região atendida (Bastos, 1993). Além do saneamento ambiental, atuou na promoção de ações preventivas com foco nas doenças transmissíveis, na educação sanitária e na higiene materna, bem como assistência médica do adulto e da criança incluindo atividades ambulatoriais e internações hospitalares. Alguns autores, entre eles Eugênio Vilaça Mendes (2002), Joana Azevedo Silva e Whitaker Dalmaso (2002) identificam que o SESP inovou ao integrar as ações preventivas e assistenciais nas unidades de atenção primária, em uma época em que havia um predomínio de ações estruturadas sob o modelo sanitário - campanhista. Em 1960 com o rompimento do acordo de cooperação governamental Brasil-

EUA, o SESP passou por uma reestruturação, transformando-se em Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (F-SESP), com vinculação ao, então, Ministério da Saúde ¹².

O segundo enquadramento temporal proposto por Mendes (2002) coincidiria com a ampliação do debate internacional em torno da atenção primária, e com a implantação de programas focalizados numa abordagem em atenção primária de modo seletivo, que convergiriam para o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – (PIASS). Esse programa foi implementado inicialmente no nordeste brasileiro no ano de 1976 e se expandiu nos anos 1980 a 1985, para outras regiões rurais do país. No estado de São Paulo ganhou destaque no Vale do Ribeira, com o Projeto de Expansão de Serviços Básicos de Saúde e Saneamento, denominado de Projeto Devale, onde os agentes de saúde atuavam nas unidades de saúde rurais e nas comunidades, com atribuições semelhantes às observadas na Fundação SESP (Silva & Dalmaso, 2002).

O terceiro período de expansão, vislumbrado por Mendes (2002), se deu no início dos anos 1980 com a crise financeira da Previdência Social e foi marcado pela implementação das Ações Integradas em Saúde (AIS) que objetivaram articular as ações de saúde pública às ações assistenciais que vinham sendo desenvolvidas pelo antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (Mendes, 2002). A política das AIS teve uma abrangência nacional nos anos de 1985-1986, com aproximadamente 2500 municípios aderindo à proposta, com ampliação dos cuidados básicos de saúde na rede pública (Noronha & Levcovitz, 1994). Segundo esses autores, a ampliação dos serviços contribuiu para efetivar os princípios de universalidade do acesso, integralidade das ações de saúde e descentralização defendidos pela Reforma Sanitária e na operacionalização do SUS (Mendes, 2002).

O quarto movimento em direção a implementação da Atenção Primária no Brasil segundo Mendes (2002) se daria no final dos anos 1980, com uma gradativa municipalização da saúde. As políticas públicas em saúde confluíram na direção de reavaliar o modelo dito tradicional de saúde de modo a garantir, nas novas organizações propostas, que o princípio da integralidade das ações aludiu na organização dos serviços dentro de uma lógica da atenção primária abrangente, integrando as ações preventivas e curativas tanto no âmbito individual, como no coletivo e nos diversos níveis de atenção do

¹²A lei nº 3750, de 11/04/1960, transforma o Serviço Especial de Saúde Pública em Fundação.

sistema. Nesse contexto de consolidação dos princípios que norteariam o SUS, anos depois, alguns modelos foram se constituindo, entre os quais Eugênio Vilaça Mendes (2002) enfatizou as experiências locais de saúde, como a Medicina Geral e Comunitária, implementada em Porto Alegre, a Ação Programática em Saúde em São Paulo, o Programa de Médico de Família em Niterói e o modelo em Defesa da Vida em Campinas.

O quinto e último período de expansão da atenção primária apontado por Mendes (2002), se consolidaria com a institucionalização do Programa Saúde da Família. Inicialmente este programa poderia ser enquadrado como política de governo, mas na década de 2000, tem sua nomenclatura modificada nos documentos oficiais de “Programa¹³” para “Estratégia” Saúde da Família. A terminologia Estratégia incorpora o ideário de uma política de Estado, cujo objetivo central era reorganizar toda a atenção básica brasileira, na lógica de uma atenção primária abrangente¹⁴, conforme os princípios (entre outros) da universalidade, equidade, integralidade e participação social (Brasil, 2006a), onde para a sua operacionalização é fundamental a articulação dos três níveis de governo: municipal, estadual e federal (Mendes, 2002).

No entanto, vale pontuar que há um hiato entre o preconizado pelos documentos oficiais do Ministério da Saúde e a efetividade de organização da Atenção Primária brasileira no contexto do SUS. O próprio Dr. Eugênio Vilaça Mendes em uma entrevista questionou a efetividade do Programa Saúde da Família enquanto estratégia:

Acho que o Programa de Saúde da Família-PSF ainda é, no Brasil, alguma coisa que está entre a proposta de um programa para pobres e uma estruturação de um nível de atenção. Estamos longe de ter um Programa de Saúde da Família-PSF que seja, de fato, uma estratégia. Quando ele for uma estratégia, porque depende da superação de vários gargalos, poderá desempenhar esse papel, dentro do sistema de saúde, de ser o ordenador dos fluxos e contra fluxos das pessoas no sistema de saúde, à exceção dos casos de urgência e emergência (Mendes, 2005:218).

Neste contexto, a Estratégia Saúde da Família inclui a atuação dos agentes enquanto um componente estratégico. No entanto, considerando as metas ministeriais de ampla cobertura da população através da Atenção Básica, cabe um questionamento quanto ao papel dos agentes de saúde nos bairros e localidades de maior poder aquisitivo na cidade.

¹³ Comumente entre os gestores o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. Nesta direção, o Programa Saúde da Família não tem esta previsão de finalização.

¹⁴ Após a Conferência de Alma Ata, realizou-se em Bellágio na Itália, uma breve conferência, onde os ideais propostos inicialmente pela Alma Ata se desfizeram. Neste momento emergia a proposta de Atenção Primária Seletiva, com ações menos abrangentes.

Tal questão remeteria a uma das principais críticas aos programas e projetos que envolvem a atuação de agentes comunitários enquanto “ações pobre para pobres”. Para Mendes, “o Programa de Saúde da Família - PSF ainda é, no Brasil, alguma coisa que está entre a proposta de um programa para pobres e uma estruturação de um nível de atenção” (Mendes, 2002:219). Adiante esta questão será retomada.

1.2 Conceituando Atenção Primária: A Conferência de Alma Ata

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata aos doze dias do mês de setembro de mil novecentos e setenta e oito, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo (OMS, 1978:2).

A Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Saúde foi realizada entre os dias 6 e 12 de setembro do ano de 1978, organizada e co-patrocinada pela OMS e pelo Unicef, na cidade de Alma Ata, capital da antiga República Socialista Soviética do Cazaquistão. Contou em sua realização com delegações de 134 governos¹⁵ e de representações de 67 organizações e agências especializadas, tendo por objetivo:

- (i) Promover o conceito de cuidados primários de saúde em todos os países;
- (ii) Intercambiar as experiências e informação sobre o desenvolvimento dos cuidados primários de saúde no âmbito geral de sistemas de serviços nacionais de saúde;
- (iii) Aferir a presente situação da saúde e de seus serviços em todo o mundo, na medida em que se relaciona com os cuidados primários de saúde e pode por estes ser melhorada;
- (iv) Definir o papel dos governos e de organizações nacionais e internacionais em matéria de cooperação técnica e apoio ao desenvolvimento dos cuidados primários de saúde;
- (v) Formular recomendações para o desenvolvimento dos cuidados primários de saúde (OMS, 1978:9).

¹⁵ O Brasil não enviou representantes para a referida conferência; Na bibliografia estudada e pesquisa não se encontrou motivos para a não participação. Entretanto, no Brasil havia em andamento contatos permanentes entre o UNICEF e a OMS, e no ano de 1979 na 32ª Assembléia da OMS ratificou a meta “Saúde para todos no ano 2000” proposto em Alma Ata.

No âmbito das discussões sobre os cuidados primários, a noção da saúde como o “pleno bem estar físico e mental¹⁶”, proposto pela OMS, em 1948, foi retomada (OMS, 1978). Nesta direção se processou a constatação de que os avanços tecnológicos, no campo da saúde e da medicina, não proporcionaram mudanças na condição de saúde de uma parcela significativa da população do planeta. A Conferência reconheceu que “mais da metade da população mundial não usufrui os benefícios de um adequado atendimento de saúde” (OMS, 1978:14).

Ao final da Conferência foi elaborado um documento denominado “Declaração de Alma Ata” através do qual ficou estabelecido e pactuado, entre os participantes do evento, a meta “Saúde para todos no ano 2000” a partir da reorganização dos sistemas de saúde das nações de modo hierarquizado e com fortes investimentos na Atenção Primária.

Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, organizações internacionais e toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano de 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social (OMS, 1978:3).

Para cumprir o que havia sido delimitado como primeiro objetivo, que era o de “promover o conceito de cuidados primários de saúde em todos os países” (OMS, 1978:9), os participantes da Conferência apontaram uma definição do que seria Atenção Primária:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação... [...] Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978:3).

Devido à diversidade cultural, econômica, social e política das nações participantes da conferência, no documento gerado ao final da Carta de Alma Ata, identifica-se a importância e necessidade da incorporação de agentes de saúde, moradores das regiões atendidas, para a implementação da Atenção Primária, como se depreende abaixo.

¹⁶ A presente definição recebeu diversas críticas por parte de estudiosos na área da Saúde Pública, que apontaram ser este um ideal inatingível (Segre e Ferraz, 1997).

Ao nível inicial de contato entre indivíduos e o sistema de serviços de saúde, os cuidados primários são proporcionados por agentes de saúde da comunidade trabalhando em equipe. As modalidades de agentes de saúde variarão de um país e de uma comunidade para outra de acordo com as necessidades e os recursos disponíveis para o seu atendimento (OMS, 1978:50).

Neste sentido, o agente de saúde surge como uma possibilidade realista e condizente com a situação socioeconômica dos países enquadrados como “em desenvolvimento”, como aparece reforçado na citação abaixo.

Para muitos países em desenvolvimento, a solução mais realista para chegar a atender totalmente a população com serviços essenciais de saúde consiste em utilizar agentes de saúde da comunidade, que podem ser treinados em curto prazo para o desempenho de tarefas específicas (OMS, 1978:51).

Na maioria dos projetos e experiências com agentes de saúde, mencionados neste trabalho, e especificamente no projeto de saúde comunitária em Manguinhos, organizado em parceria com o Unicef, a figura da mulher como agente de saúde foi amplamente defendida. Este debate esteve presente, inclusive, na concepção operacional da atuação das Visitadoras Sanitárias em meados do século XX no Brasil. Internacionalmente, a Conferência de Alma Ata reafirma, como estratégico, que o agente de saúde, além de ser morador da comunidade atendida, deveria ser mulher.

Muitas vezes, os membros da família são os principais provedores de cuidados de saúde. Na maioria das sociedades, as mulheres desempenham importante papel a promoção da saúde, particularmente em razão de sua posição central na família (OMS, 1978:52).

As mães das favelas são as agentes de saúde primordiais, que têm a responsabilidade socialmente atribuída de cuidar dos membros da família ou de buscar o atendimento médico. Ao mesmo tempo, estas mulheres sofrem de uma grande falta de informações tanto sobre o corpo e a proteção da saúde como sobre ações específicas de prevenção e tratamento simples de problemas de saúde (Giffin & Shiraiwa, 1989).

Os Cuidados Primários em Saúde, preconizados na Conferência de Alma Ata, deveriam ser a “porta entrada” do cidadão para os serviços de saúde em seu país. Entretanto, a maneira pela qual esta estratégia seria ou não implementada pelos países participantes da conferência dependeria dos contextos locais, de arranjos políticos e conjunturas econômicas. Em estudo sobre a cooperação internacional Brasil e OPAS, os autores Fernando Pires-Alves e Carlos Henrique Assunção Paiva (2006:12) afirmam que “as organizações internacionais são atores poderosos em processos concretos de

mudanças”. Para estes autores, as referidas organizações “produzem e difundem valores, normas e conhecimentos; elas freqüentemente instituem agências”. Neste sentido, ainda segundo Pires-Alves e Paiva, “elas constituem aparatos, compreendidos como conjunto de recursos simbólicos, cognitivos e técnicos, de meios operacionais materiais e, eventualmente, financeiros” (2006:12). Deste modo, além dos limites e possibilidades impostos pela conjuntura local, a maneira pela qual estes se articulariam ou não no nível internacional iria compor a dinâmica pela qual um determinado país viria a implementar sua política de Atenção Primária.

No Rio de Janeiro, por exemplo, o Unicef estabeleceu uma parceria com a Prefeitura da Cidade de modo a cooperar no estabelecimento de projetos ou programas que ampliassem o acesso aos serviços públicos mais elementares. Foi então criado pelo Poder Executivo local a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social um projeto em parceria com o Unicef que teve início sua atuação na favela da Rocinha (Rodrigues, 1988). O Brasil estava vivendo seu processo de redemocratização, onde já no ano de 1982, a população antes excluída dos direitos civis passaria a ter o seu direito a voto retomado nas eleições municipais. Nesta direção, a estratégia de se trabalhar junto às populações menos favorecidas era consequência do somatório de elementos políticos locais e dos objetivos de atuação preconizado pelo Unicef naquele momento.

É importante compreender que estas organizações e agências são arenas, verdadeiros espaços de negociação frente a diversificados interesses e postulações. Em suas experiências de campo, interagem com aspirações e enunciados locais, o que em alguns casos coincide com as necessidades de operacionalidade dos Estados Nacionais frente a uma dada circunstância (Pires-Alves e Paiva, 2006: 12).

Entretanto, as ações postas em prática no Brasil, especificamente no Rio de Janeiro tendo por experiência piloto a favela da Rocinha pelo Unicef, não traziam consigo a totalidade das expectativas e dos objetivos postos na Declaração de Alma Ata. Isso porque a Organização das Nações Unidas (ONU) em conjunto com outras agências internacionais optaram por reduzir a abrangência de suas políticas de Atenção Primária. Desta forma, alguns governos, agências e indivíduos contemporâneos à realização da Conferência de Alma Ata, interpretaram a visão idealista da OMS, que preconizava a ‘Saúde para Todos no ano 2000’ através dos investimentos em Cuidados Primários, como ‘irrealista’ e inalcançável (Brown, Cueto e Fee, 2006). Estes autores, em um artigo que aborda questões

em torno da atuação da OMS, mencionam que o peruano David Tejada de Rivero, naquele momento vinculado à OMS, argumentou sobre os acontecimentos que sucederam à Alma Ata. Para Rivero "é lamentável que, em seguida, a impaciência de algumas agências internacionais, tanto da ONU quanto privadas, e sua ênfase no alcance tangível de resultados, ao invés de promover mudança... tenha levado a importantes distorções do conceito original de atenção primária à saúde" (Tejada de Rivero, 2003 apud Cueto e Fee, 2006: 633). Essa afirmativa baseia-se no fato de que ainda no ano de 1979, aconteceu em Bellagio, na Itália, uma pequena conferência com forte influência norte americana, com financiamento da Fundação Rockefeller e com apoio do Banco Mundial. Entre os participantes incluíam-se o presidente do Banco Mundial, o vice-presidente da Fundação Ford, o administrador da USAID (Agencia dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional) e o secretário-executivo do Unicef (Black, 1996). Neste evento teve início um processo de redução do idealismo proposto na Declaração de Alma Ata quanto aos Cuidados Primários articulados com desenvolvimento econômico e social, por um conjunto prático de intervenções técnicas mais facilmente implementáveis, geridas e mensuradas (Cueto e Fee, 2006).

A reunião de Bellagio, conforme ficou conhecida a referida conferência, propôs um conceito alternativo ao que foi constituído em Alma-Ata. Esta proposta foi assumida pela literatura como 'Atenção Primária Seletiva à Saúde' e preconizava intervenções técnicas pragmáticas e de baixo custo, que fossem limitadas em seu escopo e facilmente monitoradas e avaliadas (Cueto e Fee, 2006: 633). Com a atuação do Unicef sob a liderança carismática de Jim Grant a 'Atenção primária seletiva à saúde' foi logo operacionalizada sob a sigla de GOBI¹⁷ – Growth monitoring to fight malnutrition in children, Oral rehydration techniques to defeat diarrheal diseases, Breast feeding to protect children; and Immunizations (Unicef, 1983; Cueto, 2004).

A estratégia GOBI, implementada pelos projetos do Unicef no Brasil que contavam com a atuação de agentes da comunidade, pode ser confundida com estratégias já adotadas em projetos de Medicina Comunitária, pelos Departamentos de Saúde Coletiva e pela atuação das Visitadoras Sanitárias. Entretanto, esta estratégia metodológica do Unicef era

¹⁷Monitoramento do crescimento para combater a desnutrição em crianças, Técnicas de re-hidratação oral para combater doenças diarreicas, Amamentação para proteção das crianças, e Imunização.

restritiva e contemplava apenas algumas formas de intervenção para o controle de certos agravos, não sugerindo em nenhum momento algumas modificações na maneira pela qual se davam as intervenções em Saúde Pública. Tal estratégia também não contemplava o que comumente passou a se denominar como visão ampliada da saúde, onde para a compreensão do processo saúde-doença era necessário um olhar não somente para os fatores biológicos e ecológicos, mas também das condições sociais e econômicas a que os indivíduos eram submetidos. Ressalta-se que por vezes quando documentos produzidos no contexto de implementação de ações sob o acrônimo GOBI relatavam a necessidade de desenvolvimento econômico como fundamental para a saúde este estava associado somente ao acesso a bens de consumo e à tecnologia médica.

Em Manguinhos, no contexto da prestação de serviços da Unidade de Treinamento Germano Sinval Farias (UTGSF/Fiocruz), em 1986, no Projeto de Saúde Comunitária do Unicef foram incluídos a presença de agentes comunitários com ações direcionadas para a saúde da Mulher e da Criança. Este direcionamento, no entanto, não se deu pela adoção da metodologia GOBI, mas pelas bases programáticas encontradas no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado no início dos anos 1980 pelo Ministério da Saúde. O PAISM apesar de não ter sido implementado na totalidade do que foi preconizado, concebia uma Atenção à Saúde da Mulher de modo abrangente¹⁸.

Pode-se afirmar que em Manguinhos, a experiência de Saúde Comunitária contava com múltiplas matrizes onde as diretrizes do Unicef (que financiava o Projeto) e a influência dos ideais de Alma Ata se reinventavam e se adaptavam ao contexto local marcado, entre outros fatores, pela presença da Fundação Oswaldo Cruz e pela especificidade de uma favela carioca nos anos 1980. Há de se considerar ainda a expertise dos profissionais do UTGSF/ENSP, e a referida unidade como espaço da práxis dos alunos dos cursos de Pós Graduações da ENSP. É importante salientar que desde sua fundação no final dos anos 1960, a UTGSF contava em seus quadros com visitadoras sanitárias, cuja atuação já era direcionada à saúde da Mulher e da criança, ainda que centrada apenas nos aspectos reprodutivos e da maternidade.

¹⁸ Ver neste trabalho o item que fala sobre o PAISM.

1.3 A Saúde no processo de redemocratização do Brasil

A proposta que incluía os agentes comunitários de Saúde em Manguinhos, quando da implementação do projeto fruto da parceria entre a Fiocruz e o Unicef, eram contemporânea aos debates em torno da redemocratização¹⁹. Em 1986, ano de início do projeto em Manguinhos, coincidiu, por exemplo, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde. Apesar das Conferências de Saúde serem realizadas à partir de uma convocação do Estado, a VIII foi marcada pela participação popular, com forte presença dos múltiplos segmentos dos Movimento Sociais.

Aqui então se propõe uma breve reflexão focada no processo de redemocratização brasileira iniciada no final dos anos 1970 considerando alguns aspectos da geopolítica internacional, da economia (tanto em nível nacional quanto global), da política nacional e a participação, em vários espaços sociais de atores comprometidos na luta pela democracia.

Aspectos econômicos do país, sob influência das crises internacionais dos anos 1970, incidiram negativamente sobre uma parcela significativa da população brasileira. A taxa de crescimento do Brasil caiu de 14%, em 1973, por exemplo, para 8% em 1974 e 5% em 1975. O déficit da balança comercial aumentou durante o transcorrer de toda década. A taxa anual de inflação, por sua vez, que havia se mantido na faixa de 19,75% entre 1970 e 1973, atingiu o índice médio de 34,5% entre 1974 e 1975, chegando a 48% no ano de 1976. Vale lembrar ainda que o valor da dívida externa saltou de 9,5 bilhões de dólares em 1972, para 17,1 bilhões de dólares em 1974 (Werner, 2003).

No ano de 2007, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS)²⁰ publicou uma obra visando registrar as memórias de participação das Universidades e das experiências existentes em alguns municípios brasileiros sintonizados aos ideais do Movimento Sanitário Brasileiro²¹. Para este estudo, o referido conselho convidou a Doutora em Saúde Coletiva Carmen Lavras, a Doutora em História e Teoria

¹⁹ A posse de José Sarney no ano de 1985 marcou para muitos estudiosos o fim do período militar; Entretanto, aqui se considera que o processo de redemocratização somente foi concluído na promulgação da Constituição de 1988, com a ampla garantia legal dos direitos civis e políticos da população brasileira.

²⁰ O Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) surgiu durante o VI Encontro Municipal do Setor Saúde e do V Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde no ano de 1988. Seu objetivo principal era de congregar os Secretários Municipais de Saúde em torno da Defesa dos ideais do Movimento pela Reforma Sanitária (Paim, 2008).

²¹ Também são utilizados outros termos para designar este movimento como: Movimento pela Reforma Sanitária, Movimento Sanitário, Reforma Sanitária, etc.

Literária Sonia Prieto e o Doutor em História Econômica Vicente Contador. Estes afirmam que:

A sociedade civil brasileira jamais esteve apática e nem impotente ante o regime autoritário-militar, uma vez que ela foi responsável pela geração de fatos decisivos para o desenrolar da abertura política e da posterior evolução política do País para um regime democrático. Com efeito, vários fatos políticos e sociais foram determinantes para o desencadeamento do processo de abertura política, para o fim da ditadura militar e para a posterior redemocratização do Brasil (CONASENS, 2007: 26).

A citação anterior, no entanto, merece uma ressalva na medida em que a sociedade civil brasileira era constituída por diversos setores. Esta fragmentação social e de interesses permitiu que existissem setores inconformados com a ditadura militar brasileira, e muitos grupos, inclusive de empresários e dos meios de comunicação, que apoiavam o regime. Para a citação, vale menção corretiva de que uma parcela da sociedade civil não esteve apática e não a totalidade dela.

A crise econômica dos anos 1970 afetava o cotidiano das pessoas com o desemprego e com a desvalorização dos salários do proletariado frente à inflação galopante, gerando assim combustível para movimentos em torna das lutas pela redemocratização do país:

Dado que um dos fundamentos do modelo econômico do regime autoritário militar era a contínua depreciação do salário-mínimo, com o conseqüente arrocho dos salários dos trabalhadores, há também, em agosto de 1978, o manifesto, anexado a 1,3 milhão de assinaturas, que o Movimento Custo de Vida, ligado às Comunidades Eclesiais de Base da Igreja Católica, entrega no Palácio do Planalto, reivindicando, entre outras coisas, um abono emergencial de 30% para todos os trabalhadores e o congelamento dos preços de gêneros de primeira necessidade (CONASENS, 2007: 27).

Nos anos 1970 é possível assinalar exemplos da luta contra a ditadura militar. No ano de 1974, por exemplo, aconteceu em São Bernardo do Campo, SP, o congresso dos trabalhadores metalúrgicos da referida região, onde ocorre a divulgação da Carta de São Bernardo que exigia o direito de greve e defendia a autonomia do sindicato dos metalúrgicos com relação à estrutura sindical vigente desde a instauração do regime autoritário militar em abril de 1964. No ano seguinte, em 1975, ocorre um culto ecumênico em celebração ao sétimo dia do falecimento do jornalista Wladimir Herzog, que foi torturado até a morte nas celas do II Exército em São Paulo. O culto reúne aproximadamente oito mil pessoas na Catedral da Sé, configurando-se talvez na primeira

manifestação pública contra a ditadura militar após o AI-5 e num impulso à ampliação de alianças contrárias a ela (Moraes, 2001; CONASENS, 2007).

Quando da instauração do regime militar, os partidos de oposição aos militares foram postos na condição de ilegalidade, que perceberam segundo Daniel Aarão Reis, no movimento estudantil, uma forma de atuação política. Maria Paula Araújo ressalta a participação relevante dos estudantes na luta contra a ditadura e considera este um espaço que refletia os debates da esquerda, recebendo influência de várias tendências políticas. O primeiro bloco de estudantes seria representado pela Ação Popular, que era parcialmente apoiada pelo Partido Comunista Brasileiro (PCB) e Partido Comunista Brasileiro Revolucionário e preconizava a denúncia em torno das políticas gerais e a atuação nas manifestações nas ruas. O segundo bloco seria representado pelos dissidentes da Organização Revolucionária Marxista- Política Operária, que centralizava sua atenção nas lutas reivindicatórias e na organização de mobilização nas escolas e universidades. A referida pesquisadora aponta relatos estudantis que criticam essa tendência dos movimentos de esquerdas transformarem o movimento estudantil em partido, uma vez que as tensões políticas eram enfrentadas nas disputas de diretórios (Nascimento, 2007; Reis, 2005).

O ano de 1978 é repleto de acontecimentos que se destacam pelos efeitos que acabariam influenciando decisivamente no ocaso do regime autoritário-militar. Em fevereiro, é criado, no Rio de Janeiro, o Comitê Brasileiro pela Anistia que, num encontro nacional, pedia por uma anistia “ampla, geral e irrestrita”. De maio a julho do mesmo ano, iniciam-se as já mencionadas paralisações dos operários metalúrgicos de São Bernardo do Campo, que acabaram desencadeando, repita se, a maior onda de greves em quase todo o País desde a implantação do regime autoritário-militar, colocando em xeque a política de controle dos sindicatos por meio de diretores pelegos e a política de arrocho salarial ainda mantida por Geisel. Esse movimento grevista fez com que os empresários tivessem que restabelecer, a contragosto, negociações diretas com os trabalhadores depois de 14 anos de postura intransigente (CONASEMS, 2007 -26,27).

Ainda na década de 1970, durante mandato de Figueiredo, dois eventos são significativos para a reflexão sobre o processo de redemocratização brasileiro. Um destes foi o fim do AI-5 em janeiro de 1979 e, no mês de agosto do mesmo ano, a sanção da Lei da Anistia. Tais ações permitiram o retorno ao país de alguns líderes políticos exilados, como Darcy Ribeiro, Leonel Brizola, Luis Carlos Prestes e Miguel Arraes.

A fragilidade econômica e social aqui diagnosticada refletia na condução das políticas de saúde. Em agosto de 1972 ocorre a mudança do Ministério da Saúde do Rio de

Janeiro para Brasília, assume enquanto ministro o Dr. Mário Machado de Lemos, ex-secretário de Saúde do Estado de São Paulo, que deu um tom tipicamente sanitarista-campanhista, privilegiando o combate às doenças infecciosas e parasitárias, a melhoria da produtividade dos estabelecimentos hospitalares e a definição de uma política nacional de alimentação. Conforme assinala um documento do CONASENS:

Entre todos os países americanos, o Brasil continuaria sendo um dos que menos investia em saúde, ficando à frente apenas do Equador e do Haiti. Conforme dados estatísticos fornecidos pela Organização Pan-Americana de Saúde em *Las Condiciones de Salud en las Américas*, Washington, 1974, o montante destinado pelo governo Médici à Saúde pública em 1972 perfazia 1,33 dólares por habitante/ano (CONASENS, 2007: 34).

No ano em que ocorreu o golpe militar (1964) o governo federal gastou 3,65% do orçamento com a prestação de serviços de saúde e em 1974, este era de apenas 0,9% (Galache, 1979:159), o que corroboram com o entendimento de Sarah Escorel, Flávio Edler e Dilene Nascimento (2008) de que durante o período militar a saúde pública brasileira foi relegada a um “segundo plano”. Se por um lado os valores gastos com a saúde decresciam, a população brasileira aumentava, e junto com ela, graves problemas de saúde, em grande parte reflexo das condições sócio- econômicas a que estavam submetidas. A 25ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência - SBPC, realizada em julho de 1973 no Rio de Janeiro aponta que entre os anos de 1963 e 1973, a mortalidade infantil no Brasil vinha crescendo, sendo algumas de suas principais causas a desnutrição, as doenças infecciosas (diarréia, sarampo e varíola, por exemplo), as parasitoses e complicações do parto. No mês de fevereiro de 1974, o Ministério da Saúde informava que a taxa média de mortalidade na faixa de 0 a 4 anos em todo o país era de 33,78% por mil habitantes. Naquele momento, os estados que então apresentavam maior taxa de mortalidade de crianças até 4 anos eram Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba e Alagoas. Os estados do Rio de Janeiro e da Guanabara possuíam a menor taxa, ambos com 23,06%, entretanto ainda elevadas (Torloni, 1979).

Sérgio Arouca em um de seus apontamentos sobre a situação da saúde brasileira na década de 1970, afirmou que:

O setor saúde encontra-se em crise de realização decorrente do baixo impacto e alto custo do atual conhecimento médico. [...] A medicina contemporânea caracteriza-se pela crescente densidade de capital, exercida por agentes altamente especializados, diversificados e prestigiados, em que cada vez mais o ato médico

se transfigura na técnica e no instrumento, provocando uma baixa cobertura populacional. [...] O setor saúde possui como fator preponderante o diagnóstico e a terapêutica, e centra suas ações sobre o 'complexo de efeitos', reproduzindo constantemente uma população necessitada de serviços médicos (Arouca, 1975: 17-19).

1.4 Movimento pela Reforma Sanitária: a democratização na Saúde

O movimento da Reforma Sanitária nasceu dentro da perspectiva da luta contra a ditadura, da frente democrática, de realizar trabalhos onde existiam espaços institucionais. Na área da saúde, existia a ideia clara de que não poderíamos fazer disso uma esquizofrenia, ser médico e lutar contra a ditadura. Era preciso integrar essas duas dimensões. O espaço para essa integração era o da Medicina Preventiva, movimento recém-criado no Brasil, que começou na Escola Paulista de Medicina, em Ribeirão Preto, e na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). A ideia era que o Sistema de Saúde não precisava mudar em nada, que se poderia deixar as clínicas privadas e planos de saúde como estavam e que bastava mudar a mentalidade do médico (Arouca, 2002).

A terminologia 'Reforma Sanitária' foi utilizada pela primeira vez no país em referência à reforma sanitária italiana. Na Itália, a 'Riforma Sanitaria' teve origem com a Lei de Nº 833 no ano de 1978 que viria a criar a Istituzione Del Servizio Sanitario Nazionale. Houve uma convergência entre as mudanças teórico-conceituais acerca das concepções sobre as relações entre saúde, Estado e sociedade e as lutas por liberdades democráticas contra o regime militar, que confluiu para a formulação e tradução operacional da Reforma Sanitária Brasileira. No ano de 1986, na dissertação de Sarah Escorel, orientada por Sergio Arouca, encontra-se pela primeira vez referência à Reforma Sanitária enquanto proposta de ação política ao que se denominou como Movimento Sanitário²² (Escorel, 1998).

Para Jairnilson Silva Paim, o entendimento em torno da Reforma Sanitária deve ser visto com olhar histórico, considerando que o próprio movimento se modifica com o passar do tempo. Nesta direção, sugere um olhar que considere a Reforma Sanitária enquanto ideia-proposta-projeto-processo. Inicialmente, a Reforma Sanitária emerge apenas enquanto uma ideia, estruturado numa prática teórica e política. Nesta direção, Paim afirma que a

²² Esta dissertação tornou-se um livro e neste, uma nota de rodapé de Sergio Arouca sobre o Dilema Preventivista enumera que além de Movimento Sanitário, há também outras denominações como "movimento pela reforma sanitária" ou "movimento da reforma sanitária". Para ele, estes termos poderiam ser utilizados indistintamente. ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde: Origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

fundação da Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) “poderia ser considerada a expressão síntese entre as práticas teóricas e política” (Paim, 2008:172). Um segundo momento seria a Reforma Sanitária enquanto proposta, quando há uma transformação do que estava sendo debatido no âmbito das ideias para um fenômeno propositivo. O terceiro momento seria a Reforma Sanitária enquanto Projeto, e neste sentido, o melhor exemplo seria o relatório produzido ao final da VIII Conferência Nacional de Saúde. O quarto momento seria a Reforma Sanitária enquanto um Processo. Segundo Paim, esse “processo envolve um conjunto complexo de práticas (inclusive práticas de saúde) que integram a totalidade social, não se esgotando nas práticas teórica, política e ideológica” (Paim, 2008:172). Perpassando todos estes momentos e conjunturas, permanece a ideia de Movimento, enquanto um processo de atuação social, cultural, político e ideológico (Paim, 2008).

Portanto, a Reforma Sanitária, enquanto proposta foi resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Transformou-se em projeto a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde e desenvolveu-se como processo desde então, especialmente com a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Pode-se afirmar que a Reforma Sanitária é, simultaneamente, uma proposta, um projeto, um movimento e um processo (Paim, 2008:173).

Nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde, o termo Reforma Sanitária foi empregado para se referir ao coletivo de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Sob o lema ‘Saúde é Democracia’, os atores sociais coletivos envolvidos nesta conferência apontavam para mudanças que não compreendiam unicamente o sistema, mas sim todo o setor saúde. Os debates promovidos pelos Departamentos de Medicina Coletiva, Sindicatos dos profissionais de saúde, das Associações de Moradores, entre outras organizações da sociedade civil confluíram para uma nova ideia na qual a saúde só poderia ser obtida com a melhoria das condições de vida da população (Brasil, 2011; Mattos, 1989). Vale mencionar que no início das articulações entre estes vários setores do movimento social, o movimento pela reforma sanitária não possuía uma denominação específica. Basicamente eram de pessoas de origens e formações diversas com ideais semelhantes para o campo da saúde.

Entre as diversas forças sociais de resistência à ditadura militar incluem-se grupos com formação universitária, a maioria na área das Ciências Médicas e Biológicas, as quais, numa aproximação com as Ciências Sociais, passaram a compor, em meados da década de 70, os Departamentos de Medicina Preventiva e Social de algumas universidades brasileiras. Embora as universidades estivessem vivendo sob uma experiência de repressão ainda em meados dos anos 70, esses Departamentos constituíram-se em espaços de discussão da Saúde Pública estreitamente interligada com a questão social. Bravo (1996) ressalta que foi um momento de mobilização dos profissionais de saúde em torno dos interesses coletivos, com a participação das entidades representativas.

Sarah Escorel, Flávio Edler e Dilene Nascimento (2008) afirmam que três correntes de pensamento predominavam nos Departamentos de Medicina Preventiva acerca do pensamento sanitário: o liberal, o racionalizador e o médico-social. Para estes autores, a corrente do pensamento racionalizador, opôs-se ao modelo liberal, de modo a articular entre universidades e secretarias de saúde projetos experimentais diversos, que serviriam de base para a intervenção posterior do pensamento médico-social (Escorel, Edler e Nascimento; 2008).

A emergência de um pensamento em Saúde Pública baseado numa teoria médico-social apresentou como marco importante no país a defesa de duas Teses de Doutorado no ano de 1975: O Dilema Preventivista, de Sérgio Arouca e, Medicina e Sociedade de Cecília Donnangelo. Essa nova abordagem se torna conhecimento relevante, reconhecido academicamente, difundido e propagado, e aponta para o entendimento de que o processo saúde-doença não se processa somente pelas influências biológicas ou ambientais, mas também pelas questões econômicas, sociais e culturais a que os indivíduos estão submetidos. Nesta direção, a democracia é condição essencial para que a saúde seja realidade na vida dos brasileiros.

Alguns autores importantes consideram que há um marco nessa história da nova abordagem de saúde, que foi dada pela tese de doutorado do Sérgio (o Dilema Preventivista), onde ele faz toda uma análise crítica justamente da medicina preventiva, do movimento preventivista; e pela tese da Cecília Donangelo em que ela faz uma análise do trabalho médico. Então o Jairnilson Paim considera que ali tem um corte: em 1975, com essas duas teses, se inaugura um novo campo disciplinar, que era chamado primeiro de Medicina Social e depois de Saúde Coletiva – que até veio a dar esse nome diferente dos outros países da América Latina, é uma coisa única em termos do panorama internacional, um novo campo disciplinar chamado Saúde Coletiva (Escorel, 2005).

No âmbito dos debates acerca da saúde, o movimento estudantil também assumiu um papel essencial na difusão de novas ideias e de certa maneira, contribuiu para que diversos jovens estudantes incorporassem essa nova maneira de ver a saúde. Dois eventos importantes podem ser mencionados: as “Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária”, organizadas pela primeira vez no ano de 1974, e os “Encontros Científicos dos Estudantes de Medicina”, com destaque para os realizados entre 1976 e 1978. Estes eventos foram importantes na medida em que estes espaços foram praticamente ignorados pela repressão militar, que não identificava o caráter político de suas discussões.

Vale menção ainda aos descontentamentos existentes entre os médicos residentes que trabalhavam sem registro no documento da Carteira Profissional e com jornadas de trabalho consideradas excessivas na época (CONANSENS, 2007). No ano de 1976 surge o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), responsável pela publicação ‘Saúde em Debate’, enquanto importante espaço de difusão dos ideais do movimento sanitário, conforme afirma em depoimento oral Sarah Escorel:

O Cebes foi criado com esses dois objetivos: conseguir juntar as pessoas que estavam fazendo estudos, pesquisas e pensando dessa outra forma, e ao mesmo tempo em que ele teve uma ação política, uma intervenção política no sistema de saúde – coisa que as outras correntes de pensamento na área da saúde não faziam, as ações políticas estavam mais ligadas a movimentos corporativos, numa época em que a ditadura estava terrível. Embora no Governo Geisel já houvesse uma certa distensão, havia um cerceamento importante do pensamento acadêmico (Escorel, 2005).

Para Sérgio Arouca, “nascia Saúde em Debate, não o Cebes. Isso porque o Cebes emerge inicialmente como forma de permitir que a revista seja lançada. A ideia seria de que houvesse “uma revista que pudesse ser veículo de todo esse pensamento crítico na área da saúde era necessário ter uma instituição que a viabilizasse” (Escorel, 1998:75). Entretanto, o Cebes não só publicava a revista, mas também promovia encontros, mesas-redondas, debates e reuniões nas quais se discutiam diferentes aspectos do setor saúde. Para Sérgio Arouca o Cebes era como “um centro de estudos que organiza debates sobre planejamento familiar, Previdência Social, medicamentos. Começa a transformar figuras do pensamento crítico na área da saúde - como Gentile de Mello e Mário Vítor de Assis Pacheco - em nacionais a partir da divulgação desse trabalho. E, começa a se transformar efetivamente num centro de estudos” (Escorel, 1998:77).

O direito à saúde implica o reconhecimento de que todas as cidadãs e todos os cidadãos, sem exceção, têm as garantias universais da saúde. Os movimentos sociais dos anos pré-constituição, na área da saúde, visavam um novo paradigma e uma nova forma de considerar a questão da saúde, coletiva e individual, como direito e como questão de todos, sobre a qual os sujeitos implicados tomam decisões. A participação é posta enquanto uma nova articulação de poder, com envolvimento de todos, na transformação dos atores passivos em sujeitos ativos, dos atores individuais em atores coletivos.

Reivindicava-se a aplicação dos recursos públicos em infra-estrutura de água e esgoto, construção de moradias, equivalência salarial na prestação da casa própria, regularização e urbanização dos loteamentos, saúde pública e liberdade política (Porto, 1995: 59).

No Rio de Janeiro, no final dos anos 70, houve uma significativa ampliação dos movimentos populares. Em 1980, “havia cerca de 200 associações de bairro e 350 associações de favelas” (Boschi e Valladares, 1987). Emerge ainda, a Coordenação Nacional de Associações de Moradores (CONAM), que deveria simbolizar a referência em nível nacional dessas reivindicações. Os dirigentes das Associações de Moradores, quando em espaços de debate, apresentavam constantemente seus descontentamentos com a situação da Saúde Pública brasileira naquele momento, em especial da morbidade existente nas periferias e favelas cariocas. No campo das lutas pela saúde no contexto dos movimentos populares e de associações de moradores, postula-se como marco o 1º Encontro Popular pela Saúde, realizado no mês de setembro de 1980, na Cidade de Deus (Rio de Janeiro). Este encontro foi constituído pela Federação de Associação de Moradores do Rio de Janeiro (FAMERJ), em articulação com o Sindicato dos Médicos (SINMED) e outras entidades de saúde, entre elas o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). O referido encontro obteve um quorum de aproximadamente 3.000 participantes originados pelo menos de 100 comunidades/favelas. Vale menção sobre a participação das secretarias municipais e estaduais (Rio de Janeiro) de saúde, da pastoral da saúde, das entidades estudantis, dos partidos políticos, entre outros atores sociais. É a partir deste encontro que no movimento popular²³ começa a se desenvolver uma concepção mais ampla de saúde, inclusive apontando para a compreensão de que a concentração de renda gera uma elite privilegiada que concentra também a saúde (Mattos, 1989).

²³ O estudo aqui contemplou apenas as dinâmicas entre movimentos associativos de bairros e Saúde Pública no âmbito do Estado do Rio de Janeiro;

O Primeiro Encontro Popular pela Saúde teve dois objetivos principais: o primeiro seria a efetivação de um espaço de troca de experiências dos diversos atores sociais que lutavam pela melhoria das condições de saúde nas áreas pobres da cidade e, em segundo lugar, reunir os esforços coletivos visando organizar uma grande manifestação a fim de pressionar o Poder Público para serem atendidas as reivindicações das várias associações de moradores de bairro e favela (Bravo, 1996b:173).

Albertina Mattos aponta que uma das características do 1º Encontro Popular pela Saúde na Cidade de Deus foi a pressão, tanto por parte dos Sindicatos dos Médicos como dos dirigentes das Associações de Moradores pela participação da população nos rumos da Saúde Pública brasileira (Mattos, 1989).

O ciclo da ditadura militar no Brasil foi encerrado no governo do General Figueiredo, tendo seu mandato iniciado em 1979, e com término em 1985 após eleições indiretas que conduziram Tancredo Neves²⁴ à Presidência da República. O agravamento da crise na Previdência Social e o fracasso da implementação do Prev-Saúde corroboraram para o acirramento da contestação popular ao sistema de saúde nacional vigente à época. O Prev-Saúde, inspirado em programas de Atenção Primária, uma das primeiras formulações em âmbito governamental que propunha um serviço integrado de saúde, com preceitos da Atenção Primária, organizado regionalmente e de modo hierarquizado, o referido plano nunca foi lançado oficialmente por conta de pressões de setores privatistas da saúde brasileira (Escorel, Edler e Nascimento, 2008). É neste contexto que é criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária – CONASP. O referido Conselho foi criado em setembro de 1981 enquanto um órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social de modo a atuar como organizador e racionalizado da assistência médica, sugerindo critérios para alocação de recursos previdenciários e recomendando políticas de financiamento (Escorel, Edler e Nascimento, 2008).

O Projeto é inspirado nas ideias emanadas da Conferência de Alma Ata, em 1978, em que vários países acordaram ser a atenção primária e a participação comunitária a melhor maneira de se atingir a meta – Saúde Para Todos no ano 2000 – e, em algumas experiências focais brasileira, como o Projeto Montes Claros e o PIASS (Sayd, Junior e Velandia, 1998: 184)

²⁴ Por conta de seu falecimento antes do dia da Posse, José Sarney, então vice na Chapa de Tancredo Neves assume o posto de Presidente da República.

No ano de 1982 foi lançado o Plano CONASP: Plano de reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Assistência Social, que resgatou alguns princípios existentes no Prev-Saúde. Vale destacar o direcionamento proposto pelo Plano CONASP no que se refere à implementação do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que se transformou nas Ações Integradas de Saúde (AIS) (Escorel, Edler e Nascimento, 2008).

Na Cidade do Rio de Janeiro, a implantação das AIS sinalizavam possibilidades de participação da população nas decisões sobre a saúde. No ano de 1983, a Prefeitura dividiu a cidade em Áreas Programáticas (AP) de modo a organizar seus serviços, inclusive, os da saúde. Neste mesmo movimento, foram criados os Grupos Executivos Locais²⁵ (GEL), que contavam com a participação dos diretores e funcionários das unidades hospitalares e de representantes das Associações de Moradores. Houve ainda naquele momento, a proposta pela Prefeitura de criar os Conselhos Comunitários de Saúde, organizados por Bairros (Mattos, 1989).

A localidade de Manguinhos, centro deste estudo, estava localizada na área da GEL da AP3. Segundo Raquel do Abrantes Pêgo “já nas primeiras reuniões da criação do GEL da AP3, a questão das formas de participação popular dividiam comunidade e governo” (Pêgo, 1993:32). A proposta dos representantes das associações de moradores era de que as assembléias realizadas no contexto do GEL fossem abertas a todos. Numa destas reuniões da AP3, estavam presentes representantes de 15 associações de moradores da região da Leopoldina e gestores de várias unidades de saúde, entre eles a representação da UTGSF/Fiocruz e de agentes de saúde²⁶ de Manguinhos (Pêgo, 1993:32).

Discorrendo sobre as reuniões do GEL, Raquel do Abrantes Pêgo baseada em afirmações de Victor Valla, afirma que nas reuniões muitos representantes eram contra participações institucionalizadas, tendo o entendimento de que aquele era um espaço para “veicular queixas da comunidade” e desta maneira, “quanto mais gente participasse, melhor (Pêgo, 1993:32).

Nos anos que se seguiram, na AP3, o GEL aglutinou uma diversidade de movimentos sociais e representantes de órgãos e unidade públicas. Em Manguinhos, as reuniões corroboraram a aproximação ainda maior dos representantes das associações de

²⁵ Cada Área Programática possuía seu Grupo Executivo correspondente.

²⁶ Por ocasião desta reunião, os referidos agentes atuavam de maneira voluntária em Manguinhos.

moradores das favelas com a Direção da UTGSF. Entretanto, em 1988, Raquel do Abrantes Pêgo identifica um esvaziamento nas reuniões (1993:32).

Para o Dr. Fernando William, diretor do CMS da Xª RA, a participação reduzida da comunidade ocorre, entre outras razões, pela falta de respostas às reivindicações imediatas e pela dificuldade de se ter representantes de saúde na comunidade. Procurou ressaltar a importância dos Conselhos de Saúde, como solução intermediária para a população discutir os problemas de saúde (Pêgo, 1993:33).

Reafirma-se o entendimento de que o Projeto de Saúde Comunitária implementado em Manguinhos no ano de 1986 estabelecia-se com fundamentos oriundos dos debates existentes no seio do Movimento da Reforma Sanitária. Conforme se menciona nos capítulos seguintes, a seleção, treinamento e atuação das agentes estavam impregnados de elementos da educação popular, cujo entendimento sobre o processo de saúde-doença contemplaria também os aspectos sociais e econômicos.

No ano de 1989, Karen Giffin e Tizuko Shiraiwa publicaram um artigo na qual relataram a experiência do Projeto de Saúde Comunitária empreendida conjuntamente entre o Unicef e a UTGSF. Neste artigo, as referidas autoras apontam para a necessidade de redefinições quanto ao modelo de atenção à saúde, e sugerem apreensões quanto ao projeto de Manguinhos.

No momento em que a efetivação da Reforma Sanitária exige uma definição de novos modelos na prestação de serviços e na formação de recursos humanos, acreditamos ser de grande importância a análise de experiências como esta, que traçaram os seus caminhos através da ação concreta, junto à população atendida (Giffin e Shiraiwa, 1989:24).

Nesta direção, Karen Giffin e Tizuko Shiraiwa defendem que o “movimento político em marcha abre espaços para novas propostas e legítima, cada vez mais, a voz dos usuários” (Giffin e Shiraiwa, 1989:43). Desta forma, as autoras acreditam que aquele momento histórico exigia propostas que contribuíssem para a saúde e o desenvolvimento social das populações tradicionalmente marginalizadas, de modo que estas viessem a se fortalecer como sujeitos da ação. Para que tal processo se concretizasse, as referidas autoras identificavam como necessários uma mudança nas dinâmicas de ensino-aprendizagem até então empreendidos e uma modificação a ser conduzida, tanto na equipe dos profissionais de saúde como nos indivíduos atendidos pelo serviço de saúde.

1.5 Manguinhos: o lugar de atuação dos agentes comunitários

A pesquisa aqui proposta apresenta como delimitação espacial o território de Manguinhos, que possui uma identidade construída historicamente de modo atrelado ao termo favela. A historiografia brasileira, em especial aquela produzidas no Rio de Janeiro, tem se ocupado bastante nos últimos vinte anos em estudar tal temática. Como ressaltam Tania Maria Fernandes e Renato Gama-Rosa (2009), são historiadores, geógrafos, cientistas sociais, urbanistas que se debruçaram, e ainda debruçam, na construção de análises sobre estes grupos populacionais tão heterogêneos como Alba Zaluar, Cristóvão Fernandes Duarte, Guida Nunes, Lígia do Prado Valladares, Luiz Antonio Machado da Silva, Marcelo Burgos, Márcia Pereira Leite, Marcos Alvito, Regina Novaes, Sergio Magalhães, Vitor Valla. As definições partilhadas nestes estudos são tão distintas quanto o caráter heterogêneo das favelas. O pesquisador Marcelo Burgos aponta que “a polissemia do termo favela reflete sua condição de categoria social central na disputa pelo significado da ideia de cidade. Ou seja, o sentido da palavra favela está umbilicalmente ligado à noção de cidade, a qual, por seu turno, varia conforme a posição social de quem a define” (Burgos, 2009: 52).

Nesta direção, a definição do que é uma favela, inclusive da validade do termo envolve um debate bastante presente hoje nas áreas das ciências sociais²⁷. É relativamente complexo definir o que é uma favela, uma vez que este termo abrange localidades distintas entre si e permanentemente sujeitas a transformações. Tal problema se agravaria a partir das transformações das últimas décadas, que impediria de definir a favela a partir do que lhe falta (o tradicional ‘comunidade carente’), porque muitas favelas cariocas conseguiram, seja por conta das reivindicações da população local, seja por investimento do Estado (ou de ambos), ter acesso a uma oferta de serviços públicos. Estes serviços, por sua vez, se levados em conta a qualidade de implementação/ação são distintos não somente de uma favela para outra, onde dentro de uma mesma favela são encontradas diferenças. Deste modo, o que define uma favela não pode continuar a ser uma suposta ausência de serviços públicos (Brum, 2006).

²⁷ Valladares (1999); Silva(2002); Zaluar (2004).

Retomando o território de Manguinhos, pode-se afirmar que este território foi sendo constituído de maneira não planejada (e na maioria dos casos não autorizado) pelos gestores públicos. Nesta direção, assim como observou Marcos Alvito ao estudar a Favela de Acari, Manguinhos nos anos 1980 era um conjunto de localidades ou comunidades que possuíam histórias que em alguns aspectos se assemelhavam e em outros se distinguiam (Fernandes e Costa, 2009). Em Acari, Alvito observou que a referida favela era constituída por quatro localidades distintas, mas que nas falas dos moradores apareciam sempre como pertencentes à ‘Acari’ (Alvito, 2006:185). Parque Acari, Parque Coroado e Vila Esperança foram as primeiras identificadas por Marcos Alvito em seu estudo, que no decorrer deste constatou também a interação/integração dos moradores do Conjunto Habitacional Amarelinho ao todo ‘Acari’. Este último, por sua vez, aparece nos estudos de Alvito, como integrante de Acari, mas que nas falas dos moradores se sentiam “menos favela” que as demais localidades (Alvito, 2006:184).

Manguinhos nos anos 1980 era composto pelas seguintes localidades: Parque Oswaldo Cruz ou Amorim; Vila Turismo; CHP2 e Parque Carlos Chagas ou Varginha. Os números quanto à população existente divergiam, tendo a UTGSF atuado naquele momento com uma projeção populacional entre 20 e 30 mil habitantes. As localidades Vila União e Conjunto dos Ex-Combatentes, apesar de fazerem parte nos anos 1980 da área de abrangência de atuação da UTGSF, estavam (e estão) localizadas no Bairro de Benfica. No final dos anos 2000 passaram a ser incorporados como pertencente ao Complexo de Manguinhos, principalmente como estratégia política para a inclusão da localidade às intervenções urbanísticas do Programa de Aceleração do Crescimento (Fernandes e Costa, 2009). A designação ‘Complexo’ surge nos anos 2000, normalmente atrelado a um olhar do aparelho repressivo-policial. Marcos Alvito, durante sua pesquisa em Acari, verifica que a designação ‘Complexo de Acari’ remeteria a uma área geográfica dominada por um determinado traficante ou facção criminosa (Alvito, 2006:184).

Em alguns documentos sobre a atuação dos agentes de saúde em Manguinhos é comum encontrar referências à Manguinhos atrelado ao termo comunidade, comumente associada às favelas cariocas e criticada por alguns autores. Anthony Leeds, por exemplo, pontua que por vezes esta associação é uma transposição do termo utilizado pelos cientistas sociais norte americanos nos chamados “estudos de comunidade” que operavam num olhar

em localidade interioranas, rurais, e que tal transposição não contemplaria as especificidades das favelas cariocas (Leeds, 1978). No entanto, Marcos Alvito, Tania Maria Fernandes e Renato Costa sinalizam esta problemática, mas adotam o uso de “comunidade” para se referirem às localidades por eles estudadas enquanto incorporação das falas dos próprios moradores ao se referirem aos locais onde moram (Fernandes, 2009; Alvito, 2006). Sendo assim, quando aqui aplicado o termo comunidade para se referenciar à Mangueiras, este se dá por uma transposição das falas dos atores sociais estudados.

Marcelo Burgos ao estudar Rio das Pedras, lança um olhar comparativo com os estudos de Nibert Elias acerca dos Estabelecidos e *Outsiders*, sinalizando que “numa favela, a mudança de lugar no território tende assegurar uma mudança na escala social, pois o lugar social está objetivado no espaço, que se converte, ele mesmo, em fonte de disputa simbólica entre os moradores” (Burgos, 2002:46). Isto reflete um processo de diferenciação social presente nas favelas cariocas, que é identificado também em Mangueiras. Por vezes, as residências mais bem situadas nas vias principais ou mais próxima da área urbana, construídas de alvenaria e com acabamento são habitadas por moradores financeiramente superior aos que moram no ‘interior’ da comunidade, nas beiras dos rios e nas encostas, cujas habitações são construídas à partir de madeira e materiais mistos. Nesta direção, o deslocamento habitacional de um morador dentro da própria comunidade reflete, na maioria das vezes, uma ascensão ou decadência socioeconômica.

O surgimento dos primeiros aglomerados urbanos, sem infra-estrutura à parte do poder público, remonta no Rio de Janeiro, ao século XIX, mas é, no entanto, no século XX que as favelas ‘entram realmente em cena’ e passaram a compor as cidades, mesmo que observadas pelo Estado e pela sociedade como espaços vazios e distantes. Enquanto os cortiços e habitações insalubres vão sendo escondidos ou destruídos, a população destes vai ocupando encostas de morros e terrenos vazios (Zaluar e Alvito, 2004). Durante quase todo o século XX e adentrando o século XXI, as cidades brasileiras, em especial o Rio de Janeiro, puderam vislumbrar sua conformação em dois grandes blocos. De um lado, a parte legal juridicamente constituída. Do outro, a favela, fora dos padrões estabelecidos pelo primeiro, distinto no formato estrutural e marcado pela precariedade e ilegalidade situado na periferia espacial e geográfica e, submetida a um processo de marginalização social, econômica e política. A cidade legalizada contemplou o crescimento das favelas, tão

conhecidas pelos noticiários, que por muito tempo mantiveram-se ignoradas e expressas formalmente como manchas brancas nos mapas das cidades (Fernandes e Costa, 2009). A formação destes blocos simboliza como ressalta Cristovão Duarte, o estabelecimento de “uma espécie de pacto de invisibilidade” como resultado de um “misto de tolerância e indiferença” à pobreza urbana concentrada nestes espaços (Duarte, 2008:31).

Manguinhos, território desta pesquisa pôde ser, por muitos anos, apontado como mais uma região ‘invisível’ da sociedade carioca, uma “mancha branca” nos mapas da cidade do Rio de Janeiro. Isso pode ser identificado quando na abordagem da história do que hoje se entende por Manguinhos. As diversidades quanto às formas de ocupação, povoamento e uso do solo quando postas temporalmente permitem vislumbrar a conformação de sub-localidades, que neste processo acabaram por constituir identidades distintas, tornando Manguinhos um verdadeiro mosaico, como aponta Tania Maria Fernandes e Renato Costa (2009).

A primeira localidade a ser povoada/ocupada foi a do Parque Oswaldo Cruz, também conhecida entre seus moradores pelo nome Amorim, uma vez que na localidade existiu uma Fazenda de propriedade da família de sobrenome Amorim. Tania Fernandes e Renato Costa identificaram três movimentos/maneiras distintos de ocupação. O primeiro deles sob a lógica de povoamento do subúrbio carioca, um segundo, paralelo ao assentamento de trabalhadores do então Instituto Oswaldo Cruz (atualmente a Fiocruz) e o terceiro na lógica de ocupação e uso do solo do que hoje se reconhece como favela (Fernandes e Costa, 2009).

Nos anos 1940, a localidade conhecida como Parque Carlos Chagas ou Varginha é povoada, guardando uma relação com a construção de vias de acesso com a Avenida Brasil e o projeto do conjunto Parkway Faria-Timbó, na gestão do prefeito Henrique Dodsworth (1937-1945), o qual só foi parcialmente executado, com aterramento de alguns manguezais e redirecionamentos de rios (Fernandes e Costa, 2009).

As Comunidades Parque João Goulart e CHP2 (Conjunto Habitacional Provisório II) são localidades que trazem no seu processo de ocupação o caráter de provisoriedade. Durante as décadas de 1960 e 1970, essas localidades receberam moradores oriundos de remoções promovidos pelo Poder Público, com construções produzidas em sua grande maioria de madeira, mantendo assim o *status* de provisoriedade destinado a estes locais

(Fernandes e Costa, 2009). A introdução da alvenaria para a construção de habitações em Mangueiras somente seria permitida e incentivada a partir do ano de 1983, enquanto uma estratégia marcadamente populista de aproximação de políticos aos moradores das favelas cariocas.

Ao se atribuir a uma localidade a categoria favela, se faz necessário então tecer reflexões quanto aos significados e representações que este termo incorpora. Conforme já mencionado, a definição do que seja uma favela é sobretudo complexo devido ao universo heterogêneo que este termo pode agregar. Para muitos pesquisadores sociais, as abordagens sobre as favelas cariocas se processaram sob uma lógica da dualidade entre a parte legal, constituída pela cidade propriamente dita e a parte ilegal da cidade, constituída no final da segunda metade do século XIX pelos cortiços e assumida pelas favelas no decorrer do século XX. Configura-se uma semelhança ao olhar lançado por Euclides da Cunha sobre a dualidade por ele identificada do sertão versus o litoral, como analisado por Nísia Trindade:

Considero a obra de Euclides da Cunha como um marco na abordagem dos contrastes nacionais e na percepção de conflitos e antagonismos como característica do processo de formação histórica e da reflexão intelectual sobre o país (Lima, 2010).

A obra de Euclides da Cunha além de marcadamente influenciar outros trabalhos numa abordagem das dualidades e contradições existentes na sociedade brasileira, também corroborou para o entendimento da origem da palavra 'favela'. Não foi imediatamente que as autoridades passaram a preocupar-se com a favela, mas apenas após uma ferrenha campanha contra os cortiços instalados nas regiões centrais da Capital Federal. Nesta direção, o Morro da Favela, que antes denominava-se Morro da Providência, acaba por ter sua importância histórica na abordagem sobre as favelas quando ex-combatentes da Guerra de Canudos, tão bem abordada por Euclides da Cunha, instalam-se no citado morro no intuito de pressionar o Ministério da Guerra a pagar seus soldos em atraso. Gradualmente, na cidade do Rio de Janeiro, e especialmente através da Imprensa, o termo Favela deixou de designar o Morro da Favela para simbolizar todo aglomerado humano caracterizado por habitações em barracos, sem desenho de ruas e carentes de serviços públicos. Pesquisas apontam que apenas na segunda década do século XX o termo favela realmente ganha contornos da categoria identificatória de habitat pobre e de ocupação irregular e ilegal (Valladares, 2005: 26; Abreu, 1994: 35).

A grande maioria das pesquisas que envolvem o processo de estabelecimento da palavra favela para designar o Morro da Providencia apontam para duas possibilidades, onde uma não descarta a outra. A primeira hipótese trata-se da referência ao arbusto facilmente encontrado no município de Monte Santo na Bahia de nome favella, também encontrado em algumas áreas do terreno em questão. Outra hipótese trata de um apontamento frente à feroz resistência dos entrincheirados em Canudos. Segundo Lícia Valladares, o mito fundador da favela enquanto conceito não pode ser apenas entendido como uma alusão geográfica de Canudos ou da batalha final empreendida contra o Conselheiro, mas apoiado certamente na narrativa de Euclides da Cunha em ‘Os Sertões’ (Valladares, 2005: 29).

Lícia Valladares apresenta alguns elementos de influência da obra de Euclides da Cunha sobre os primeiros pensadores a refletirem acerca das favelas cariocas: o rápido crescimento desordenado do povoado sertanejo e das favelas; a topografia similar dos morros, cuja associação às favelas se deu por longos anos do século XX; a ausência de propriedade privada do solo seja pelo caráter coletivo de Canudos ou pela inexistência de organicidade legal nas favelas; a ausência do domínio do Estado e das Instituições Públicas (leis, polícia, etc...); a ordem política, marcada por um chefe, desalinhado com o Estado de Direito; a organização sob princípios de comunidade; o comportamento moral revoltante para o observador, normalmente caracterizado pela ausência do trabalho, pela promiscuidade e economia baseada em roubos e pilhagens; e por último, o fato do indivíduo morar numa favela ou em Canudos, era por conta própria, por um ato de escolha (Valladares, 2005: 33-35).

O aspecto da dualidade existente entre o sertão e litoral, numa abordagem de um Brasil fragmentado não é inaugurado por Cunha, pois ainda no século XVIII, José Paulino de Souza – Visconde de Uruguai pode ser apontado como um pensador do tema. Seja pelas características das similitudes geográficas e sociais entre Canudos e as Favelas cariocas, conforme citamos anteriormente, ou pelas abordagens influenciadas pelas dualidades e contradições existentes em nossa nação, Euclides da Cunha influenciou produções intelectuais tanto no período de tradição ensaística como no período de institucionalização das ciências sociais.

De maneira similar aos sertanejos retratados por Euclides da Cunha os pobres urbanos foram tratados pela República, que se instalara, numa referência às favelas do Rio de Janeiro. Manguinhos, assim como as demais favelas cariocas, presenciaram durante todo século XX a atuação do Estado através de seus serviços e ações de forma discriminatória nos ‘territórios de pobres’, mantendo a insalubridade e a precariedade que as caracterizam. O Estado se mostrou ausente, deixando a pobreza na favela “a própria sorte” (Coimbra, 2001).

Alguns os estudos sobre a favela carioca construíram uma cronologia de etapas evolutivas quanto ao surgimento e a relação da favela com o poder público. Valladares (2005) aponta que Burgos (1998), Valla (1986), Leeds & Leeds (1978) e Parisse (1969), salvo algumas diferenças de recorte por alguns anos, definem que a história das favelas cariocas passou pelos seguintes ciclos:

1ª) anos 1903 – início do processo de favelização do Rio de Janeiro e reconhecimento da existência da favela pelo Código de Obras de 1937; 2ª) anos 1940 – a primeira proposta de intervenção pública corresponde à criação de Parques Proletários durante o período Vargas; 3ª) anos 1950 e início dos anos 1960 – expansão descontrolada das favelas sob a égide do populismo; 4ª) de meados dos anos 1960 até o final dos anos 1970 – eliminação das favelas e sua remoção durante o regime autoritário ; 5ª) anos 1980 – urbanização das favelas pelo BNH (banco Nacional de Habitação) e pelas agências de serviço público após o retorno à democracia; 6ª) anos 1990 – urbanização das favelas pela política municipal da cidade do Rio de Janeiro, com o programa Favela Bairro (Valladares, 2005: 23).

De qualquer modo, nos anos 1980, num contexto de redemocratização, Manguinhos era uma favela situada num cenário histórico onde sua população carecia (e muito) de acesso aos serviços públicos. A redemocratização tornou os moradores das favelas eleitores e com isso, as políticas públicas direcionadas a estas populações eram por muitas das vezes carregadas de elementos clientelistas, identificados, por exemplo, na constituição de currais eleitorais por certos políticos nas favelas cariocas. Na Rocinha, por exemplo, os gestores do projeto empreendido pela SMDS estabeleceu que em certo momento os agentes de saúde deveriam atuar na distribuição de cestas básicas, o que na prática nunca ocorreu diante da recusa dos agentes frente a mais uma atribuição/tarefa que lhes seria imposta (Rodrigues, 1988). Este autor ressalta, ainda, que este tipo de atribuição assumiu um caráter de cooptação das lideranças comunitárias e dirigentes de Associações de Moradores, que comprometeria (mais uma vez) o livre exercício da Cidadania (Rodrigues, 1988).

A historiografia produziu conhecimento que busca desmistificar o enquadramento de uma população favelada simplesmente pelo critério de pobreza e de ausência. As formas de organização num contexto de uma favela, seja no aspecto habitacional, seja na vida comunitária ou na produção de manifestações culturais próprias, criaram saberes, hábitos, linguagens, interpretações e visões de mundo, que por vezes são distintos do que foi ensinado aos médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde. Desta forma, o processo de aproximação requer o uso de mediadores para a realidade favela e ambiente externo, construídos social e historicamente, e no caso da saúde, a figura do agente comunitário encaixa-se neste perfil.

A justificativa do papel do agente como mediador seria uma resposta a algumas críticas direcionadas ao projeto de saúde comunitária em Manguinhos. Uma destas consistia no questionamento ao uso da mão de obra de agentes comunitários, como estratégia de praticar a medicina ‘tecnicamente pobre para os pobres’. Deste modo, a aplicabilidade de tal ação somente se justificaria em uma ‘área de pobre’. Nesta direção, as coordenadoras do Projeto Karen Giffin e Tizuko Shiraiwa apontam que as especificidades epidemiológicas encontradas em Manguinhos (e nas favelas cariocas de um modo geral) exigiam estratégias até então tidas como não convencionais para enfrentar, por exemplo, a morbidade/mortalidade infantil, no que os agentes comunitários seriam relevantes e estratégicos, operando como mediadores culturais (Giffin e Shiraiwa, 1989). Estes problemas de saúde poderiam ser então minimizados à partir de práticas em saúde direcionadas à comunidade, onde o cotidiano do público alvo revelava-se extremamente impregnado de representações sobre o processo de saúde-doença relacionado com a cultura local na qual o agente está inserido. Se então se considerar como relevante o uso de mediadores culturais, o uso de agentes comunitários são extremamente estratégicos, ainda que naquele momento este uso não esteja institucionalizado.

Capítulo 2

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: uma história em construção

Capítulo 2

Agente Comunitário de Saúde: uma história em construção

A incorporação de moradores de áreas pobres urbanas e rurais, para o desenvolvimento de ações preventivas em saúde junto à população onde moram, enquanto Agentes Comunitários de Saúde teve origem em Projetos de Saúde Comunitária os quais buscavam estabelecer mediação entre a população atendida e os serviços de saúde. A denominação destes agentes era diferenciada, variando conforme o projeto a que se vinculava, onde podemos identificar os termos ‘Agentes de saúde’, ‘Agentes de Saúde da Comunidade’, ‘Voluntárias Comunitárias de Saúde’, ‘Assistentes Comunitários de Saúde’ e ‘Agentes Comunitários de Saúde, conforme ressalta um documento da Organização Mundial da Saúde que identifica 36 (trinta e seis) denominações para tal atuação (WHO, 2007; WHO, 1989).

No final dos anos 1980, diante da multiplicidade de projetos e programas em que estes agentes se faziam presentes, a OMS identificou que o termo ‘Agente Comunitário de Saúde’ contemplava todas as modalidades de um agente de saúde morador da comunidade, fosse ele vinculado oficialmente ou não aos sistemas de saúde locais (WHO, 1989).

O guarda-chuva termo ‘agente comunitário de saúde’ (ACS) abraça uma variedade de assessores comunitários de saúde selecionados, treinados e que trabalham nas comunidades de onde eles vêm. A definição amplamente aceita foi proposta por um Grupo de Estudo da OMS (WHO 1989).

A terminologia ‘comunitária’ associada aos agentes de saúde se caracteriza ao menos no Brasil, em primeiro lugar, pelo fato de que o referido agente atua no contexto de uma delimitação espacial-geográfica - em uma ‘comunidade’; em segundo lugar pela incorporação de preceitos na Medicina Comunitária dos anos 1970 (Flores, 2007). Cabe pontuar ainda que a designação comunitária deva ser abordada sob um olhar histórico, considerando o tempo e espaço específicos a que estão submetidos. Neste sentido, por exemplo, a designação ‘agente comunitária (o)’ também é encontrada no ano de 1925, quando da criação do Curso de Educação Sanitária, que objetivava transformar professoras primárias em agentes comunitárias de modo a divulgar entre a população carente noções e conceitos de higiene, visando formar o que oficialmente era indicado como ‘consciência sanitária’ formando a consciência sanitária da população. Silvio Carvalho, em seu estudo

sobre as vulnerabilidades sociais na favela da Rocinha nos anos 1980, identificou, inclusive, a presença de trabalhadores pouco qualificados no exercício de certas ocupações que também eram denominados agentes comunitários (Carvalho, 2010).

No ano de 2002 a profissão do Agente Comunitário de Saúde foi regulamentada por lei, que é apontada por alguns autores como fruto de um processo que se inicia nos anos 1980, período este fortemente marcado – pelo Movimento da Reforma Sanitária, cujo ápice foi a VIII Conferência Nacional de Saúde. Contribuiu também para o alcance nacional das ações empreendidas pelos agentes de saúde, segundo apontam alguns estudos, a experiência considerada exitosa no estado do Ceará, entre junho de 1987 a junho de 1988, onde taxas de mortalidade infantil e desnutrição foram diminuídas severamente (Lacerda, 2010; Flores, 2007; Nunes, 2002; Pinto, 2007; Silva e Dalmaso, 2002).

Na história da institucionalização e da profissionalização do agente comunitário de saúde, destaca-se, ainda, no ano de 1991, a criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS)²⁸, inicialmente implantado nos estados do Norte e Nordeste, e, posteriormente, estendido às demais regiões do Brasil. Este tomava como base o entendimento de que o agente seria o elo entre a unidade de saúde e a comunidade onde vivia, cabendo a ele realizar visitas domiciliares na área de abrangência da sua unidade produzindo informações que direcionassem as ações de saúde da localidade.

Esta concepção configura-se chave para compreender a ação bidirecional, de mediação, que se processa, principalmente, nas práticas de educação em saúde, encontradas nos vários projetos e iniciativas em que a ocupação agente de saúde da comunidade se faz presente.

Identificam-se na História da Saúde Pública Internacional, principalmente a partir da segunda metade do século XX, experiências e projetos em que moradores de localidades atendidas atuavam como auxiliares nos serviços de saúde. Entre os quais se destacam, por exemplo, na Tailândia, por exemplo, nos anos 1950, um projeto direcionado às aldeias mais afastadas dos centros urbanos, com comunicadores voluntários, que eram também moradores da localidade atendida (Kauffman & Myers, 1997; Sringeriyuang, Hongvivatana & Pradabmuk, 1995). Uma iniciativa também muito mencionada na literatura é a dos ‘Médicos Pés Descalços’ na China, que teve origem em meados dos anos 1950 em algumas

²⁸ No ano de 1992 passa a se chamar Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

províncias, e na década seguinte, tornou-se um programa de abrangência nacional. Apesar da nomenclatura ‘médicos, a atuação dos ‘pés descalços não se baseava necessariamente na figura do médico propriamente dito, mas principalmente dos auxiliares de saúde, atuando na prevenção e em medidas curativas baseadas na tradição chinesa (Zhu et al, 1989).

Quando aborda questões referentes aos Cuidados Primários em Saúde no contexto da Conferência de Alma Ata (1978), Marcos Cueto (2004), destaca a importância da Comissão Médica Cristã (CMC) - ligada ao Conselho Mundial de Igrejas e a Federação Mundial Luterana - nos debates e embates internacionais em torno da concepção, conceituação e implementação da Atenção Primária em Saúde. Segundo o autor, a CMC, possuía uma larga experiência em países em desenvolvimento, onde assumia a defesa da intervenção no nível local das comunidades, com o treinamento de agentes de saúde e métodos acessíveis, diante da percepção de que as ações missionárias em sua maioria, desenvolvidas em hospitais, apresentavam baixo impacto na saúde da população. A CMC foi responsável pela apresentação de várias experiências em saúde básica para a Organização Mundial da Saúde (OMS), e, em 1974, foi chamada para estabelecer uma colaboração formal nas discussões sobre APS (Cueto, 2004; Lísios, 2004).

Na mesma direção da CMC, o Unicef atuou em diversos países latino-americanos, treinando moradores como agentes de saúde, promovendo ações educativas e atuando em práticas curativas simples, onde destaque-se o programa denominado ‘Serviços Básicos para a infância em países em desenvolvimento’, implementado em meados da década de 1970. O referido programa visava treinar moradores para atuar enquanto agentes comunitários em três eixos: educação, saneamento e saúde. No Brasil, a primeira experiência desta metodologia ocorreu no início dos anos 1980, numa parceria entre a recém criada Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social da Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro (RJ) e o Unicef, com foco nas favelas cariocas. A experiência piloto ocorreu na Rocinha no ano de 1982, e posteriormente abrangeu 31(trinta e uma) favelas da cidade do Rio de Janeiro (Unicef, 1976; Valladares et al, 1987).

Ao pesquisar as práticas de educação em saúde dos Agentes Comunitários de Saúde no contexto do PSF, Oviromar Flores (2007:8-10), aborda a historicidade deste profissional em saúde e identifica na figura do Inspetor Sanitário, ainda na Idade Média, um antecedente das práticas dos Agentes Comunitários de Saúde. Cabia ao Inspetor, no momento de

alguma epidemia, vistoriar residências numa área previamente delimitada, monitorando os enfermos e o número de óbitos, assim como da realização da desinfecção dos domicílios, conforme assinalam Foucault (1984) e Rosen (1994).

No contexto brasileiro, Helena Maria Scherlowski Leal David faz referência às iniciativas de organizações religiosas, principalmente católicas, a partir dos anos 1970, na “formação e utilização de Agentes Comunitários de Saúde como força de trabalho em saúde, numa perspectiva transformadora das relações entre profissionais e classes populares” (David, 2001:62). A referida autora aponta, ainda, que o contexto histórico destes trabalhos foi o da ditadura militar e menciona o envolvimento de alguns setores do clero e de algumas ordens religiosas (Católicas) nos embates contra o regime político vigente. Cita também que algumas das referidas experiências estiveram vinculadas a organizações não governamentais e a instituições acadêmicas²⁹ cujos profissionais atuavam em saúde pública e comunitária.

Nos anos 1970 e 1980:

Foram postas em práticas experiências que procuravam alternativas no sentido de melhorar condições de saúde da população carente, tanto nas áreas urbanas como rurais. Essas experiências, promovidas, quer por departamentos universitários de medicina preventiva, quer por setores da igreja católica e de outras denominações, baseavam-se na participação popular em atividades de promoção à saúde, praticamente em todos os níveis, desde a identificação de problemas e tomada de decisões, até a formulação e execução de ações. (Pêgo, 1993:70)

No contexto dos diversos projetos e programas, o agente comunitário se caracterizou por deter maior conhecimento empírico da área onde atua: as dinâmicas sociais, os valores (simbólicos, cognitivos, etc.), as formas de organização e o conhecimento que circula entre os indivíduos (Corrêa, 2008; Flores, 2007; Bornstein, 2007). No que diz respeito à relação entre o agente de saúde e a população, Bornstein ressalta que:

Esse conhecimento pode facilitar o trânsito da equipe, as parcerias e articulações locais. O reconhecimento destas características quer pelos profissionais, quer pelos moradores, traduz-se em diferentes expectativas. De um lado, pela inserção nos serviços de saúde, espera-se dele o exercício de um papel de controle da situação de saúde da população; de outro, os moradores esperam que o agente facilite seu acesso ao serviço de saúde. (Bornstein, 2007: 2)

²⁹ Neste caso, a proposta de estudo aqui centra-se na atuação do Agente de Saúde vinculado à projetos gerenciados pela Fundação Oswaldo Cruz.

Neste sentido, tanto o agente comunitário de saúde, hoje institucionalizado, quanto o agente de saúde, no âmbito do projeto de saúde comunitária na UTGSF/ENSP/Fiocruz, em 1986, tinha em sua atuação um papel de mediação cultural, processada principalmente nas práticas de educação em saúde promovidas junto às famílias adstritas.

Tal concepção – ou necessidade -, de mediar populações rurais ou em áreas urbanas pobres com os respectivos serviços de saúde pública, se fez presente em outros projetos vinculados ao controle de doenças, respeitando as especificidades dos respectivos contextos sociais e históricos. Ainda que não sejam de atores sociais residentes nas regiões atendidas, as ações empreendidas pelas Visitadoras Sanitárias e pelos Inspectores de Saneamento, tanto no contexto do Serviço no Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu) como nas Campanhas de Erradicação da Malária e de Erradicação da Varíola, por exemplo, desde meados do século XX, são exemplos desta atuação mediadora.

2.1 As Visitadoras Sanitárias: um embrião dos Agentes Comunitários de Saúde?

De modo semelhante às múltiplas designações utilizadas para nomear o agente de saúde - agente comunitário de saúde, agente comunitário, agente de saúde - as visitadoras sanitárias também receberam uma série de denominações como: enfermeira visitadora, visitadora, visitadora da higiene, visitadora da saúde (Fontenelle, 1941).

No contexto brasileiro é a partir do final dos anos de 1920 que a Visitadora Sanitária adquire prestígio profissional, com reconhecido papel nos serviços de saúde pública. O advento da cooperação técnica entre a Fundação Rockefeller (FR) e o governo brasileiro possibilitou alguns avanços no que se refere ao processo de institucionalização e profissionalização da Enfermagem no Brasil, incluindo aí o caso das Visitadoras Sanitárias. Lina Faria afirma que o espaço social das visitadoras diante da autoridade médica, ainda que abreviado, tinha um status legítimo. Este status se processou em virtude da reivindicação do monopólio “sobre uma área do conhecimento – a educação sanitária-, particularmente por sua atuação nos centros de saúde, postos de higiene e atividades de visitação” (Faria, 2006:180).

Martha Cristina Nunes Moreira (1999), ao analisar o papel da Fundação Rockefeller na formação da identidade profissional da enfermagem brasileira, nos primeiros anos do século XX, adotou o pressuposto, já elencado por Nara Britto e Nísia Trindade Lima (1991), que aponta as elites intelectuais brasileiras como preocupadas, desde o final do século XIX, com a pergunta: "como transformar o Brasil em uma nação?". Segundo Moreira, o pensamento destas elites era de que "a construção da nacionalidade, e mesmo, a superação do atraso da sociedade, radicava-se na melhoria das condições de saúde da população e não poderia ser encontrada em explicações como adversidades de natureza climática ou inferioridade racial". Tal pensamento contribuiu para que na segunda metade dos anos 1910, o governo brasileiro tivesse a iniciativa de solicitar apoio da Fundação Rockefeller de modo a contribuir com a modernização da saúde pública brasileira, em consonância com os ideais de cientificidade, racionalidade e higiene (Moreira, 1999).

No ano de 1915 chegou ao Brasil a primeira Comissão da Fundação Rockefeller (FR), na qual participava Wickliffe Rose, diretor da International Health Commission (IHT)³⁰, que desempenhou um papel de destaque na gestão da Fundação Rockefeller no território brasileiro, com a coleta de informações e na identificação de áreas de ação estratégica (Freire e Amorim, 2008). A Missão Médica da Rockefeller chegou ao Estado Rio de Janeiro em setembro de 1916, a convite de Nilo Peçanha, então governador, com o objetivo de diagnosticar, prevenir e combater as endemias (Faria, 1995).

Mary Ann Menezes Freire e Wellington Mendonça de Amorim (2008) apontam que no ano de 1920, diante do contexto sanitário brasileiro e das necessidades de implementar uma reforma sanitária³¹, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), tendo Carlos Chagas como primeiro seu primeiro Diretor. A referida reforma marcou a presença do Estado brasileiro na reorientação da política de saúde, a partir da centralização das ações no campo da saúde pública em um único Departamento.

No ano de 1921, Carlos Chagas solicitou apoio ao International Health Board (IHB) para a implementação do Serviço de Enfermeiras no Brasil. A Fundação Rockefeller criou então uma Missão de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil, para levar adiante as reformas necessárias à implantação do serviço (Santos e Faria,

³⁰A partir do ano de 1916^a IHT passou a se denominar International Health Board (IHB).

³¹Tal reforma ficou conhecida como a "Reforma de Carlos Chagas", balizada por dois Decretos, n.º. 3.987 de 02 de janeiro de 1920 e n.º. 14.354 de 15 de setembro de 1920.

2004). No mesmo ano, a enfermeira americana Ethel Parsons veio para o Brasil com o objetivo de criar um serviço de enfermeiras no DNSP e também de uma escola de enfermeiras. Este movimento ficou conhecido na bibliografia como ‘Missão Parsons’ que permaneceu no Brasil por dez anos seguidos (1921 – 1931), tendo o patrocínio da Fundação Rockefeller (Sauthier e Barreira, 1999; Freire e Amorim, 2008).

Logo no início de 1922, o DNSP criou o Serviço de Enfermeiras, sob a direção de uma superintendente-geral, a enfermeira-chefe Kieninger, que trouxe consigo dos Estados Unidos sete enfermeiras de saúde pública para levar a cabo a missão. Elas atuaram como professoras das enfermeiras visitadoras já empregadas nas divisões de Tuberculose, Doenças Contagiosas e Higiene Infantil (Moreira, 1999).

Havia uma preocupação por parte das enfermeiras norte-americanas com possíveis prejuízos advindos dos cuidados fornecidos pelas visitadoras que atuavam sem formação, que poderia influenciar na avaliação do trabalho desenvolvido pelas Visitadoras Sanitárias formadas. O treinamento das ‘visitadoras de saúde’, que não eram enfermeiras de saúde pública com formação integral, teve início imediato, como informa Miner:

Decidiu-se dar algum conhecimento teórico e prático dos procedimentos de enfermagem às já disponíveis e a um número limitado de novos pretendentes — 44 ao todo — através de um ‘Curso de Emergência de Seis Meses para Visitadores de Saúde’, iniciado em 24 de abril de 1922 (Miner, 1925, p. 4 apud Moreira, 1999).

É válido informar que a Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira já atuava desde o final da I Guerra Mundial, principalmente no atendimento a situações de emergência, epidemias (como a gripe espanhola), além de outros desastres ou catástrofes, mantendo também hospitais e cursos de voluntários.

Algumas similaridades podem ser observadas no processo de institucionalização e profissionalização, tanto da Visitadora Sanitária, quanto do Agente Comunitário de Saúde. Em ambos os casos, as primeiras experiências se deram em caráter voluntário e as ocupações tinham suas ações priorizadas junto a populações em estado de vulnerabilidade social, com destaque para a dimensão da educação como estratégia de promover saúde.

No mês de dezembro de 1918, nos Estados Unidos, foi realizada uma conferência de porte internacional, onde se debateu o status da enfermagem de saúde pública nos EUA e o nível educacional desejável para o treinamento necessário para o seu pessoal. Um dos

resultados destes debates foi a solicitação, ao presidente da Fundação Rockefeller, no sentido de promover estudos sobre algumas questões, como por exemplo, o curto período de formação das enfermeiras. De modo a elaborar uma proposta definitiva para um curso de treinamento às enfermeiras de saúde pública, à partir do suporte financeiro provido pela Fundação Rockefeller, se constituiu um grupo em janeiro de 1919. Este grupo recebeu a denominação de Comitê da Fundação Rockefeller para o Estudo da Educação em Enfermagem, cuja presidência ficou a cargo do Professor C.E.A. Winslow e a condução de pesquisas à Assistente Social Josephine Goldmark, que viria mais tarde se tornar Secretária do referido Comitê (Faria, 2006; Moreira, 1999).

No ano de 1920, a Fundação Rockefeller promoveu uma segunda conferência, ampliando a discussão para a formação das enfermeiras, e não apenas as enfermeiras de saúde pública como ocorreu na Conferência de 1918. Como fruto destas conferências (1918 e 1920), foi elaborado um relatório denominado ‘Nursing and Nursing Education in United States’, com data de 1923, comumente denominado Relatório Winslow-Goldmark, que avaliou a educação em Enfermagem, e propôs o estabelecimento de afiliações universitárias e de procedimentos de acreditação nacional. O referido relatório apontava que os principais problemas de saúde que existiam nos EUA, como a mortalidade infantil e a tuberculose, somente poderiam ser resolvidos com adoção de higiene pessoal, ou seja, com alteração diária nos hábitos individuais, que dependiam de um único fator: a educação.

Os debates e indicações contidas no Relatório Winslow-Goldmark, também denominado apenas Relatório Goldmark, influenciaram a criação da Escola de Enfermeiras do DNSP, em 1923:

Não existindo em todo o país, nem na América do Sul, uma escola capaz de preparar enfermeiras profissionais, o primeiro passo não podia deixar de ser o estabelecimento de uma escola-padrão, nos moldes das mais modernas existentes nos Estados Unidos. Da eficiência do serviço das enfermeiras, preparadas por esta escola, depende o sucesso do magnífico empreendimento (Winslow-Goldmark, 1923 apud Freire e Amorim, 2008).

Além disso, a proximidade do Governo Brasileiro com a Fundação Rockefeller e com Governo Norte-Americano possibilitou que elementos norteadores contidos no Relatório Goldmark fossem adotados pelo DNSP, no próprio Serviço de Enfermagem. O referido relatório apontava para a necessidade de que a Enfermeira de Saúde Pública fosse mulher, jovem, com capacidade natural (inteligência) e uma educação sólida.

Tal enfermeira estabelece-se na confiança de sua comunidade, tanto que ela se torna seu conselheiro fiel e melhor amigo, cuidando do doente, assegurando assistência médica, aconselhando na higiene, resolvendo dificuldades de centenas de tipos com um toque de uma mão prática (Winslow-Goldmark, 1923 apud Freire e Amorin, 2008).

A influência pode ser observada no Decreto 16.300/1923 que regulamentava o Departamento de Saúde Pública, que também se referia a admissão de alunas na Escola de Enfermagem do DNSP:

Aceita como candidata, deverá a pretendente à matrícula encher uma Folha de Admissão, com declaração do nome, naturalidade, filiação e residência, juntando os seguintes documentos: certidão de idade, por onde fique provado não ter menos de 20 nem mais de 35 anos; documento que prove ser brasileira; atestado oficial do DNSP, que prove ter sido recentemente vacinada contra a varíola; atestado passado por médico do Hospital Geral da Assistência, no qual se declare não sofrer de doença contagiosa, nem de defeito físico ou funcional que a inabilite para os trabalhos de enfermeira; atestado de boa conduta, passado pelas autoridades policiais competentes ou por duas pessoas idôneas, a juízo da diretora da escola e da superintendência geral do Serviço de Enfermeiras; diploma de uma escola normal, ou documento, que prove ter instrução secundária equivalente (Brasil, 1923).

Um apontamento necessário sobre a década de 1920, é que o campo sanitário revelava-se uma arena de interesses e acordos que tornavam necessários constantes apelos a uma 'consciência social' dos problemas. Segundo Gilberto Hochman, a formação dessa consciência estava intimamente relacionada à percepção coletiva da impossibilidade de soluções individualizadas ou isoladas em saúde pública, e envolvia investimentos nas profissões voltadas para esse campo (1996). Ainda segundo este autor, "a formação de profissionais em saúde pública, com a criação de escolas especializadas para médicos e enfermeiras, a fiscalização da prática profissional e a organização de serviços de estatísticas para o país como um todo, eram as novas metas do DNSP" (Hochman, 1996: 219).

A abordagem deste processo de cooperação é necessária para pontuar algumas questões relativas ao processo de institucionalização da enfermagem, considerando a atuação das Visitadoras Sanitárias, além de elencar aspectos da atuação destas profissionais presentes nas ações desenvolvidas pelas agentes comunitárias de saúde em Manguinhos nos anos 1980.

Num primeiro momento, diante da necessidade de enfermeiras para atuarem nas campanhas sanitárias e da exigência de que o curso de enfermagem tivesse duração maior, o Serviço de Enfermagem criou o Curso de Educação Sanitária, com requisitos menos

exigentes de formação, e com duração de um ano e seis meses, o qual ofereceria a experiência teórica e prática às visitadoras. Porém, segundo Lina Faria (2006), aos poucos, as visitadoras de higiene foram sendo substituídas em muitas de suas atribuições por enfermeiras graduadas, a partir da segunda metade dos anos de 1940.

Hoje, na Cidade do Rio de Janeiro, aos Agentes Comunitários de Saúde é requerida a formação escolar em nível médio, existindo, inclusive, o Curso Técnico³² de Agentes Comunitários de Saúde na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Fiocruz). Na segunda metade dos anos 1980, é possível constatar que muitos dos projetos que contavam com a presença de agentes comunitários, a exigência quanto à escolarização era apenas de saber ler e escrever. Em Manguinhos, no Projeto de Saúde Comunitária empreendido entre os anos 1986 a 1986, a exigência escolar do 1º Grau (o equivalente ao Ensino Fundamental) se deu pela possibilidade contemplada daqueles que conceberam o projeto na efetivação dos agentes nos quadros da Unidade Sanitária a que estes estavam vinculados.

A primeira consideração a ser feita sobre o entendimento oficial da prática da enfermagem, ainda na 1ª metade do século XX, é o da educação como moldadora de comportamentos. Tal entendimento se balizava em preceitos da educação fundamentada na corrente filosófico-psicológica do behaviorismo ou comportamentalismo, para qual o meio constrói o sujeito. O indivíduo é condicionado, e o estímulo gerado ou imposto pelo profissional, gera uma resposta do que resulta em mudança de comportamento.

Projetos (de saúde) são voltados para populações pobres e desfavorecidas sócio-econômico-culturalmente. O princípio de se educar para saúde e para o ambiente parte da hipótese de que vários problemas de saúde são resultantes da precária situação educacional da população, carecendo, portanto, de medidas "corretivas" e/ou educativas (Gazzinelli et al., 2005:200).

Tais preceitos, que em sua execução acaba por responsabilizar o indivíduo pela sua condição de saúde ou de doença, distinguem-se dos preceitos preconizados na atuação dos Agentes Comunitários de Saúde em Manguinhos nos anos 1980. Karen Giffin e Tizuko Shiraiwa, no artigo em que discorrem sobre as ações dos agentes de saúde no contexto do objeto de estudo aqui proposto, menciona que foram adotadas ações a fim de “evitar a educação ‘dominadora’ e promover uma educação ‘transformadora’ (Giffin e Shiraiwa,

³² Não existe obrigatoriedade do curso técnico para exercício da profissão Agente Comunitário de Saúde.

1989:36). Há indicativos sistêmicos da adoção de preceitos da Pedagogia de Paulo Freire em Manguinhos, onde comumente existem referências nos documentos de uma educação que busque o diálogo, a construção coletiva de saberes, o conhecimento como forma de transformar o mundo, entre outros. Entretanto vale observar que a permanência concomitante de correntes pedagógicas num determinado período e contexto histórico é totalmente possível. As premissas de uma educação dialética com elementos ‘paulofreireanos’ no treinamento dos agentes de saúde nos anos 1980 não significa afirmar que estes agentes não operavam em alguns momentos sob a lógica comportamentalista nas práticas de educação promovidos nos domicílios das famílias atendidas.

Uma similaridade das Enfermeiras de Saúde Pública e das Visitadoras com as agentes de saúde aqui estudadas é o fato de exigir-se que tais ocupações sejam assumidas apenas por mulheres. Considerando o papel mediador a ser desempenhado pelas visitadoras, Evandro Chagas em um artigo publicado na revista *Anais de Enfermagem*, apontava para o papel decisivo desta profissional na assistência médica e na educação sanitária. Ressaltou que se por um lado a representação masculina facilitaria a atuação do profissional em regiões interioranas do país, por outro, a incorporação de mulheres era mais indicada, pois seriam capazes de “vencer as tradições e os preconceitos das populações rurais, mais habituadas a verem na obra pública a ação perseguidora do que a atividade protetora e benfazeja” (Chagas, 1938:7).

Em Manguinhos, em 1986, o direcionamento das ações educativas junto à população materno-infantil, com abordagens sobre sexualidade e amamentação, defendia o fato da agente comunitária “ser mulher” como estratégica no sentido de “criar um ambiente de confiança”. Apesar de não ser um pré-requisito, havia ainda uma preferência por agentes que já tivessem tido a experiência da maternidade (Vargas e Domingues, 1992:151).

Após 1937, a política de saúde no Estado Novo foi marcada por uma orientação centralizada, na qual uma das características foi a estruturação dos departamentos estaduais de saúde com composição padronizada: uma diretoria, uma coordenação de órgãos centralizados — tais como o de combate à tuberculose e à lepra — e uma coordenação dos órgãos descentralizados nos centros de saúde e postos e higiene para a área rural. Durante esse período houve uma intensificação do sanitarismo campanhista, crescente desde a gestão de Carlos Chagas no DNSP (Lima e Pinto, 2003).

No ano de 1942, a Fundação Rockefeller se retirou do Brasil, no entanto, antes de sua saída participou da estruturação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP)³³. Neste contexto, da Segunda Guerra Mundial, a Amazônia era considerada uma região estratégica em virtude da extração de matéria prima para a produção de borracha, onde o SESP atuou com prioridade naquela região, de modo a combater a malária e a febre amarela, os maiores flagelos a dizimar a mão-de-obra nos seringais.

Segundo Rogério Dias Renovato e Maria Helena Salgado Bagnato, a estrutura organizacional do SESP se espelhava no modelo norte-americano de organização vertical, com unidades sanitárias extremamente dispendiosas, sempre perseguindo a mesma eficácia alcançada nas campanhas realizadas nos Estados Unidos. Um de seus objetivos era organizar, nas áreas rurais, sistemas de atendimento à saúde de forma diversificada, e para tal, implantava postos de saúde ou hospitais, arcando, inicialmente, com os custos de instalação (Renovato e Bagnato, 2008).

Com o fim da guerra, o perfil operacional do SESP se alterou, constituindo-se um prestador de serviços na área da saúde nas regiões estrategicamente definidas pelos planos desenvolvimentistas do governo brasileiro. Sendo assim, o modelo de atuação passou a se estruturar à partir das estratégias de qualificação dos trabalhadores da área da saúde, de execução de ações de educação sanitária e na constituição de uma rede horizontal integrada e permanente de unidades de serviços de saúde. Tal modelo foi expandido aos demais departamentos estaduais de saúde (Campos, 2006).

A proposta do SESP empregou o modelo norte-americano como padrão para estabelecer uma proposta embrionária de atenção primária em saúde. Desse modo, o SESP foi uma agência especializada, assumindo uma moderna administração sanitária aos estados brasileiros, incorporando dispositivos eficazes desse modelo de regulação, como a estatística vital, a higiene infantil, a prevenção de acidentes, o controle de tuberculose e a educação sanitária (Renovato e Bagnato, 2008: 910).

As visitadoras tinham um papel importante nas ações empreendidas pelo SESP e continuavam a atuar com foco nas práticas de educação sanitária, levando noções de

³³ O SESP foi criado pelo Decreto Lei nº 4.275 de 17/04/1942, e transformado em fundação no ano de 1960 que, teve suas atividades encerradas no ano de 1990 e seus funcionários incorporados à Superintendência de Campanhas, junto a Fundação Nacional de Saúde (Funasa).

higiene e de prevenção de doenças às famílias atendidas no Posto de Saúde a que estavam vinculadas. Nas suas visitas domiciliares, as visitadoras tinham que acompanhar os moradores da casa assistida, colhendo informações sobre os hábitos alimentares e doenças, preenchendo uma ficha detalhada com suas observações. Cabia também auxiliar as enfermeiras e médicos em tarefas diversas (Campos, 2008; Renovato e Bagnato, 2008).

A visita aos domicílios era um dos aspectos fundamentais do seu trabalho, pois, ao orientar as famílias e estimulá-las a frequentar o centro de saúde, elas faziam a ligação entre a comunidade e a instituição (Campos, 2008: 886).

A mediação entre a população atendida e os serviços de saúde presentes nas práticas das agentes comunitárias de saúde em Manguinhos, já era identificada também no contexto da atuação das visitadoras no âmbito do SESP. Segundo André Campos (2008), as visitadoras nas décadas 1940 e 1950 eram recrutadas em vilas e cidades de uma determinada região e designadas para atuar em outras localidades. O argumento do SESP, segundo Campos, era de que assim as visitadoras seriam ‘respeitadas’ pelas populações das localidades onde estivessem atuando. Por outro lado, o referido autor aponta que estudos da época indicavam problemas de resistências das famílias às visitas domiciliares pelo fato de que as populações rejeitavam a presença de pessoas estranhas, ou seja, que não possuísem relação de vizinhança, parentesco ou de amizade (Campos, 2008). Tal relação, segundo André Campos, resultou na configuração de compromissos e adaptações por parte das visitadoras com a cultura da população atendida. As parteiras foram- segundo este autor- o caso mais evidente desta relação. Ainda que consideradas enquanto ‘mulheres ignorantes’ por uma grande parcela dos médicos e enfermeiras graduadas, as ‘curiosas’ eram muito respeitadas em suas comunidades. Diante desta constatação, Campos aponta que, “ao invés de excluí-las das tradicionais funções que desempenhavam, restrições eram relaxadas e alianças foram costuradas. Neste sentido, ganhar o apoio das “curiosas” seria uma das estratégias mais importantes das visitadoras sanitárias” (Campos, 2008: 887).

Para André Campos, foi a preocupação com o ‘choque cultural’, ocorrido nos programas sanitários empreendidos pelo SESP, que ocasionou a criação da Seção de Pesquisas Sociais na Divisão de Educação Sanitária (Campos, 2008). Enquanto diretor desta Seção, o sociólogo Arthur Rios teve uma função dupla. A primeira era a de convencer médicos e outros profissionais de que a saúde era um conceito social e que as populações pobres do interior do Brasil tinham seus próprios valores sobre o que seria saúde ou doença,

distintos em vários aspectos da medicina científica. A segunda função seria de intérprete junto aos agentes públicos quanto aos valores da medicina popular, de modo a potencializar e maximizar a amplitude do trabalho do SESP (Rios, 1962).

Foi com a criação dessa seção que ocorreu a efetiva incorporação de cientistas sociais nas atividades de educação sanitária. Nela atuaram pesquisadores brasileiros com formação em universidades norte-americanas, além de consultores da Escola Livre de Sociologia e Política e do Smithsonian Instituto de Antropologia Social, com a colaboração da Divisão de Saúde e Saneamento do Instituto de Assuntos Inter-Americanos (Iaia) (Lima e Maio, 1993: 514).

Nos anos 1980 quando da implementação de algumas iniciativas com agentes comunitárias, para atender a população de Manguinhos, estavam vinculadas à Unidade de Treinamento Germano Sinval Faria (UTGSF). Quando fundada, em 1968, se chamava Unidade Sanitária Germano Sinval Faria e era vinculado a Fundação SESP. A referida Fundação contribuiu para caracterizar a atuação do UTGSF de modo multidisciplinar em sua prestação de serviços e da adscrição da clientela. No ano de 1988, no contexto do I congresso Interno dos funcionários da Fiocruz³⁴, foi renomeada como Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF). No âmbito de seus quadros funcionais, as Visitadoras Sanitárias se fizeram presentes desde sua fundação.

2.2 Os Auxiliares de Saúde no Projeto Montes Claros

Para Montes Claros – região marcada por contrastes entre o domínio dos coronéis, a aridez do seu solo e a pobreza de sua gente; um pedaço do sertão que iniciava seu processo de industrialização – convergiram pessoas de diferentes formações técnicas, com distintos projetos políticos, unidas, no entanto, pela esperançosa vontade de transformar a realidade social deste país (Teixeira, 1995:13).

Montes Claros é uma cidade localizada na região norte do Estado de Minas Gerais, onde no ano de 1975, financiado por recursos nacionais e internacionais, foi implementado o Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas, também denominado Projeto Montes Claros (UNIMONTES, 1991). É apontada por Sarah Escorel

³⁴ O Congresso Interno foi instituído enquanto o órgão máximo de representação da comunidade da Fundação Oswaldo Cruz, cabendo deliberar sobre assuntos estratégicos relacionados ao macro-projeto institucional, o regimento interno e propostas de alteração do estatuto, bem como sobre matérias que possam interferir nos rumos da instituição. O evento, que acontece a cada quatro anos, é presidido pelo presidente da Fiocruz e composto por delegados eleitos pelas unidades, em número proporcional aos de seus servidores.

(1987) como uma das experiências fundadoras do Movimento Sanitário no Brasil e como a “Meca da Saúde Pública”, por Sonia Fleury Teixeira (1995), uma vez que tornou-se uma referência “obrigatória” para todos os interessados e comprometidos na construção de uma alternativa de mudança no sistema de saúde vigente na década de 1970.

Regina Célia Nunes dos Santos (1995) assinala ainda, que o Projeto Montes Claros foi implantado num contexto marcado por ‘crises e reformas’ do modelo previdenciário em vigor que, onde se postulava uma forte tendência de mercantilização da medicina. Essas crises e reformas são exemplificadas pela criação do Ministério da Previdência e Assistência Social no ano de 1974, e pela redefinição do papel das políticas sociais, a partir do II PNDES (1974/1979) que preconizava o crescimento econômico aliado ao desenvolvimento social (Oliveira e Teixeira, 1986; Santos, 1995).

Sarah Escorel, Flávio Edler e Dilene Nascimento retrataram a experiência de Montes Claros como aquela que “incorporou na sua prática os conceitos de regionalização, hierarquização, administração democrática e eficiente, integralidade da assistência à saúde, atendimento por auxiliares de saúde e participação popular” (Escorel, Edler & Nascimento, 2008:69).

Sarah Escorel (1987 acrescenta que o referido projeto se subdividia em três fases distintas. A primeira corresponderia a atuação do Instituto de Preparo e Pesquisa para Desenvolvimento da Assistência Sanitária Rural – IPPEDASAR, que teve início no ano de 1971 e término em 1974. A segunda fase simbolizaria o Projeto Montes Claros, propriamente dito, denominado oficialmente como Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas, com atuação no período de 1975-1977. A terceira fase seria de integração do Projeto ao Programa de Integração das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)³⁵, no período de 1977 até 1979. Diferentemente de Sarah Escorel quanto ao recorte temporal, Regina Célia Nunes dos Santos (1995) apresenta o Projeto Montes Claros tendo como a primeira fase do IPPEDASAR iniciando no ano de 1971 e terminando no ano de 1973; a segunda, da implantação do Sistema Integrado de Prestação de Serviços do Norte de Minas (Projeto Montes Claros) entre 1975-1978; e o terceiro período marcado pela integração ao PIASS nos anos 1978-1979.

³⁵ Vide página 73.

A marca do Projeto Montes Claro foi, nas palavras de Sonia Fleury Teixeira, a da luta contra- hegemônica, que contestava e criticava o poder médico, o poder político - econômico local e o poder privatista de saúde, entre outros (Teixeira, 1995).

A superação de estruturas até então estabelecidas se processou na construção “criativa e coletiva” de um novo modelo de organicidade dos serviços de saúde, na inserção de novas práticas pedagógicas, na modificação da maneira pela qual se processavam as relações no interior das equipes de saúde, na democracia vivenciada pelos trabalhadores e moradores, nas práticas inovadoras de planejamento e gestão e, na promoção da autonomia do nível local da saúde (Teixeira, 1995).

Outras características também apontadas por alguns autores, como inovadoras para o momento estudado, é o entendimento do processo saúde-doença atrelado às condições sócio-políticas e da utilização de recursos humanos leigos, moradores da comunidade: os auxiliares de saúde (Teixeira, 1995; Oliveira e Teixeira, 1986).

O processo participativo, segundo apontam Livia Maria Fraga Vieira e Neusa Maria Lima, incluía a seleção dos trabalhadores para atuarem no projeto. Este aspecto com base na noção de emancipação, da prática educativa como relação dialética e libertária, com filiações em Paulo Freire (1995). O treinamento dos primeiros auxiliares de saúde, em Montes Claros, se processou numa localidade denominada Porteirinha, em regime de internato, por um período de 45 dias. Havia ênfase no uso de técnicas dinâmicas de ensino, tal como teatro, uso de slides, exibição de filmes, promoção de grupos de debates, entre outros (Vieira e Lima, 1995).

Os treinamentos [...] através de processos co-gestionários, gerando uma experiência de participação ativa, engendrou a formação de um espírito de grupo marcado por relações recíprocas e emocionais e o sentimento de pertencer a um movimento inovador, definindo pela proposta da participação comunitária: surgiram vários grupos que se entrecruzavam, surgiram tendências de se recobrir diferenças reconhecidas e salvar o “pseudo-consenso” através da normatização tanto do treinamento como da vida em regime de internato” (Vieira e Lima, 1995: 67).

Os auxiliares de saúde, apesar do nome, incorporavam alguns elementos das Visitadoras Sanitárias, tendo por diferença significativa a relação entre auxiliar de saúde e o restante da equipe. No caso das visitadoras, sua atuação era uma extensão dos serviços de enfermagem, incluindo o espaço domiciliar da população atendida. No contexto do Projeto

Montes Claros, os auxiliares de saúde tinham nitidamente um papel de mobilização comunitária, tendo sua voz garantida no espaço decisório no contexto interno de cada equipe de saúde.

A concepção de coletivo vai se manifestar também nas relações internas da equipe de saúde nas unidades de atendimento. Buscava-se troca de saber entre médicos e auxiliares de saúde e uma relação mais horizontalizada da equipe. Recusava-se o avental branco, como “vestimenta de médico”, que expressava o poder da medicina (Vieira e Lima, 1995: 70)

Comparando as atribuições e papéis dos auxiliares de saúde com a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, tanto no contexto do Projeto de Saúde Comunitária em Manguinhos, nos anos 1980, como no contexto do Programa Saúde da Família, a partir dos anos 1990, é possível identificar múltiplas semelhanças, incluindo o papel de mediação entre culturas e saberes.

As autoras Lívia Maria Fraga Vieira e Neusa Maria Lima (1995) apontam que o saber dos auxiliares de saúde era valorizado e potencializado, segundo as autoras, pela carência de médicos, principalmente no início do Projeto. As atividades das auxiliares de saúde eram notadamente de educação em saúde, desenvolvidas em conjunto com a atuação das parteiras, difundindo o uso de chás e ervas (medicina não tradicional), e orientando as gestantes, durante a condução de grupos ou nas visitas domiciliares. As referidas autoras apontam, entretanto, que a população, em certos momentos, passou a utilizar os auxiliares de saúde para a marcação de consultas, prevalecendo assim o modelo de medicina curativa. As autoras citando Conerlis J. Van Stralen (1986) apontam que em determinado momento do projeto, prevaleceu a prática médica tradicional, tendo a clientela valorizado o acesso à receita médica em detrimento do trabalho preventivo (Vieira e Lima, 1995).

O exercício da proposta de participação comunitária foi, portanto, marcada por limites de ordem estrutural: a inexperiência de organização das comunidades; o relacionamento das comunidades com a sociedade em geral, em que pessoas e grupos ocupam posições sociais e econômicas diferentes na estrutura social; as diferentes visões acerca da participação comunitária com um consenso dentro do programa de sua importância e prioridade; e por último, o lugar dilemático do auxiliar de saúde frente aos interesses conflitantes na própria comunidade e desta com os interesses do programa (Vieira e Lima, 1995: 74).

Ao final do Projeto, já em fase de incorporação do PIASS, foram identificados alguns entraves para o avanço da atuação dos auxiliares de saúde. Um destes foi o ineficaz abastecimento de insumos e medicamentos e outro a descontinuidade do treinamento dos

auxiliares de saúde. Pouco a pouco a atuação dos auxiliares de saúde foi sendo relegada a funções meramente administrativas e burocráticas. Estes entraves, para Vieira e Lima, não estavam dissociados da presença do clientelismo local e do predomínio da cultura da medicina curativa entre a clientela assistida (1995).

2.3 Os Agentes de Saúde no contexto do PIASS

Torna-se relevante o estudo do PIASS³⁶ por sua abordagem com a incorporação de alguns moradores das localidades atendidas enquanto agentes de saúde, de modo semelhante ao já apontado quando da abordagem do Projeto Montes Claros. Concebido enquanto um Programa de Extensão de Cobertura, o PIASS segundo Eric Jenner Rosas foi um dos programas de governo que nos anos 1970 mais conseguiu expressão³⁷ (Rosas, 1981). Joana Azevedo Silva analisa o PIASS dividindo-o em dois momentos: o primeiro momento, do ano de 1976 ao ano de 1979 com ações concentradas na região do nordeste brasileiro e o segundo momento à partir do ano de 1980, com a expansão das atividades para as demais regiões do país. Neste segundo momento, a autora destaca a experiência ocorrida no Vale do Ribeira em São Paulo (Silva, 2001).

O objetivo do referido programa era o de implantar uma estrutura básica de saúde pública, nas comunidades de até 20.000 habitantes, e de contribuir para a melhoria do nível de saúde da população da Região atendida e para tal se estruturou à partir dos seguintes postulados: Alcançar máxima Extensão de Cobertura dos Serviços de Saúde - com alta prioridade na atenção das zonas rurais e pequenas comunidades; Instituir a regionalização da Assistência - com base nas premissas da desconcentração dos serviços, da descentralização das decisões e da hierarquização da rede de unidades (Silva, 2001; Rosas, 1981).

As diretrizes básicas do PIASS estavam expressas no artigo 2º do Decreto: “I – ampla utilização de pessoal de nível auxiliar, recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas; II – ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, inclusive as de caráter endêmico, no atendimento de nosologias mais freqüentes e na detecção dos casos mais complexos, com vistas ao seu encaminhamento a serviços especializados; III – desenvolvimento de ações de saúde caracterizadas

³⁶ O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) foi instituído pelo Decreto- Presidencial de nº 78.307, de 24 de agosto de 1976 vinculado ao Ministério da Saúde.

³⁷ O PIASS absorveu outros programas importantes como o Projeto Montes Claros, em Minas Gerais.

por serem de baixo custo e alta eficácia; IV – disseminação de unidades tipo mini posto, integradas ao sistema de saúde da Região e apoiadas por unidades de maior porte, localizadas em núcleos populacionais estratégicos; V - integração a nível dos diversos organismos públicos integrantes do Sistema Nacional de Saúde; VI – ampla participação comunitária; VII – desativação gradual de unidades itinerantes de saúde, a serem substituídas por serviços básicos de caráter permanente” (Brasil, 1976 apud Rosas, 1981: 85).

Considerando as premissas de participação popular e as recomendações dirigidas à utilização de pessoal auxiliar morador das comunidades atendidas, as experiências do PIASS, ainda que nas regiões rurais do país, trouxeram, mais uma vez, para a arena dos debates em saúde pública a necessidade de aproximação dos serviços de saúde junto à populações tradicionalmente escassas de serviços públicos através de agentes da comunidade, Agentes Comunitários de Saúde. A necessidade de um ‘elo’ entre os serviços de saúde e a população atendida já existia no contexto do PIASS, assumido por trabalhadores de nível auxiliar, moradores da Comunidade, que na segunda fase do Programa, no Vale do Ribeira (SP), apareceram sob a denominação de Agente de Saúde.

Oviomar Flores, Maria Fátima de Sousa e Edgar Merchán-Haman afirmam que o PIASS representou uma “materialização de experiências de Medicina Comunitária, desta vez induzidas pelo próprio Ministério da Saúde”. Segundo eles, o referido programa, quando em funcionamento, “atuou como um laboratório de gestão e organização de serviços para a construção do sistema de atenção à saúde no Brasil”. Continuando, afirmam que o PIASS “Plasmou, ainda que de forma incipiente, uma rede hierarquizada de serviços de saúde, descentralizada e de complexidade crescente expressa no sentido local/regional/central do sistema de saúde, em que se defendia a proporção necessária entre o pessoal técnico, auxiliar e especialista, e entre as categorias profissionais componentes das equipes”. Os referidos autores apontam, ainda, que se preconizava a presença de profissionais da medicina geral, de especialistas, de profissionais da enfermagem, odontologia, ciências farmacêuticas, serviço social, bem como auxiliares de enfermagem e Agentes de Saúde (Flores, Sousa e Merchán-Haman, 2008: 129).

Para Sarah Escorel, Flávio Edler e Dilene Nascimento (2008), o PIASS atuou em determinadas regiões, em especial na primeira fase no nordeste, em localidades que não interessavam às empresas privadas de saúde e deste modo, não se contrapondo com setores

privatizantes da prática médica e da Previdência Social (Escorel, Edler e Nascimento; 2008).

No dia 14 de novembro de 1979, foi aprovada através de Decreto Presidencial, a expansão nacional do PIASS, para o período de 1980 a 1985. No Estado de São Paulo ocorreram negociações, no final dos anos 1970 entre a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e o Ministério da Saúde, para a inclusão das regiões de Sorocaba e do Vale do Ribeira ao plano de expansão do PIASS. Como consequência deste processo, no ano de 1981 foi constituído o Projeto de Expansão de Serviços Básicos de Saúde e Saneamento em área rural Vale do Ribeira, também denominado Projeto DEVALE. Em documento produzido pelo Ministério da Saúde como avaliação do referido projeto encontra-se referências à antecedentes ao Projeto DEVALE, no início dos anos 1970, com atuação do Departamento de Medicina Preventiva da USP que visava a instalação no Vale do Ribeira de um núcleo de pesquisa, docência e prestação de serviços para regiões rurais (Silva, Gonçalves e Goldbaum, 1986). Outros antecedentes são apontados por Vera Joana Silva, como a reforma administrativa na gestão da saúde, do Estado de São Paulo, por Walter Leser, entre os anos 1967 e 1970, e as experiências exitosas, no Estado de São Paulo, com a implementação de Centros de Saúde-Escola, onde os alunos da graduação em saúde se envolviam na prestação de serviços da Atenção Primária em Saúde, com participação de pessoal auxiliar (Silva, 2001).

O Projeto DEVALE contou com o financiamento do Ministério da Saúde, do INAMPS e do Governo do Estado de São Paulo, e contou com a atuação de Agentes de saúde, que atuaram nos postos de saúde de 17 localidades rurais, em 8(oito) dos 16 municípios da Região (Silva, 2001). Estes agentes eram moradores das regiões atendidas cujo perfil e critérios para a implementação do processo seletivo foi debatido com os moradores locais. Ocorriam reuniões periódicas em horários e datas que não coincidissem com as atividades diárias dos moradores (aulas, trabalho, cultos, etc.), cujos convites eram formalizados aos líderes locais e religiosos, e também, através da fixação de cartazes em locais de grande visibilidade. As primeiras reuniões tinham por base duas questões: “Onde e como construir o Posto de Saúde?”; e “Como escolher o agente de saúde?” (Silva, Gonçalves e Goldbaum, 1986: 30-34).

Habitados a não participarem nos processos decisórios das políticas públicas, nas reuniões que debatiam a escolha dos agentes de saúde, eram comuns expressões como: “melhor seriam que vocês mesmos escolhessem”, “vocês são médicos, enfermeiros, vocês é quem sabem”. Após intervenções dos facilitadores das reuniões, técnicos do Ministério da Saúde verificaram que gradativamente a população ia reformulando suas concepções, onde se ouviam nas reuniões seguintes falas do tipo: “É bom mesmo a gente escolher, porque quem põe, tira!” (Silva, Gonçalves e Goldbaum, 1986: 30-34).

Outra questão abordada nas reuniões dizia respeito às características destes agentes, emergindo no âmbito destas discussões a questão do gênero. Os relatos descrevem que os moradores, em suas falas, pouco se importavam se o Agente de Saúde deveria ser do sexo masculino ou feminino. Entretanto, observa-se que no universo inicial de 19 (dezenove) Agentes de saúde selecionados, apenas 4 (quatro) eram homens (Silva, Gonçalves e Goldbaum, 1986: 32).

No ano de 1983 e 1984, o Ministério da Saúde e a Universidade Estadual de Campinas desenvolveram uma avaliação do Projeto DEVALE. Nesta avaliação, os técnicos entenderam que o projeto tinha duas características fundamentais: a primeira, relacionada ao esforço da gestão em proporcionar a participação comunitária nas atividades empreendidas; a segunda foi a preocupação dos gestores em realizar uma atividade crítica permanente em todas as fases do projeto (Silva, Gonçalves e Goldbaum, 1986).

Nesta avaliação foram considerados alguns aspectos que limitaram o pleno desenvolvimento do Projeto. O primeiro deles se referiu ao treinamento dos agentes, previsto para se processar em duas etapas: a primeira com duração de dois meses e, a segunda, que nunca ocorreu, através de um processo de ‘educação continuada’. Outro aspecto mencionado na avaliação se refere ao fornecimento de insumos, medicamentos e equipamentos necessários à atuação do Agente de Saúde, que se processou de maneira insuficiente, com exceção do fornecimento de vacinas, que ocorreu de maneira eficaz.

No que se refere à prática diária dos Agentes de saúde, a avaliação concluiu que o “relacionamento do agente com a clientela refere, na totalidade dos casos, a existência de um clima de confiabilidade, amizade e descontração; do qual não estava ausente o respeito mútuo, indicando, em mais uma dimensão, a aplicação com que o agente procurava desempenhar suas funções” (Silva, Gonçalves e Goldbaum, 1986:133). Uma insuficiência

apontada pelos avaliadores na práxis do Agente de Saúde se referia à priorização do atendimento médico individualizado em prejuízo dos demais aspectos preconizado: atuação comunitária e desenvolvimento de um trabalho com participação da clientela (Silva, Gonçalves e Goldbaum, 1986).

2.4 Os Agentes Comunitários de Saúde na Rocinha

Na Rocinha, comunidade localizada na zona sul do Rio de Janeiro, agentes comunitários remunerados em ações de saúde tiveram sua primeira atuação no ano de 1981, em um projeto piloto, fruto da parceria entre o Unicef e a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Piloto porque a SMDS ainda estava se organizando para atuar nas áreas pobres da cidade e o Unicef ainda não havia adentrado em projeto similar em nenhuma área pobre urbana no Brasil, até então. O Unicef adotou uma metodologia, denominada *basic services strategy* (estratégia de serviços básicos), que se estrutura numa proposta de intervenção em áreas pobres para a extensão dos serviços públicos básicos de maneira participativa por parte da população atendida e com busca de soluções não-convencionais. Ao final do ano de 1981, os gestores municipais entenderam que o Projeto poderia ser reproduzido em outras favelas cariocas, o que aconteceu em 31 destas (Rodrigues, 1988).

O estabelecimento deste programa (e a criação da própria SMDS) refletiu uma postura do governo municipal e uma tentativa de encontrar novas formas para incluir as áreas faveladas como clientes legítimos do município (Valladares et al, 1987: 31).

A Rocinha teve sua ocupação espacial iniciada na década de 1920, nos morros da Praia da Gávea, atual bairro de São Conrado, havendo indicativos que uma parte de seus primeiros habitantes procederam dos operários das várias indústrias dos bairros da Gávea e do Jardim Botânico. Entretanto o maior contingente adveio do êxodo rural em meados do século XX, composta por famílias de agricultores pobres do norte e nordeste, na maioria das vezes não-proprietários, principalmente praticantes da agropecuária de subsistência. Estes eram analfabetos ou possuíam um mínimo conhecimento de leitura e das operações matemáticas.

Grande porção dos moradores da Rocinha, em especial as mulheres, nas décadas anteriores a 1960, era analfabetos, semi-alfabetizados ou, quando muito,

possuíam o nível primário de instrução. Assim, a ausência de qualificação educacional para funções mais complexas no mercado de trabalho urbano tornara-os vulneráveis (Filho, 2010: 2).

Na Rocinha, a proximidade do trabalho foi invariavelmente um dos critérios prioritários para a escolha de sua moradia. No Estado do Rio de Janeiro, diversos migrantes residiam na Baixada Fluminense, no subúrbio ou em outras favelas cariocas, muito longe do local de seu emprego, utilizando para locomover-se transportes populares e trens. Há relatos de moradores mais antigos da Rocinha que, antes de morarem na favela, dormiam no trabalho para economizar tempo, dinheiro e não sofrer o grande desconforto do trajeto (Filho, 2010).

Apesar do contato entre o Unicef e a SMDS datar do ano de 1980, apenas em janeiro do ano de 1981 é que agentes comunitários foram selecionados e o treinamento iniciado. A atuação destes agentes se dividia em três frentes/blocos de atuação distintas³⁸: educação comunitária, ações preventivas de saúde e saneamento básico.

Segundo os gestores do projeto na Rocinha, em sua avaliação na época, os governos municipais e estaduais estavam buscando redirecionar suas atuações frente às favelas, de modo a não mais, simplesmente, implementar programas e projetos de remoção, mas de levar serviços públicos a estes espaços. Vale mencionar que a Federação das Associações de Moradores no final dos anos 1979 e início dos anos 1980 defendia uma bandeira que era a de 'transformar as favelas em bairros populares' (Rodrigues, 1988).

A situação social da favela da Rocinha, conforme o Unicef identificou no início de sua atuação, caracterizava-se pela desordem de ocupação do solo, ausência de saneamento básico, baixa escolaridade de seus moradores e ausência de prestação de serviços de saúde ao público materno infantil.

As três frentes (educação, saúde e saneamento) do projeto possuíam certa interdependência³⁹ entre eles, onde se identificava o desenvolvimento dos mesmos em ritmos diferentes. Ficava evidenciado o caráter comunitário e local em todas as propostas de atuação do Unicef, e ao contrário do que se recomendava em outros países da América

³⁸ O agente que trabalhava com ações de saúde não atuava em ações de saneamento ou de alfabetização.

³⁹ Não serão feitos aprofundamentos da atuação dos agentes comunitários de saneamento e dos agentes comunitários de educação.

Latina, propôs que a remuneração do pessoal fosse realizada pelo governo municipal por conta de um temor de não continuidade da prestação dos serviços (Rodrigues, 1988).

Antes do Projeto de Saúde Comunitária do Unicef funcionava na Rocinha o ‘Grupo de Saúde da Rocinha’ que se reunia freqüentemente para identificar entraves na saúde da comunidade e propor soluções, com a difusão de informações através da publicação de um Boletim cujo nome era ‘A Bronca da Saúde’. A atuação do Projeto de Saúde Comunitária procurou juntar-se à ação do Grupo de Saúde da Rocinha, com foco, desde o início, na promoção de ações preventivas de saúde para o perfil materno-infantil.

A atuação do agente comunitário, na área de saúde, restringia-se a um papel de educador social, não cabendo uma atuação curativa junto à população local, pois não havia interesse em qualificar as agentes, tornando-as auxiliares ou técnicas de enfermagem. Quando de uma atuação no campo curativo, o papel dos agentes era apenas de encaminhar aos serviços públicos existentes. Sua atuação focada na maternidade e nas crianças consistia em realizar visitas domiciliares, levantando dados sobre o perfil sócio-econômico-sanitário das famílias atendidas; além de participarem de grupos de debates e de discussão sobre temas relevantes ao público delimitado. O perfil dos agentes de saúde era de ser mulher, mãe, maior de idade, saber ler e escrever e, ter disponibilidade de tempo para cumprir as atividades programadas.

Ao analisar o documento que servia como base para implantação de projetos de ação na área da saúde da mulher, inclusive na Rocinha, observa-se que havia uma distinção evidente entre a ‘equipe técnica’ e os ‘agentes comunitários’, colocando-os em níveis hierárquicos diferenciados. O corpo técnico, tanto o pessoal da enfermagem, como da assistência social era mais valorizado em relação aos agentes, moradores da comunidade, e no caso específico aos agentes de saúde, sem formação técnica profissional e com baixa escolaridade.

O fato de os Agentes Comunitários de Saúde compartilharem o mesmo contexto com a comunidade é apontado [...] como decisivo no aumento da eficácia das ações de educação em saúde. Além disso, a entrada no mundo familiar é sinônimo de contato com a intimidade das pessoas, com o seu universo privado, trazendo novas construções relacionais e novos sentidos para essas relações (Pupin e Cardoso, 2008: 158).

O aspecto valorizado na atuação do agente comunitário era o de ser morador da comunidade e membro da clientela assistida, tornando-o assim um tradutor/mediador entre saberes distintos do que era propagado no cotidiano das pessoas. Identifica-se, ainda, que tal atuação é específica para as áreas pobres, marginalizadas frente à 'cidade legal'. Não há aqui, nesta experiência, nenhum elemento que sugira existir neste momento algum movimento reivindicatório de mudanças no sistema de saúde. Havia, sim, movimentos sociais que reivindicavam a implantação, na Rocinha, de serviços públicos, o que em geral na saúde era baseado na prática médica curativa e preventivista.

Ainda que na documentação estudada, as ações de educação em saúde preconizadas aos agentes comunitários fosse a de uma prática fundamentada na troca, no diálogo, em defesa dos saberes locais e do diálogo, há um entrave pautado na permanência, de um modelo hegemônico na prática profissional em saúde que, verticalmente, difunde a adoção de novos comportamentos, como o parar de fumar, vacinar-se, ter melhor higiene, entre outros, e de estratégias geralmente ditas coletivas, como a comunicação de massa. Desta maneira, há um processo de responsabilização das pessoas, que aos serem informadas sobre os riscos de adoecimento, passam a ter a responsabilidade de adotar um novo estilo de vida mais saudável. É o que Paulo Freire referia-se quanto à Educação bancária.

2.5 Alguns apontamentos sobre os Agentes Comunitários nas Favelas Cariocas

A SMDS inaugurou na Rocinha um projeto em parceria com o Unicef que contava com a participação de agentes comunitários. No entanto, é possível identificar uma série de outras iniciativas promovidas por Igrejas e Entidades Associativas que incorporavam moradores da localidade atendida em diversas ações. Nos anos 1980, além daquelas implementadas pela SDMS, as favelas cariocas vivenciaram muitos projetos com trabalhadores locais.

Na favela da Nova Holanda⁴⁰, o Posto de Saúde Comunitária, no ano de 1983, contava em seus quadros com 15 agentes comunitários, que foram treinados pela Unidade de Treinamento Germano Sinval Faria (Fiocruz), atuantes nas visitas domiciliares. Nestas

⁴⁰A Nova Holanda, situada próximo à Avenida Brasil, compõem o que hoje é conhecido como Complexo da Maré e no ano de 1980 apresentava uma população de 10.448 habitantes.

visitas, em muitos momentos eram acompanhadas pelo Grupo Jovem da Igreja Católica local (Fernandes, 1983). Assim como o CHP2 em Manguinhos, a Nova Holanda teve origem, nos anos 1960, ao abrigar um Conjunto Habitacional Provisório proveniente das remoções de favelas da Zona Sul Carioca. Nos anos 1980 ocorreram obras de remoção dos moradores que habitavam as regiões de palafitas que eram reassentados na Vila do João (também na Maré) e da venda dos títulos de posse das construções pelo BNH. Além do Posto de Saúde Comunitária onde atuavam os Agentes de Saúde, havia um Posto da Golden Cross, empresa privada de saúde, que realizava atendimento médico em caráter filantrópico. O Posto de Saúde Comunitária não integrava as redes de saúde municipal ou estadual, sendo financiado por convênios firmados entre a Fundação Nacional do Bem Estar do Menor (FUNABEM) e a Igreja Católica, no período de 1980 a 1983, e posteriormente pelo convênio estabelecido entre o Ministério da Educação e Cultura e a Associação Estadual da Saúde Pública do Rio de Janeiro (Fernandes, 1983).

Nas favelas (Merendiba, Parque Proletário da Penha e Caracol) situadas no Parque Proletário do Grotão, no Bairro da Penha, também existiam moradores que desempenhavam papel de agentes comunitários. No ano de 1985, os Padres da Igreja Católica local buscaram uma convergência entre as ações de educação em saúde promovidas pela Pastoral da Saúde e aquelas que eram empreendidas por moradoras na localidade de forma autônoma. A ideia inicial era de reunir estes indivíduos para debater os problemas de saúde da localidade e buscar assim possíveis soluções. Emergia ali o Grupo Sementinha – Serviços Comunitários (Cunha, 2005).

Neste grupo, que se formava, as iniciativas incorporavam reivindicações gerais, não somente na área de saúde, como também relativas a falta de água, o saneamento deficitário, o transporte insuficiente, entre outros. Segundo Maria Waldenez de Oliveira, desde o início das atividades do Grupo Semente, as mulheres estiveram em contato com Victor Vicent Valla e Eduardo Navarro Stotz, da Escola Nacional de Saúde Pública / Fiocruz. Outra instituição que sempre auxiliou o referido grupo comunitário foi a CEPTEL – Centro de Estudos da Leopoldina, com treinamentos nos mais variados temas (Oliveira, 2003).

Quando se compara as experiências vividas tanto na Rocinha como em Manguinhos com as outras vivenciadas nas favelas cariocas, identifica-se que apesar da denominação de ‘agente comunitário’ ser atribuída comumente a entidades de Governo ou a Organizações Internacionais, a população das áreas de favela empreendia ações educativas em saúde de

forma protagonista, como maneira de resolver os seus problemas. Este protagonismo aponta para uma mediação de culturas e saberes, e se articulou em diversos momentos com ações de Estado. Cabe ainda informar que em muitas experiências, como no caso do Grupo Sementinha da Penha, esta atuação esteve vinculada a outras instituições, como Igrejas locais (Cunha, 2005).

Capítulo 3
O projeto de Saúde Comunitária –
UTGSF / Unicef / FLASCO / KELLOG

Capítulo 3

O projeto de Saúde Comunitária – UTGSF /Unicef / FLASCO / KELLOG

Em junho do ano de 1986, o Unicef- Fundo das Nações Unidas para a Infância em parceria com a Unidade de Treinamento Germano Sinval Farias (UTGSF/Fiocruz) protagonizaram a criação de um projeto-piloto de saúde comunitária, cujo foco era uma atuação junto ao público materno infantil das sub-localidades que compunham o território de Manguinhos. Tal projeto era “baseado na figura da agente comunitária: moradoras das favelas atendidas, que são capacitadas, supervisionadas e remuneradas para prestar serviços às suas comunidades” (Karen e Giffin, 1989: 24).

Naquele ano, apesar de outros projetos e iniciativas coletivas incorporarem agentes comunitários já atuantes como voluntários, a utilização deste tipo de mão de obra ainda era tida como experimental. O projeto do Unicef apresentava como raízes conceituais as proposições de Alma Ata (1978) e estava impregnado pelos ideais que iriam compor a Reforma Sanitária. O modelo administrativo, burocrático e de treinamento das agentes advinham do Programa de ‘Serviços Básicos para a infância em países em desenvolvimento’ do Unicef, das experiências voluntárias de agentes comunitários no âmbito do UTGSF (1982/1984) assim como na proposta do Programa de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM). Cabe ainda destacar a presença dos alunos de pós graduação da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) neste cenário, onde alguns de seus professores participaram em Projetos como o de Montes Claros, do Vale do Ribeira e no PIASS.

3.1 Antecedentes do Projeto

Através das bibliografias e fontes estudadas é possível afirmar que a presença inicial de agentes comunitários atuantes na saúde nas comunidades de Manguinhos deu-se como resultado do diálogo entre moradores das comunidades e a equipe da Unidade de

Treinamento Germano Sinval Faria (UTGSF)/ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ Fiocruz, no início da década de 1980.

Fundada no ano de 1966, a Unidade de Treinamento Germano Sinval Faria manteve na história de sua atuação três características básicas. A primeira, de ser um campo de práticas e pesquisas para alunos da ENSP, outra, de prestar assistência primária a região de seu entorno, neste caso Manguinhos. Como consequência destas duas primeiras características, emerge um terceiro traço que é a atuação permanente em atividades extramuros (Zancan, 2002).

No ano de 1980, os responsáveis pelo curso de residência multiprofissional na UTGSF identificaram como necessária a realização de uma pesquisa sobre a situação de saúde da população que era cliente da referida unidade de saúde, no que, contou com o financiamento da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). Tal pesquisa denominada “Estudo de morbidade e utilização de serviços de saúde pela população favelada da X – Região Administrativa⁴¹” retrata na introdução de seu relatório que:

Uma dificuldade básica enfrentada pelo UTGSF em seu planejamento era um grande desconhecimento acerca das características e dos problemas de sua área de atuação. Os poucos dados existentes, além de se referirem só a um ou outra favela, eram muito antigos (UTGSF/ENSP/Fiocruz, 1981:02).

O primeiro movimento da pesquisa buscou aproximação junto aos dirigentes das associações de moradores existentes no território. Estes foram entrevistados e colaboraram na elaboração de mapas para orientação dos entrevistadores que realizaram o trabalho de pesquisa em campo, que teve início no mês de julho daquele ano.

Neste contato com as Associações, à partir de uma demanda de pesquisa no território descortinou-se um canal de diálogo entre a direção da UTGSF e os presidentes das Associações de Moradores, para os quais a “pesquisa não deveria ocorrer como um fato isolado, mas deveria servir ao relacionamento entre serviço e população” (UTGSF/ENSP/Fiocruz, 1981:02).

A UTGSF, desde 1980, vinha reorganizando e ampliando os serviços básicos prestados a esta população, a partir de uma prioridade dada ao segmento materno-infantil. Algumas Associações de Moradores reivindicaram consultas médicas e

⁴¹ Apesar de o título sugerir uma pesquisa que abarcasse as várias localidades da X RA, apenas as localidades de Manguinhos, Comunidade Monsenhor Brito e Vila União foram pesquisadas.

odontológicas dentro da comunidade e parte da equipe de enfermagem começou a trabalhar numa sala cedida por uma igreja. (Karen e Giffin, 1989:27)

No ano de 1982, a partir dos diálogos travados entre lideranças comunitárias de Manguinhos, jovens ligados à Campanha da Fraternidade e a Direção da UTGSF, delineou-se um programa de capacitação de mulheres para que estas atuassem na prevenção de certos agravos junto à comunidade em que residiam. Era um dos embriões do agente comunitário atuante em saúde na região de Manguinhos, porém a ausência de vínculo empregatício destes agentes com o órgão público simbolizou importante entrave à consolidação da proposta e manutenção do trabalho junto à população (Giffin e Shiraiwa, 1989).

Tizuko Shiraiwa, em entrevista à pesquisadora Tania Fernandes⁴², menciona a atuação das agentes voluntárias:

E a questão dos agentes de saúde começa a partir da organização, de um grupo de mulheres. Começam a se organizar grupos de mulheres na comunidade, e vem o agente comunitário enquanto pleito de um grupo de mulheres da comunidade, que pedem a capacitação para serem Agentes Comunitários de Saúde [...] Isso eu acho que foi no início dos anos 80, final dos anos 70, início dos anos 80, provavelmente. Então, como os grupos de mulheres tinham sido mobilizados muito por conta dos residentes, e, no momento, não tinha caminhos claros de institucionalização, não se pensava o agente de Saúde institucionalizado, mas se pensava os agentes comunitários enquanto pessoas da comunidade que estavam se organizando para poder desenvolver uma discussão, fazer um vínculo maior com o Centro de Saúde e poder estar acompanhando e estar trazendo as questões, da comunidade para o Centro de Saúde (Shiraiwa, 2010).

No mesmo momento da realização desta experiência voluntária em Manguinhos, outra desenvolvida na Rocinha, através de um convênio entre a recém-criada Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e o Unicef, já demandava remuneração para os agentes comunitários nas ações de saúde. Segundo o consultor do Instituto Brasileiro dos Municípios (IBAM),⁴³ Paulo Henrique de Almeida Rodrigues, desde sua concepção a remuneração foi preconizada como meio de romper com a descontinuidade presente em muitos projetos realizados nas favelas cariocas (Rodrigues, 1988). A experiência de Manguinhos reflete também esta expectativa como explicita Karen Giffin e Tizuko Shiraiwa:

⁴² Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz;

⁴³ A referida instituição produziu um relatório quanto ao uso de agentes comunitárias de saúde na Rocinha em ações focadas na saúde da mulher no Projeto desenvolvido pelo UNICEF e SMDS.

Apesar do interesse de ambas as partes (comunidade e unidade) em construir uma nova forma de relação que contribuísse para a melhoria da situação de saúde desta população, um fator importante agia contra: a necessidade dos moradores voluntários de buscar atividades remuneradas que ajudassem a sua sobrevivência e a de suas famílias, ou de se dedicar à formação escolar. Apesar de treinamentos repetidos, a consolidação do trabalho foi impossibilitada pela saída contínua das pessoas treinadas. Após um período de 3 anos, ficou claro que os retornos não compensavam o investimento e que havia necessidade de buscar outros caminhos para a atuação conjunta (Giffin e Shiraiwa, 1989:27).

Entretanto, apesar desta primeira iniciativa com agentes comunitários ter sido considerada não viável, o diálogo entre lideranças comunitárias e a UTGSF permaneceu ativo na busca por ações articuladas, inclusive no contexto das Ações Integradas de Saúde - AIS.

No ano 1983, foi elaborada a proposta para a implementação no âmbito nacional das Ações Integradas de Saúde (AIS), que resultou no Rio de Janeiro, num movimento de regionalização dos serviços de saúde por parte do Departamento de Saúde Pública da Prefeitura do Rio de Janeiro, que dividiu a cidade em Áreas Programáticas (AP). Em paralelo também foram criados os Grupos Executivos Locais (GEL) que eram formados pelos diretores e funcionários das Unidades de Saúde e por representantes de Associações de Moradores e de Favelas na circunscrição de uma determinada AP. Deste modo, cada Área Programática possuía seu Grupo Executivo Local correspondente. Vale mencionar, que neste período, em consequência da luta dos movimentos sociais, a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro propôs ainda a criação de Conselhos Comunitários de Saúde (Mattos, 1989).

Os debates sobre Manguinhos que predominavam no Grupo Executivo Local correspondente a Área Programática 3.1 diziam respeito ao processo de dragagem nos rios locais, e eram motivados pelos problemas enfrentados pela população em função das freqüentes inundações dos rios.

Para Eymard Mourão Vasconcelos, as lutas travadas pelos movimentos sociais durante o período ditatorial ganham espaço na segunda metade dos anos 1970. Para este autor, “o Estado brasileiro, diante do crescimento das reivindicações e da pressão popular, passa a reconhecer os movimentos sociais como legítimos, tornando-se mais flexível às suas demandas” (Vasconcelos, 2000:36). Já para Joaquim Alberto Cardoso de Melo, estudioso dos temas relativos à educação em saúde, na segunda metade da década de 1970,

o Estado brasileiro incorporou em seus discursos o tema “participação comunitária” como forma de “diminuir e aliviar as tensões sociais geradas pelos modelos econômicos e pela crise que se inicia com o fim do milagre” (Melo, 1984:39).

A participação comunitária, requerida pelos integrantes do movimento pela Reforma Sanitária, preconizada pela Declaração de Alma Ata (1978) e pelas propostas do Unicef, diferiam quanto ao entendimento de participação popular preconizada. A Declaração de Alma Ata via na participação popular a condição para a implantação e organização dos serviços de saúde no âmbito da Atenção Primária. O Unicef, por sua vez, identificava a participação comunitária na ‘ponta’, apenas no local de realização dos projetos direcionados às crianças e mães, enquanto a Reforma Sanitária exigia uma participação irrestrita na concepção, promulgação e execução das políticas públicas na área da saúde.

3.2 A implantação do Projeto de Saúde Comunitária em Manguinhos

Ao final do ano de 1985, a então Diretora⁴⁴ da UTGSF, Tizuko Shiraiwa conhece Karen Giffin, que coordenava pelo Unicef, no âmbito da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, a parte do Projeto de Expansão dos Serviços Públicos no que se referia à saúde. Tizuko Shiraiwa por sua vez havia coordenado o projeto com agentes comunitárias voluntárias, mencionado anteriormente neste trabalho. Segundo Paulo Henrique de Almeida Rodrigues, durante todo o ano de 1985, ocorreram tensões entre as equipes técnicas do Unicef e da SMDS quanto à metodologia implementada no Projeto de Expansão dos Serviços Básicos. É possível que tais tensões tenham colaborado para que o Unicef se desvinculasse da SMDS e assim atuasse em parceria direta com a Fiocruz (Rodrigues, 1988; Karen e Giffin, 1989).

Vale registrar alguns traços das trajetórias profissionais de Tizuko Shiraiwa e Karen Giffin no estudo dos agentes comunitários, aqui empreendido. Tizuko é médica, descendente de imigrantes japoneses, nascida no estado de São Paulo. Veio para o Rio de Janeiro em meados dos anos 1970 por dois motivos: o primeiro deles era o medo de se trabalhar em saúde pública em São Paulo por conta da repressão da ditadura e, o segundo

⁴⁴ Permaneceu na Direção do UTGSF entre os anos 1979 e 1989.

foi a falta de oportunidades de trabalho para o seu conjugue. Quando entrevistada para o Projeto “Agentes comunitários e o treinamento em educação em saúde: a experiência da Fiocruz (1980-1990)” pela Tania Maria Fernandes (COC/Fiocruz), relatou sua simpatia pelos preceitos da Medicina Comunitária, que certamente a inspirou na incorporação de moradores de Manguinhos para a realização de ações educativas junto à comunidade. Nesta entrevista, descreve sobre sua formação em Saúde Pública⁴⁵ na ENSP, mencionando o pioneirismo da Escola Nacional de Saúde Pública em inserir os debates das Ciências Sociais na aplicação e estudo da Saúde Pública. Relata a influência recebida por alguns de seus antigos professores, onde na entrevista cita Lenita Peixoto, Helio Uchoa e Elza Paim, oriundos do SESP, onde Lenita Peixoto, em específico, que havia trabalhado diretamente com Paulo Freire no nordeste brasileiro. Este mosaico de experiências, segundo a entrevistada, contribuiria para o surgimento de novas práticas e produção de novos saberes no seio da ENSP (Shiraiwa, 2010).

Karen Giffin, por sua vez, é canadense, cujo primeiro contato com o Brasil foi durante seu doutoramento (meados anos 1970) quando pesquisava questões relacionadas ao gênero e à formação universitária na Bahia. Segundo ela, durante entrevista a Tania Maria Fernandes (COC/Fiocruz), logo após a sua estadia na Bahia trabalhou no México e depois em Nova York (EUA). Depois retornou para o Brasil, na cidade do Rio de Janeiro:

Eu trabalhava a questão das famílias, estratégias de sobrevivência e de ocupação do espaço. Quando eu voltei para o Brasil, para me encaixar em algum lugar, achar um lugar para trabalhar, eu queria trabalhar no setor público, eu queria trabalhar, principalmente, com algo relacionado às favelas. Por acaso eu acabei tendo uma entrevista com o novo secretário de Desenvolvimento Social do Município (Giffin, 2010).

Quanto ao seu retorno ao Brasil e à incorporação à SMDS, Karen Giffin narra:

Eu voltei⁴⁶ com os muitos exilados brasileiros, porque voltei em 79. Tinha se formado essa Secretaria de Desenvolvimento Social porque ia ter eleições, finalmente. Então eles começaram a prestar atenção nas favelas, que nunca tinham sido mapeadas até então, nem apareciam em mapas, nem eram fotografadas, era como se não existissem (Giffin, 2010).

Karen Giffin atuou enquanto representante do Unicef na Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social em função do convênio estabelecido entre estas duas instituições.

⁴⁵ Especialização Lato Sensu

⁴⁶ Referência ao retorno se refere ao fato de já ter estado no Brasil durante suas pesquisas de doutorado.

Observa-se que a referida Secretaria recém criada tinha por objetivos não a promoção ou a difusão de serviços de saúde, mas a atuação junto à população em situação de vulnerabilidade social da cidade do Rio de Janeiro, que no início dos anos 1980 concentrava-se nas favelas.

A proposta do Unicef junto à SMDS estruturava-se segundo diretrizes do Programa de “Serviços Básicos para a Infância em Países em Desenvolvimento”, que tinha por objetivos empreender ações de educação, saúde e saneamento à partir da identificação, seleção e treinamento de moradores das regiões atendidas para desenvolverem ações consideradas simples, mas de impactos considerados significativos na vida das crianças.

Conforme apontado, anteriormente, o contato do Unicef com a UTGSF, concernentes à atuação de agentes comunitários na área de saúde, se deu inicialmente por iniciativa particular de Karen Giffin (Unicef) e Tizuko Shiraiwa (UTGSF). A representante do Unicef que coordenava junto à SMDS um projeto com agentes de saúde trouxe consigo a expertise obtida na Rocinha. Do outro lado, Tizuko Shiraiwa, então dirigente da UTGSF, imprimiu na concepção deste novo projeto suas experiências acadêmicas obtidas no contato com professores vinculados às áreas das ciências sociais e impregnados pelos modelos organizativos característicos da Fundação SESP.

As experiências na Rocinha (Unicef/SMDS) e em Manguinhos (UTGSF/Fiocruz) apresentavam similitudes e particularidades. Na Rocinha, a articulação com as Unidades de Saúde existentes no entorno da favela eram problemáticas, onde relatórios avaliativos ressaltaram que tal iniciativa deveria ter sido implementada no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde e não na Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, de modo que desta forma, geraria resultados mais expressivos. Em Manguinhos esta situação era diversa, uma vez que o Projeto se estruturava no contexto da prestação de serviços em saúde na UTGSF.

O Projeto Unicef contemplava como prioridade o público materno-infantil, o que também se configurava função das agentes voluntárias e na ação dos médicos residentes na UTGSF, conformando-se assim um objetivo comum. Vale mencionar que, no ano de 1985, a ENSP se estabelecia enquanto Centro de Referência Nacional para o treinamento de pessoal da rede de serviços na área de saúde da mulher (Vargas e Romeiro, 1992).

O Projeto de Saúde Comunitária de Manguinhos estava circunscrito às favelas que compunham Manguinhos: Parque Carlos Chagas, Democráticos 30⁴⁷ (CHP2), Parque João Goulart, Parque Oswaldo Cruz (Amorim) e Vila Turismo. A Vila União que fica localizada nas proximidades do Conjunto Ex-Combatentes não é mencionado em nenhum documento como sendo atendida pelos agentes. No entanto, nos relatórios anuais da UTGSF, apesar de estar situada no Bairro de Benfica, é mencionada como pertencente à área de cobertura da citada Unidade de Saúde (UTGSF/ENSP/Fiocruz, 1986; UTGSF/ENSP/Fiocruz, 1987)

A primeira fase do projeto, desenvolvida ao longo de nove meses, foi financiada pelo Unicef contando com a consultoria da Faculdade Latino Americana de Ciências Sociais (Flasco), o que também ocorreu no Projeto do Unicef/SMDS na Rocinha. A mencionada consultoria não se restringia ao modelo organizacional e burocrático da iniciativa, mas também no treinamento dos agentes comunitários. Após estes nove meses, o financiamento da iniciativa se deu no contexto do Programa de Apoio à Reforma Sanitária PARS/ENSP com recursos da Fundação W.K. Kellogg. No ano de 1988, as agentes passaram a ser remuneradas por recursos próprios da UTGSF (Karen e Giffin, 1989).

Apesar da ocupação Agente Comunitário de Saúde ser institucionalizado apenas na década de 1990, nos documentos sobre o período estudado encontra-se variações quanto à nomenclatura do agente, sendo este chamado ora por agente de saúde, em outros por agente comunitário e também por Agente Comunitário de Saúde. No primeiro capítulo deste trabalho mencionamos que no contexto internacional, mais de 30 designações diferenciadas são utilizadas para enquadrar o agente comunitário de saúde.

Karen Giffin e Tizuko Shiraiwa ao analisarem sobre o Projeto de Saúde Comunitária, afirmam que a proposta foi concebida a partir de quatro constatações:

1. Mesmo em populações urbanas com acesso físico a serviços de saúde, a cobertura de programas (inclusive os programas prioritários de atenção materno-infantil) é baixa. Os Postos e Centros de Saúde funcionam a partir de uma demanda espontânea, que muitas vezes exclui as famílias mais necessitadas e que impossibilita o acompanhamento regular da clientela;
2. Muitos problemas de saúde da população infantil são conseqüências de falta de saneamento e moradia inadequada, e agravados por deficiências nutricionais. Ações preventivas e educativas são necessárias para evitar que problemas relativamente simples se repitam e agravem, prejudicando a sobrevivência e desenvolvimento da população infantil;

⁴⁷ Os documentos se referiam à Comunidade CHP2 também como Democráticos 30, em virtude deste ser o endereço referencial das correspondências direcionadas aos moradores daquela localidade.

3. As mães das favelas são as agentes de saúde primordiais, que têm a responsabilidade socialmente atribuída de cuidar dos membros da família ou de buscar o atendimento médico. Ao mesmo tempo, estas mulheres sofrem de uma grande falta de informações tanto sobre o corpo e a proteção da saúde como sobre ações específicas de prevenção e tratamento simples de problemas de saúde;
4. A incidência de problemas ginecológicos como as doenças sexualmente transmissíveis, transtornos menstruais, câncer ginecológico, e problemas decorrentes do aborto ou uso inadequado de contraceptivos, apontam áreas necessitadas de urgente atenção no cuidado da saúde da mulher que refletem, inclusive, na mortalidade perinatal, baixo peso ao nascer, e no estado de saúde da infância (Karen e Giffin, 1989: 28,29).

Estas constatações direcionaram a prestação de serviços em saúde, considerando a população adstrita, tendo o papel do agente de saúde como elemento fundamental. As constatações, por sua vez, eram passíveis de enquadramento em outras localidades da cidade em situação de vulnerabilidade social, possibilitando assim projeções de reprodução do modelo proposto.

Em vista destes fatos, seria necessário desenvolver um agente de saúde que buscasse ativamente o contato com a população a ser atendida, e acompanhasse regularmente a clientela prioritária, sendo capacitado para promover ações preventivas, realizar algumas medidas curativas simples, e identificar precocemente os problemas mais graves (Karen e Giffin, 1989: 29).

3.3 Quem eram os Agentes de Saúde?

A experiência com as agentes voluntárias na UTGSF e a atuação dos agentes comunitários na Rocinha pela SMDS / Unicef deram às proponentes e coordenadoras da ação em Manguinhos a expertise para planejar o projeto no território:

Experiências anteriores demonstram que, nas condições existentes nas favelas do Rio, um agente de saúde que mora na área atendida é capaz de dar 100% de cobertura às crianças de 05 anos e gestantes numa população de 2.000 pessoas, através de visitas domiciliares regulares a cada 2 meses, sendo possível ainda desenvolver atividades com grupos de mulheres e de gestantes (Giffin e Shiraiwa, 1989:29)

O perfil dos agentes de saúde, na Rocinha era ser mulher, mãe, maior de idade, saber ler e escrever e, ter disponibilidade de tempo para cumprir as atividades programadas. Em Manguinhos, a experiência com voluntárias, diferentemente não exigia escolaridade, e não previa a distinção de gênero. Segundo Tizuko Shiraiwa, havia homens entre os voluntários (Shiraiwa, 2010). Porém, já no contexto do Projeto de Saúde Comunitária,

havia um diferencial neste perfil, com a de exigência de escolaridade, no mínimo 1º Grau Completo⁴⁸. Esta exigência já contemplava a possibilidade da incorporação dos agentes aos serviços de saúde (Vargas e Domingues, 1992:151).

No ano de 1986, para a implementação do Programa de Apoio à Reforma Sanitária (PARS), com uma previsão de execução na circunscrição da UTGSF em algumas linhas de ação, que no âmbito do 'Desenvolvimento dos Distritos Sanitários' foram delimitadas áreas de atuação: saúde da mulher e da criança; saúde do trabalhador; sistema de informação; e treinamento de pessoal de nível técnico e auxiliar para o trabalho nos distritos sanitários. Esta última, implementaria, na conjugação da parceria da UTGSF e a recém criada Escola Politécnica de Saúde, um treinamento de Agentes Comunitários de Saúde (ENSP, 1986:9). Com isso, pode-se dizer que a estratégia adotada em Manguinhos vislumbrava a incorporação dos Agentes Comunitários de Saúde na prestação de serviços na Atenção Primária. Vale mencionar que durante alguns meses o financiamento do Projeto de Saúde Comunitária ficou sob a responsabilidade do PARS/ENSP.

Sobre o perfil das agentes em Manguinhos no contexto do Projeto de Saúde Comunitária:

Foram pensados alguns critérios importantes que estariam relacionados com o tipo de trabalho a ser desenvolvido pela agente. Para participar do trabalho, a pessoa deveria ser: mulher, para que fosse possível a criação de um espaço de confiança, onde certamente estariam presentes assuntos íntimos femininos, (menstruação, etc...); moradora de Manguinhos, pela legitimidade da comunidade e acesso às casas e famílias; ter mais de 18 anos, também pela legitimidade da agente perante o trabalho; ter o primeiro grau completo, para que em caso de concurso o agente pudesse ser inserido na rede de serviços; ter disponibilidade de 40 horas semanais, em função da distribuição do trabalho de campo e das reuniões do grupo para o planejamento das atividades, onde é necessária a participação de todas. Ser mãe era um critério fundamental, mas não imprescindível, dependendo das candidatas (Vargas e Domingues, 1992:151 – grifo nosso).

A Flasco, que prestava consultoria ao Projeto Unicef/SMDS e ao Projeto Unicef/UTGSF, mencionou em relatório, no ano de 1987, que:

Claramente a seleção procurava uma relativa igualdade de condições entre as futuras agentes e outras mulheres que participariam do projeto. Assim, a igualdade deveria favorecer a identificação entre as mulheres da área e as agentes e, supostamente, atuaria facilitando a constituição de um espaço de interação, de discussão, elaboração, transmissão de experiências e informações sobre a situação da mulher favelada (Valladares et,all, 1987: 38).

⁴⁸ De acordo com a legislação atual, seria o equivalente ao Ensino Fundamental.

Observa-se que os critérios adotados visavam otimizar o processo de mediação que se processa de múltiplas maneiras e em diferentes circunstâncias no cotidiano do indivíduo na sociedade moderno-contemporânea. No caso dos agentes comunitários, a atuação em educação em saúde é uma delas e a facilitação do acesso da população ao serviço de saúde é outra. Neste sentido, há um processo de mediação entre os conhecimentos populares e o conhecimento técnico-científico, entre a cultura favelada e a não favelada, como ressaltam Gilberto Velho e Karina Kuschnir:

Cada vez mais, na sociedade moderno-contemporânea, a construção do indivíduo e de sua subjetividade se dá através de pertencimento e participação em múltiplos mundos sociais e níveis de realidade. Assim a viagem pode se dar internamente a uma sociedade específica diferenciada, não significando mais necessariamente um deslocamento geográfico, físico-espacial. Mas, sobretudo, um trânsito entre subculturas, mundos sociais, tipos de ethos ou, mesmo, entre papéis sociais do mesmo indivíduo (Velho e Kuschnir, 2001:20)

Sobre a mediação processada no âmbito das práticas de educação em saúde, Joaquim Cardoso de Mello define a Educação em Saúde como “um processo que vai muito além das práticas educativas restritas a indivíduos, grupos ou populações”. Acrescenta ainda que “enquanto processo educacional é mediação de relações sociais com a totalidade, relações essas que se concretizam nas práticas de saúde” (Melo, 1992 in EPSJV, 2007: 23). A reflexão sobre as práticas empreendidas pelos Agentes Comunitários de Saúde sinaliza que estas, são fundamentalmente estruturadas e direcionadas na Educação em Saúde, e deste modo, mediadoras de concepções e representações de mundo.

Pensar nesta educação enquanto processo de mediação demandaria entender que seriam pelo menos duas as dimensões do trabalho dos agentes de saúde, todas operacionalizadas sob a bandeira da educação. Uma destas dimensões é a técnica, processada nas visitas domiciliares e na orientação sexual, por exemplo. A segunda pode ser entendida como uma dimensão política, onde os agentes de saúde se apresentam como mobilizadores nas comunidades atendidas (Silva e Dalmaso, 2002). Neste sentido, apesar de não se tratar de uma obra direcionada especificamente para as práticas de educação em saúde, o Professor Carlos Roberto Jamil Cury enunciou que para a apreensão do processo educativo se fazem necessários observar cinco elementos fundamentais: as instituições pedagógicas, os agentes pedagógicos, as ideias, os materiais e os rituais pedagógicos (Cury, 1995).

O agente comunitário de saúde atuou enquanto um agente pedagógico, portador de representações da realidade à partir de visões e concepções de mundo, e intelectual, no sentido de Gramsci. Nas práticas cotidianas, o agente de saúde, como já mencionado, operava enquanto mediador. Essa mediação enquanto produto cultural é uma relação entre o real, o recíproco e o contraditório. A educação funcionaria então, conforme Cury (1995) enquanto processo de organização e transmissão de ideias, mediando ações inerentes à prática social (Cury, 1995:27-28). As instituições pedagógicas, segundo Cury, seriam o palco onde a educação se processaria. No caso de uma análise das práticas dos Agentes Comunitários de Saúde pode-se mencionar os serviços de saúde, enquanto espaço formal, e as residências dos moradores de Manguinhos, os espaços informais. As ideias podem ser entendidas como os conteúdos desta educação, pelas visões de homem e de mundo, de saúde e doença, de normal e patológico, e pelas elucidações, justificativas e representações de suas práticas, das políticas de saúde, da sociedade, assim como dos conflitos, as maneiras de seu enfrentamento, superação ou aceitação. Constatam-se, neste sentido, as dicotomias e contradições existentes principalmente quando se verifica que o modelo educativo hegemônico centrado na doença e na prática médica se sobressaía em Manguinhos no período estudado. Posteriormente foi questionado e tensionado à mudança por um modelo cuja visão centra-se na saúde, com um entendimento que considera o social e o econômico tão importantes quanto o biológico e o ambiental para uma vida saudável.

Os materiais utilizados, como os recursos visuais, sonoros e escritos, são operacionalizados nos grupos de mulheres na UTGSF. Os rituais podem se caracterizados enquanto formais, onde se dá a racionalidade dos serviços de saúde e os não formais, com racionalidades construídas à margem do discurso oficial. Um exemplo de ritual formal é o procedimento de marcação de consultas e exames médicos, enquanto entre um não formal é a orientação transmitida à mulher pelos agentes, por exemplo, em seu dia de folga na fila do supermercado.

Retomando os critérios adotados para a seleção dos agentes, o principal destes foi o fato de ser morador da comunidade onde reside, considerado como condição *sine quo non*, na perspectiva de que facilitaria o trabalho que consistia no fazer educativo em visitas de campo, como confirmam Karen Giffin e Tizuko Shiraiwa.

Neste caso, a importância da agente de saúde ser moradora da área deriva não só da necessidade da presença intensa na favela, mas também pela metodologia

proposta na prática educativa. Tanto no nível da capacitação de agentes de saúde como na sua atuação com a clientela, a discussão da vivência própria é a base do processo educativo transformador. Por esta razão, igualmente, argumenta-se que as agentes de saúde que atuam nesta linha devem ser mulheres, e de preferência mães, que têm a experiência vivida de criação de filhos nas condições em que a clientela se encontra (Giffin e Shiraiwa, 1989:29).

Apesar de potencialidades apontadas em documentos e relatórios acerca do fato das agentes serem moradoras da área atendida, alguns problemas emergiram desta situação, no que diz respeito, por exemplo, ao fato dos agentes serem também líderes locais. Alguns destes problemas foram identificados no relatório produzido pela Flasco, como se observa a seguir:

Dificuldades das pessoas em confiar nos novos conhecimentos de alguém da própria área, em aceitar os novos papéis e os novos tipos de relação que se estabelecem; rejeição a uma potencial hierarquização entre pessoas que antes se viam como iguais; no caso de um trabalho com mulheres, descrédito com relação à sua importância e/ou viabilidade (Valladares et al, 1987: 99)

Apesar de não sermos contra a participação de lideranças como agentes comunitárias, este requisito nos parece bastante secundário. Uma proposta de pesquisa-ação na área da saúde da mulher pretende, inclusive, demonstrar que é possível trabalhar com mulheres “comuns”(em oposição a mulheres líderes) contribuindo assim, para o aumento de pessoas ativas na comunidade(Valladares et al, 1987: 100).

As constatações das coordenadoras do projeto já referidas, anteriormente, quando somadas aos aspectos sociais e políticos vivenciados pela população em Manguinhos nutriram os debates para as definições do perfil da futura agente e da forma de seleção. As enunciações acerca da proposta que vivenciaria um entendimento ampliado de saúde, com uma prática pedagógica dialética, tendo a participação comunitária ativa e trabalho focado nas mulheres, eram consideradas na definição de cada critério.

A exigência de que os agentes de saúde fossem do sexo feminino se dava pelo foco de atuação na saúde da mulher, dado que questões sobre sexualidade e reprodução compunham os temas a serem trabalhados junto às mulheres da comunidade, da mesma forma que as Visitadoras Sanitárias. Conforme já mencionado anteriormente neste trabalho, o médico Evandro Serafim Gomes Chagas, então chefe do Laboratório Oswaldo Cruz, em um artigo publicado na Revista Anais de Enfermagem intitulado ‘Enfermagem em face do problema rural do Brasil’, apontou o papel decisivo desta profissional na assistência médica e na educação sanitária, reconhecendo que a atuação masculina seria mais fácil nas regiões

interioranas do país, mas considerava que apenas as mulheres seriam capazes de “vencer as tradições e os preconceitos das populações rurais, mais habituadas a verem na obra pública a ação perseguidora do que a atividade protetora e benfazeja” (Chagas apud Faria, 1938:5-7).

Na Conferência de Alma Ata, o papel do agente de saúde da comunidade foi apontado como estratégico na implementação da Atenção Primária pelas nações, sendo o perfil deste agente dependeria da região onde ocorresse sua atuação, ficando sugestionado que este, além de morar na comunidade onde trabalhasse, fosse do sexo feminino:

Muitas vezes, os membros da família são os principais provedores de cuidados de saúde. Na maioria das sociedades, as mulheres desempenham importante papel a promoção da saúde, particularmente em razão de sua posição central na família (OMS, 1978:52).

Existe ainda um entendimento de que há um processo de “naturalização” das atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde, que verifica a incorporação de discursos que vêem as mulheres como dotadas de certas habilidades obtidas fora do universo do trabalho, como os cuidados com recém nascidos, aleitamento materno, entre outras, e que desta forma tais atribuições não são valorizadas pela divisão de trabalho construída histórica e socialmente (Durão et al, 2010; Kergoat, 1987). O fato de ser mãe, por exemplo, não era um pré-requisito intransponível na seleção das agentes, todavia era considerado um fator de grande importância.

Uma mulher que já passou por uma gestação, um parto e um puerpério tem uma vantagem grande em relação a outra que nunca foi mãe. Essa vantagem é a experiência da maternidade que lhe facilita a compreensão das vivências de outras mulheres que são, na maioria, mães (Valladares et al, 1987: 100).

A participação comunitária é uma condição essencial para a implantação dos projetos segundo o Programa de ‘Serviços Básicos para a infância em países em desenvolvimento’ do Unicef, que influenciou também o projeto em Manguinhos. No caso da UTGSF/ENSP, o diálogo com os moradores era indicado como fundamental, e neste mesmo sentido, após a definição dos critérios para a seleção dos agentes e a divulgação do processo seletivo ficaram sob a responsabilidade das Associações de Moradores. A seleção dos agentes se deu através de entrevista coletiva, prova de língua portuguesa e matemática, e ao final, de uma entrevista individual (Giffin e Shiraiwa, 1989; Vargas, 1992).

A divulgação e identificação de candidatos foi assumida basicamente pelas Associações de Moradores complementado por contatos com as mulheres que participaram do Programa de Suplementação Alimentar -nestas áreas gerenciado pelas Associações de Moradores (Giffin e Shiraiwa, 1989:29).

Nesta mesma perspectiva, um considerável numero de manuais referentes à trabalhos comunitários com agentes de saúde aponta que estes deveriam ser selecionados pela própria comunidade (WHO, 1989). Desta maneira, considerava-se que: se todos participassem do processo seletivo, provavelmente o agente seria mais aceito; a participação no processo de escolha daria uma maior responsabilidade à comunidade e; para o agente escolhido, a comunidade seria sua maior responsabilidade (Valladares et al, 1987: 100).

Diante destes pressupostos, ocorreram debates entre os gestores do projeto. Primeiro, no que tange à participação da comunidade com “um todo” na seleção, e questionava-se como aplicar um modelo proposto para áreas rurais pouco povoadas a favelas urbanas com populações superiores a 10 mil pessoas? Outra questão que surgia era que o processo de escolha se processaria, talvez, pelas pessoas mais ativas naquele momento, tomando como preocupação o caráter transitório das lideranças comunitárias. (Valladares et al, 1987: 101)

No diálogo existente entre a UTGSF e as Associações de Moradores durante a seleção para as agentes, vale considerar que num passado muito próximo daquele cenário, agentes voluntários atuavam em Manguinhos e o fato de se remunerar moradores para atuarem como trabalhadores comunitários poderia se constituir um aspecto conflituoso conforme aponta o documento da Flasco:

Por um lado, a remuneração atenta contra a ideologia do trabalho comunitário enquanto ação voluntária da qual, supostamente, não derivam benefícios individuais ou pessoais. Para esta ideologia o trabalho comunitário é basicamente desinteressado: puro ato de amor á coletividade. Por outro lado, a remuneração introduz uma diferenciação material e simbólica real: as agentes obtêm benefícios que, para as condições de trabalho e remuneração da maioria da população, são significativos. Assim o projeto introduz um processo real de diferenciação social (Valladares et al, 1987: 101).

Entretanto, se o projeto ao propor remuneração significava para alguns da comunidade um processo de “cooptação”, para outros, a não remuneração era

compreendida como um processo de “exploração” da mão de obra local (Valladares et al, 1987:34).

3.4 – O PAISM: Atenção à Mulher em Manguinhos

Desde o início do projeto, a atuação dos agentes comunitários estava intrinsecamente ligada aos objetivos e pressupostos do PAISM. O referido programa criado pelo Ministério da Saúde no ano de 1983 que foi idealizado para ser:

Um conjunto de diretrizes e princípios destinados a orientar toda a assistência oferecida às mulheres das distintas faixas etárias, etnias ou classes sociais, nas suas necessidades epidemiologicamente detectáveis – incluindo as demandas específicas do processo reprodutivo. Compreende, ainda, todo o conjunto de patologias e situações que envolvam o controle do risco à saúde e ao bem-estar da população feminina (...). O destaque conferido às ações educativas objetiva intervir nas relações de poder das mulheres tanto com os serviços de saúde como nas demais situações relacionais assimétricas para as mulheres. Esta estratégia tem por intenção estimular nas mulheres mudanças em relação ao autocuidado e à apropriação de seus corpos e controle de sua saúde (Costa, 1999 apud Mesquita, 2008:07).

A análise de Maria José Duarte Osís (1994), sobre a origem do conceito de Atenção Integral à Saúde da Mulher (AISM) a partir das ideias e experiências de ginecologistas da Universidade de Campinas, lança algumas considerações sobre o PAISM. Para a referida autora, o PAISM pode ser enquadrado como um dos desdobramentos de uma tendência na política pública brasileira que objetivava, entre outros, a ampliação dos serviços básicos de saúde por meio de ações integradas e da prestação de serviços em atenção primária, de modo simplificado e horizontal. Aponta ainda que o PAISM também apresentava, como segundo objetivo, atuar junto à demanda pela atenção à saúde do grupo materno-infantil e na oferta de serviços de planejamento familiar. Esta demanda era fruto de acordos e tratados internacionais assinados pelo governo brasileiro e de reivindicações formuladas por diferentes atores sociais. Cecília Chagas de Mesquita em consonância com Maria José Duarte Osís aponta também que o governo tentou, com a implementação do PAISM, neutralizar as tensões existentes no debate polêmico sobre controle da natalidade em momento delicado da conjuntura econômica e política do Brasil, nos primeiros anos da década de 1980 (Osís, 1994; Mesquita, 2010).

Para Ana Maria Costa, uma das elaboradoras do programa:

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher surge em 1983, representando uma esperança de resposta ao dramático quadro epidemiológico da população feminina. Neste sentido grandes esforços foram empreendidos pelos movimentos sociais, particularmente o de mulheres, visando à implantação daquela prática assistencial, convencidos de que aquele modelo assistencial proposto pelo PAISM, é capaz de atender às necessidades globais da saúde da mulher (Costa, 1992:1).

Tanto Ana Maria Canesqui como Maria José Duarte Osis apontam que, em termos de políticas públicas, a atenção à saúde da mulher no Brasil, até a emergência do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), estruturava-se numa preocupação com o segmento materno-infantil, com uma abordagem central de agir sobre os corpos das mulheres-mães, de modo a garantir que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social (Canesqui, 1987; Osis, 1994).

Desta maneira, a abordagem do PAISM rompia com uma visão tradicional acerca da saúde da mulher, inclusive no âmbito da medicina, que centrava o atendimento às mulheres numa abordagem direcionada à reprodução (Costa, 1979; Canesqui, 1984; Osis, 1994). Esta atenção deveria ser de modo integral, englobando a abordagem clínico-ginecológica e também educativa, voltada ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério. A atenção à mulher também contemplaria a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade, o controle das doenças transmitidas sexualmente, o câncer cérvico-uterino e mamário e a assistência para concepção e contracepção (Osis, 2012).

Para Maria José Duarte Osis, a implantação do PAISM seria iniciada “por uma reciclagem completa, tanto do pessoal envolvido diretamente na prestação dos serviços, quanto do pessoal encarregado da supervisão e coordenação programática”. A autora afirma que para operacionalizar tal reciclagem seria preciso implementá-la de “forma continuada” e deste modo “propunha-se a criação de centros de referência regionais” (Osis, 2012:27).

Nesta direção, no ano de 1985, a ENSP / Fiocruz se tornou um Centro de Referência Nacional para o treinamento de profissionais voltados à saúde da mulher segundo as premissas do PAISM. No âmbito da prestação de serviços da UTGSF, alguns problemas sobre a abordagem direcionada à saúde da mulher foram identificados. Um destes diz respeito ao acesso das mulheres às informações e aos serviços de saúde. Outro problema identificado se refere à necessidade de envolvimento da mulher na solução de seus problemas de saúde. A relação entre as mulheres e os profissionais de saúde era, também,

detectada em muitos momentos como problemática e era trabalhada principalmente nas atividades educativas em grupo (Vargas e Romeiro, 1992).

Os Treinamentos propostos pela ENSP direcionados à Saúde da Mulher e operacionalizados na UTGSF se diferenciavam quanto aos objetivos, clientela e carga horária. O Curso de Agente de Saúde e o Curso de Residência em Saúde Pública situavam-se entre os que se caracterizavam pela ‘formação em serviço’, impregnados pelos pressupostos do PAISM (Vargas e Romeiro, 1992).

O engajamento da Fiocruz na implantação do PAISM no país concretizou-se na formação na ENSP, de um Centro de Treinamento que tem por objetivo o treinamento de profissionais de nível superior da rede de saúde, para a implantação do PAISM; e na implantação, na UTGSF, de um programa modelo de Agentes comunitárias de saúde em 5 favelas de Manguinhos (UTGSF, 1987: 1)

3.5 – Metodologia Unicef: possibilidades ou limites à atuação do Agente Comunitário?

Conforme já mencionado anteriormente, o Projeto de Saúde Comunitária em Manguinhos herdou elementos metodológicos do Unicef. Dentre os inúmeros projetos e modelos de intervenção dirigidos pela referida organização, a experiência mais próxima do proposto em Manguinhos foi a implementação dos ‘Serviços Básicos para a Infância em Países em Desenvolvimento’ incorporada na favela da Rocinha pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social do Rio de Janeiro.

Na Rocinha, agentes comunitários remunerados em ações de saúde tiveram sua primeira atuação no ano de 1981 em um projeto piloto fruto da parceria do Unicef e da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Naquele momento, a SMDS ainda estava em processo de organização com o intuito de atuar nas áreas pobres da cidade. Nesta parceria, o Unicef trouxe consigo a metodologia denominada *basic services strategy* (estratégia de serviços básicos) que tomava como base a participação popular e aplicação de soluções não convencionais para a extensão dos serviços públicos básicos. Ao final do ano de 1981, os gestores municipais entenderam que o Projeto poderia ser reproduzido em outras favelas cariocas, o que aconteceu em 31 localidades (Rodrigues, 1988).

O estabelecimento deste programa (e a criação da própria SMDS) refletiu uma postura do governo municipal e uma tentativa de encontrar novas formas para incluir as áreas faveladas como clientes legítimos do município (Valladares et al, 1987: 31).

A *basic services strategy* (estratégia de serviços básicos) implementada na Rocinha tem sua metodologia descrita num documento produzido e apresentado no ano de 1976 pelo Diretor Executivo do Unicef à Junta Executiva da referida organização na sessão (ordinária) daquele ano. Segundo este documento, “os serviços básicos propostos são simples, de baixo custo, e destinados a prover as necessidades básicas de uma comunidade” (Unicef, 1976:6). A proposta de implementação desta estratégia contemplaria localidades rurais ou urbanas pobres.

A mão de obra seria composta por “trabalhadores de nível primário, escolhidos localmente”. Na implantação desta estratégia, os serviços “seriam prestados economicamente no nível do povoado, através de voluntários residentes no local ou por trabalhadores pagos, por tempo parcial, selecionados pela própria comunidade” (Unicef, 1976:6). A proposta de ação para estes trabalhadores era de desenvolvimento de atividades “simples e elementares”, mas que na opinião do Unicef seriam capazes de promover mudanças positivas (Unicef, 1976:7).

A proposta de utilização de mão de obra comunitária nesta metodologia concebia a atuação em algumas frentes: a de saúde, com práticas de educação e prevenção de doenças; a de educação, na alfabetização de crianças e também de adultos; no saneamento básico, com organização de mutirões para construção de poços e fossas adequadas; na produção de alimentos e no aprimoramento de técnicas de cultivo de certas sementes e hortaliças (Unicef, 1976).

A proposta sugere, ainda, que “caberia, naturalmente, ao governo, ao resolver implantar um programa de serviços básicos e determinar o sistema adequado de organização e direção” (Unicef, 1976:45).

No âmbito da Rocinha, o projeto em parceria com a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social tinha três frentes de atuação: saúde, educação e saneamento. Um dado relevante é que a implementação do Projeto não contava com o apoio das demais secretarias e órgãos governamentais da época, e sendo assim, a identificação de um agravo

em saúde por um agente comunitário não incluía o seu devido encaminhamento, pela ineficaz comunicação com a Secretaria Municipal de Saúde. Na frente de saneamento, por vezes, a rede de esgotamento construída em regime de mutirão necessitava de adaptações da rede geral pela CEDAE, o que nem sempre ocorria (Rodrigues, 1988; Valladares et al, 1987). Apesar de parecer este ser um problema isolado, o caráter intersetorial dos projetos e das políticas públicas no âmbito da saúde ainda nos dias atuais é um desafio a ser enfrentado (Zancan, 2002).

As ações preconizadas pelo Unicef na referida metodologia se reportavam à Conferência de Alma Ata e perpassavam, como ressalta Samuel Jorge Moysés, por três ideias chave. A primeira, diz respeito ao uso de tecnologia em saúde adequada às demandas de cada localidade, a segunda, é uma ênfase na formação e na prática profissional de modo a fazer uma contraposição ao excesso de especialização e a terceira ideia baseia-se na compreensão do conceito saúde como um instrumento para o desenvolvimento (Moysés, 2011).

Nesta direção, decorrentes das ideias chave emergem quatro princípios básicos, a saber:

- 1) a estruturação dos sistemas de saúde através da organização dos cuidados primários;
- 2) os cuidados primários organizados em redes de APS, no interior de sistemas nacionais de saúde, para possibilitar a construção da equidade em saúde;
- 3) o direito à saúde como uma conquista da cidadania e decorrente do controle social dos sistemas de saúde;
- 4) a ação intersetorial e a participação cidadã como pré-requisitos permanentes para assegurar o direito à saúde (Moysés, 2011:15)

Aproximadamente um ano depois da publicação da “Declaração de Alma-Ata”, interpretações diferenciadas sobre o que seria a Atenção Primária em Saúde emergiram. Nesta direção, a Fundação Rockefeller, apoiada pelo Banco Mundial, patrocinou, no ano de 1979, uma conferência realizada em Bellágio, na Itália intitulada: ‘Saúde e População em Desenvolvimento’.

Alguns governos, agências e indivíduos entenderam a visão idealista da OMS como "irrealista" e inalcançável. O processo de redução do idealismo de Alma-Ata a um conjunto prático de intervenções técnicas mais facilmente implementáveis, geridas e mensuradas, teve início em 1979 numa pequena conferência com forte influência dos Estados Unidos, realizada em Bellágio, na

Itália, e financiada pela Fundação Rockefeller, com apoio do Banco Mundial (Brown, Cueto e Fee, 2006:633).

Nesta conferência, os participantes não criticaram a ‘Declaração de Alma-Ata’ de modo direto, mas apresentaram um modelo de atuação reducionista, onde poderiam ser desenvolvidos serviços básicos de saúde. Na prática, isso significava intervenções técnicas de baixo custo, de modo a resolver os principais problemas de saúde materno-infantil de países pobres.

O Unicef abraçou esta estratégia seletiva, operacionalizada sob o acrônimo GOBI – *Growth monitoring to fight malnutrition in children, Oral rehydration techniques to defeat diarrhea diseases, Breast feeding to protect children; and Immunizations* (Monitoramento do crescimento para combater a desnutrição em crianças, Técnicas de re-hidratação oral para combater doenças diarreicas, Amamentação para proteção das crianças, e Imunização) (Unicef, 1983; Cueto, 2004). Pouco tempo depois, segundo Samuel Jorge Moysés, o acrônimo tornou-se Gobi-FFF (para contemplar a suplementação alimentar, a escolarização de mães e o planejamento familiar). Com o predomínio da APS seletiva, conforme o decidido em Bellagio, o compromisso internacional firmado pelos governos nacionais em Alma-Ata foi atendido de modo precário (Moysés, 2011).

A atuação dos Agentes Comunitários em Manguinhos sobrepujou alguns limites operacionais postos pela Metodologia Gobi-FFF do Unicef. A UTGSF estava imersa nos diversos debates num universo do que ficou conhecido como Reforma Sanitária e, nesta direção, o conceito ampliado de saúde foi incorporado no treinamento das agentes de saúde e preconizado em suas práticas. Observaram-se elementos da pedagogia paulofreireana presente nos treinamentos das agentes, onde os profissionais de saúde e comunidade atendida deveriam estar em permanente diálogo, estimulando assim a participação comunitária. Também havia indícios do interesse, por parte dos gestores, da reprodução do modelo aplicado em Manguinhos para outras comunidades, de modo integrado ao que se estabelecia enquanto reorganização dos Modelos de Atenção vigentes.

Capítulo 4

O treinamento e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde

Capítulo 4

O treinamento e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde

Conforme enunciado no capítulo anterior, a seleção das agentes de saúde no Projeto de Saúde Comunitária (UTGSF/Unicef/FLASCO) em Manguinhos foi realizada com vistas a selecionar moradoras da localidade para atuarem no ‘desenvolvimento de ações básicas de saúde da mulher e da criança’, enfatizando o caráter educativo dessas ações (Vargas e Romeiro, 1992). O candidato à vaga de Agente Comunitário de Saúde deveria ser do sexo feminino, morador de Manguinhos, possuir mais de 18 anos de idade, com o seu primeiro grau⁴⁹ concluído e ter disponibilidade de 40 horas semanais (Vargas e Domingues, 1992).

O projeto apresentava influências de diversas iniciativas como: o projeto experimental do Unicef/SMDS na Rocinha; do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), onde a ENSP estava situada enquanto um Centro de Referência Nacional; das experiências anteriores, com voluntários moradores de Manguinhos treinados e orientados pela UTGSF, e do Programa de Apoio à Reforma Sanitária (PARS) que tinha entre seus múltiplos objetivos treinar Agentes Comunitários de Saúde de modo a fortalecer os Distritos Sanitários.

O Movimento pela Reforma Sanitária, que marcou, na área da saúde, a transição do período ditatorial para a democracia, tinha entre os trabalhadores da Fiocruz uma forte adesão, e certamente influenciou a configuração do Projeto de Saúde Comunitária em Manguinhos. A realização da XVIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, neste contexto, lançaria as bases para que nos anos seguintes fosse instituído o Sistema Único de Saúde (SUS).

O processo de implementação do Projeto, no entanto, não ocorreu sem conflitos. Karen Giffin, em entrevista⁵⁰, relatou que Victor Valla, professor da ENSP criticou a presença do Unicef nas ações com Agentes Comunitários de Saúde afirmando que “era

⁴⁹ Segundo atual legislação, o equivalente ao Ensino Fundamental.

⁵⁰ Projeto “Agentes comunitários e o treinamento em educação em saúde: a experiência da Fiocruz (1980-1990)”

mais uma forma de manipulação, estando impregnadas por uma ideologia estrangeira e imperialista” (Giffin, 2010).

Quando da implementação do Projeto, as Visitadoras Sanitárias⁵¹ faziam parte da equipe de profissionais da UTGSF. Visando evitar possíveis conflitos frente à atuação dos agentes de saúde, as visitadoras tiveram suas atribuições laborativas reorientadas, segundo afirma Tizuko Shiraiwa.

No ano de 1988, as agentes atuantes eram: Edith de Misquita Pereira, Eliana dos Santos Silva, Gicilene Alves de Jesus, Jacirema de Moura Martins, Janete Lima Reis, Marlene do Amor Divino, Maria José Marinho Gonçalves, Miriam Gomes de Sena Rodrigues, Mônica Teixeira dos Santos, Rosilene dos Santos, Rosimeri Pimenta Correa e Wilma dos Santos Pereira. O número de agentes foi calculado a partir das experiências anteriores do Unicef na Rocinha, e com atuação de voluntários, em Manguinhos, onde se depreende:

que, nas condições existentes nas favelas do Rio, um agente de saúde que mora na área atendida é capaz de dar 100% de cobertura às crianças de 05 anos e gestantes numa população de 2.000 pessoas, através de visitas domiciliares regulares a cada 2 meses, sendo possível ainda desenvolver atividades com grupos de mulheres e de gestantes (Karen e Giffin, 1989: 29).

A área atendida pelo Projeto concentrava-se nos limites que a legislação municipal instituiria como bairro de Manguinhos em 1988⁵². Apesar das localidades Vila União, Conjunto Ex-Combatentes e Comunidade Monsenhor Brito estarem na circunscrição da UTGSF, estas localidades não foram incluídas no Projeto de Saúde Comunitária. Conforme a legislação municipal de 1988, o Conjunto Ex-Combatentes e Vila União estava situado no bairro de Benfica, e a Comunidade Monsenhor Brito, também chamada Comunidade Perereca, estava localizada no bairro de Bonsucesso. Ao final do diagnóstico elaborado pelas agentes que envolvia muitos aspectos, a população identificada por eles em Manguinhos era no ano de 1986 de 20.649 moradores (Karen e Giffin, 1989; Vargas e Domingues, 1992).

4.1 Os Agentes e seu Treinamento

⁵¹ No ano de 1986, eram quatro as Visitadoras Vinculadas à UTGSF.

⁵² Decreto No. 7980 de 12 de agosto de 1988.

Em vista destes fatos, seria necessário desenvolver um agente de saúde que buscasse ativamente o contato com a população a ser atendida, e acompanhasse regularmente a clientela prioritária, sendo capacitado para promover ações preventivas, realizar algumas medidas curativas simples, e identificar precocemente os problemas mais graves (Karen e Giffin, 1989: 29)

A proposta de atuação do agente abarcaria a realização de ações de educação em saúde, operacionalizadas em visitas domiciliares e a condução de grupos no espaço físico da UTGSF, pelos agentes, onde o treinamento consistiu em dois núcleos metodológicos. O primeiro com a realização de um diagnóstico da área a ser trabalhada pelo agente, com o objetivo de identificar ‘os motivos que levavam as pessoas’, em específico as mulheres e crianças a adoecerem em Manguinhos. O segundo núcleo consistia em um treinamento propriamente dito voltado para as ações básicas na área da saúde da mulher e da criança. Durante o treinamento, a partir de informações levantadas nos atendimentos ambulatoriais da UTGSF, as famílias que possuíam crianças entre zero e cinco anos foram identificadas para posterior visita domiciliar (Vargas e Romeiro, 1992).

Muitas ações propostas às agentes correspondiam às realizadas anteriormente pelas visitadoras sanitárias. Apesar de algumas potencialidades identificadas no modelo sepiano como a adscrição da clientela e da adoção de equipes multiprofissionais, a saúde pública praticada era impregnada de um pensamento vigente que tendia a responsabilizar o indivíduo pelo seu estado de saúde ou de doença, ignorando em muitas vezes os aspectos sociais, políticos e econômicos concernentes a este estado.

A experiência demonstra que aqueles que formulam políticas (públicas) com frequência consideram os indivíduos responsáveis por sua própria saúde. É comum que imaginem que as pessoas têm total capacidade de moldar suas vidas e as vidas de suas famílias de forma a se livrar do peso evitável da doença. Então, quando adoecem, são culpabilizados e discriminados (WHO, 1984:4).

No treinamento das visitadoras sanitárias era possível perceber que as orientações recebidas denotavam a estratificação social construída frente à população atendida. Observando a citação abaixo, extraída de um dos manuais de treinamento elaborados pela Fundação Sesp, identifica-se que a visitadora deveria ‘ajudar’, ‘compreender’ e ‘orientar’. Não há perspectiva de troca de saberes, e sim de uma educação em saúde baseada no que Paulo Freire denominou como educação bancária. O processo educativo reforçava a ideia de uma educação hierarquizada, onde o saber simbolizava poder, colocando na relação

educacional, a visitadora num patamar superior ao indivíduo que receberia suas visitas domiciliares.

Inicialmente, estudaremos a Visitadora no exercício de suas funções. Ela estará constantemente em contato com pessoas, tentando ajudá-las, orientá-las e compreendê-las, no sentido de preservar-lhes a saúde e, muitas vezes, a própria vida; daí a necessidade de seu preparo esmerado e do desenvolvimento e cultivo de qualidades pessoais, como sejam: o senso de responsabilidade, a honestidade, o espírito de servir, a habilidade no trato com as pessoas, a tolerância e outras, para que realmente seu trabalho possa dar os frutos que se espera (F-SESP, 1964:1).

Veremos também que o conhecimento da comunidade é imprescindível para os profissionais de saúde atuarem de um modo eficiente, melhorando o nível de saúde da população a seu cargo e ajudando seus pacientes na resolução satisfatória de seus problemas (F-SESP, 1964:1).

Ainda que fosse preconizado que as visitadoras ‘conhecessem’ a comunidade onde iriam atuar, o pensamento vigente era de modificar comportamentos. A definição de educação sanitária para as visitadoras, segundo o referido manual de treinamento, era de que:

Baseando-se nos princípios gerais da educação e lançando mão dos seus métodos e técnicas, visa modificar a conduta dos indivíduos e das comunidades em relação à saúde, levando-se a conhecer e apoiar os serviços de Saúde Pública, a obter melhor compreensão dos seus problemas de saúde e a congregar seus próprios esforços e ações no sentido de solucioná-los (F-SESP, 1964:7).

Nesta vertente de compreensão, a educação em saúde, os saberes populares por vezes são citados como superstições e credices onde num jogo discursivo são potencialmente desqualificadas, como mencionado no Plano de Curso para Formação de Visitadoras Sanitárias: material da aluna:

É sabido que certos costumes, assim como superstições e credices, constituem muitas vezes, um entrave à adoção de novas práticas de saúde. O pessoal de saúde não deve ignorar a importância desse e de outros fatores que afetam decisivamente o trabalho de Saúde Pública (F-SESP, 1964:10).

Alguns autores demonstram a partir de uma revisão bibliográfica das produções e documentos do Ministério da Saúde de 1980 até 1992 que houve uma transformação no discurso oficial da Educação em Saúde. Ocorreu um deslocamento de uma perspectiva tradicional baseada na imposição de modelos para uma abordagem voltada para a participação comunitária (Gazzinelli et al., 2005).

A ideia de participação comunitária baseada em Paulo Freire é presente desde a década de 70. No documento ‘Ação Educativa nos Serviços Básicos de Saúde’ (Ministério da Saúde; 1981) é notória a forte influência do seu pensamento e de sua teoria de ‘educação libertadora’. Entretanto, a superação / substituição da educação bancária por uma educação dialética, baseada na participação comunitária, onde conhecer passa primeiro pela leitura de mundo para assim poder transformá-lo, não ocorreria abruptamente. Victor Valla, educador popular e pesquisador da ENSP/Fiocruz afirmou que:

Talvez uma das coisas mais difíceis para os profissionais/mediadores admitirem nos contatos que desenvolvem com as classes subalternas, é a cultura popular como uma teoria imediata, isto é, um conhecimento acumulado e sistematizado que interpreta e explica a realidade. A formação escolarizada da classe média, e mesmo daqueles profissionais que agem como mediadores entre os grupos populares e a sociedade (através de partidos políticos, ONGs, igrejas, sindicatos), freqüentemente leva-os a ter dificuldade em aceitar o fato de que o conhecimento é produzido também pelas classes subalternas. Neste sentido, mesmo que alguns mediadores sejam mais atenciosos e respeitosos com as pessoas pobres da periferia, os muitos anos de uma educação classista e preconceituosa fazem com que o papel de “tutor” predomine nas suas relações com estes grupos (Valla, 2000:30).

Em Manguinhos, influenciadas por elementos paulofreireanos, a proposta para a ação dos Agentes Comunitários de Saúde defenderia a atuação não somente junto à localidade, mas ‘com’ a localidade, num processo participativo e dialético. Segundo Gadotti (2002), o pensamento de Paulo Freire perpassa ao menos as quatro intuições abaixo descritas: Condições gnosiológicas da prática educativa – “Toda a obra de Paulo Freire está permeada pela ideia de que educar é conhecer, é ler o mundo, para poder transformá-lo”; Educação como ato dialógico – “A teoria do conhecimento de Paulo Freire reconhece que o ato de conhecer e de pensar estão diretamente ligados à relação com o outro.[...] Não é um ato solitário” ; Ciência aberta às necessidades populares – “Seu método, por isso, não parte de categorias abstratas, mas dessas necessidades das pessoas, capturadas nas suas próprias expressões (valor da oralidade) e analisados por ambos, educador e educando.” ; Planejamento Comunitário, Participativo – gestão democrática, pesquisa participante (Gadotti, 2002: 108;109).

Com esta compreensão, constata-se na leitura dos documentos, que buscou-se evitar em Manguinhos a operacionalização da educação bancária. Neste tipo de educação os educadores promovem a “narração de conteúdos”, para seus ouvintes, educandos, que

como, “depósitos de conteúdos” memorizam mecanicamente a narrativa. Neste caso, ocorreria uma relação “imobilizante” e “petrificada”, pois o educador, único sujeito da ação, tem no educando-ouvinte apenas um mero objeto a ser preenchido pelo educador. Como elucidada Paulo Freire: “a educação se torna um ato de depositar, em que os educandos são os depositários e o educador o depositante. É uma educação bancária. [...] o saber é uma doação dos que se julgam sábios aos que julgam nada saber” (Freire, 1987, p. 58).

No processo de treinamento das agentes comunitárias é possível assinalar a valorização dos saberes e vivências destas enquanto moradoras de Manguinhos. O conhecimento em saúde apreendido é re-significado, onde o entendimento sobre a possibilidade de novas leituras do ‘universo da saúde’ poderia contribuir para a melhoria das condições de vida dos indivíduos em Manguinhos. Esse processo está repleto de situações no qual o saber é entendido na relação entre múltiplos olhares e os saberes ditos populares são considerados relevantes, inclusive no que se refere à participação popular, como se observa no texto abaixo:

Esse trabalho teve como objetivo constituir um grupo de pessoas que, a partir de seu próprio CONHECIMENTO e vivência enquanto moradoras, mulheres e usuárias do serviço, estariam SENSIBILIZADAS para perceber as condições de saúde e vida dos indivíduos e da comunidade, sendo, portanto, capazes de estabelecer uma relação de COMPROMISSO, através de seu trabalho, para a melhoria destas condições (Vargas e Romeiro, 1992a: 22 – grifo da autora)

Desta maneira, havia a ideia de superação do modelo de educação baseado na responsabilização dos indivíduos, tradicionalmente

voltados para populações pobres e desfavorecidas sócio-econômico-culturalmente. O princípio de se educar para saúde e para o ambiente parte da hipótese de que vários problemas de saúde são resultantes da precária situação educacional da população, carecendo, portanto, de medidas “corretivas” e/ou educativas (Gazzinelli et al., 2005:200).

Conforme já mencionado, a primeira etapa do Treinamento das agentes de saúde foi a realização de um diagnóstico das localidades a serem atendidas, que nos documentos aparece sob a denominação de “diagnóstico participativo”. Através da metodologia de dinâmica de grupo, as agentes relatariam tudo o que elas identificariam como característica de sua área. A condução do grupo se deu num processo de permanente interlocução, influenciada pelas propostas de práticas pedagógicas de Paulo Freire, na qual Gadotti afirma que:

Na escola cidadã a presença do professor é importante, mas de um novo professor, mediador do conhecimento, sensível e crítico, aprendiz permanente e organizador do trabalho na escola, um orientador, um cooperador, curioso e, sobretudo, um construtor de sentido, um cidadão. Ensinar não é transferir conhecimentos. É criar as possibilidades para a sua produção, para a sua construção (Gadotti, 2002:120)

O diagnóstico empreendido pelos Agentes Comunitários de Saúde levantou informações sobre: saneamento (fornecimento de água e esgotamento sanitário); lixo; serviços de saúde; educação; iluminação pública; segurança; comunicação; comércio local; grupos comunitários; oportunidades de trabalho; lazer; conflitos na localidade; áreas de risco; tipos de habitação; serviços de transporte; grupos religiosos (Vargas e Domingues, 1992), conforme descrito no ‘Documento de referência sobre: saúde da mulher para agentes de saúde – mulher Manguinhos’:

Trabalhando em grupo com as agentes começamos a listar tudo o que elas consideravam características de sua área: serviços existentes, escolas, rede de água e de esgoto, lixo, áreas de risco, grupos comunitários, etc... O que chamamos de diagnóstico participativo. Buscávamos, assim, um conhecimento amplo da comunidade, por entendermos que a saúde não poderia ser vista sem estar relacionada a estes fatores, sendo por isto, fundamental para o planejamento e desenvolvimento do trabalho (Vargas e Domingues, 1992:152).

No ano que foi empreendido o diagnóstico, no contexto do treinamento dos Agentes Comunitários de Saúde, a UTGSF já detinha informações sobre a população a ser atendida. Entretanto, o próprio processo de pesquisa era entendido como um Treinamento e nesta direção, foi considerado importante para as Coordenadoras do Projeto na época a realização do mesmo:

Embora no caso deste projeto a Unidade responsável já tenha uma história de trabalho na área de atuação, com relações estabelecidas com as Associações de Moradores e outros grupos, e estudos prévios que aportam informações sobre vários aspectos das comunidades, foi considerado importante realizar um diagnóstico junto às agentes, como passo inicial da sua capacitação. Como fechamento deste processo, foi elaborada uma conceitualização abrangente da saúde, que incorpora emprego, habitação, saneamento, lazer, etc. Iniciou-se, nesta etapa, a discussão sobre o papel do agente de saúde nestas comunidades (Giffin e Shiraiwa, 1989:31)

O referido diagnóstico foi estruturado com uma divisão por comunidades ou sub-localidades de Manguinhos, a saber: Vila Turismo, Democráticos 30 ou CHP2, Parque Oswaldo Cruz (Amorim) e Parque João Goulart. O objetivo deste diagnóstico, em primeiro lugar, era de buscar elementos para compreensão do que significava para esta população ter saúde (Vargas e Domingues, 1992). Este documento contou com informações obtidas

através do cadastramento das famílias a serem trabalhadas pelos agentes. As agentes, após um rápido treinamento sobre o preenchimento das fichas utilizadas, iam a campo em visitas domiciliares, e no turno da tarde, dividiam-se nas Oficinas Práticas ou nos Grupos debatedores sobre o diagnóstico em construção. A dinâmica de trabalho era de que:

cada agente de saúde colocava o conhecimento que tinha sobre a comunidade e o que para ela era ter saúde, enquanto moradoras/sujeitos que eram daquela realidade. Estabelecia-se um espaço de troca e um processo de aprendizado contínuo, buscando-se a construção de um novo conhecimento que seria agora do grupo. E neste processo, era necessário que as relações de troca entre as participantes do grupo se estendessem através do contato com os demais moradores do local (Vargas e Domingues, 1992:152).

O trabalho das agentes estava submetido às diretrizes do PAISM, e a própria significação do que era ser mulher em Manguinhos naquele momento histórico era posto em debate. Desta maneira, o treinamento propunha uma reflexão com estas agentes, de modo a pensarem de que maneira os papéis masculino e feminino eram normatizados no contexto das práticas sociais.

Partimos do princípio que as questões relativas à saúde da mulher e do homem precisam ser revistas pela sociedade como um todo e, particularmente, pelo profissional que trabalha com a população feminina. Repensar estes conteúdos significa poder confirmá-los, atualizá-los ou transformá-los, partindo da vivência dos próprios participantes, enquanto indivíduos e cidadãos, dentro de uma visão de educação que os perceba enquanto sujeitos no processo de aprendizagem. Significa, também, um repensar dos serviços de saúde, da relação com a clientela, um repensar da relação com o outro. (Vargas e Romeiro, 1992:26).

O treinamento, conforme já mencionado, se dividiu em duas frentes: a do diagnóstico participativo e do treinamento, propriamente dito. Apesar de distintos, eles ocorreram simultaneamente, onde em alguns momentos as agentes participavam de atividades referentes ao diagnóstico e das Oficinas Práticas da Saúde da Mulher. Estas oficinas eram os espaços onde os conteúdos pertinentes à formação das agentes eram trabalhados e como no diagnóstico, eram realizadas sob a metodologia da dinâmica de grupos.

Através de dinâmicas de grupo, que estimulam o autoconhecimento e a troca, possibilita-se a cada participante, naquele momento, se perceber enquanto ser que vive, sente e pensa, bem como a compreensão sobre o seu papel e compromisso com a transformação da ação individual e coletiva. espaço físico da UTGSF. Desta forma, o treinamento consistiu em dois núcleos metodológicos. O primeiro deste, da realização de um diagnóstico da área a ser trabalhada pelo agente. O objetivo desta etapa era identificar os motivos que levavam as pessoas, em específico as mulheres e crianças a adoecerem em Manguinhos. O segundo núcleo consistia em um treinamento propriamente dito

voltado para as ações básicas na área da saúde da mulher e da criança (Vargas e Romeiro, 1992:26).

A metodologia propunha assim potencializar o entendimento do profissional de saúde enquanto sujeito, “acreditando-se ser este um caminho possível para uma percepção da clientela, também enquanto sujeito” (Vargas e Romeiro, 1992:26).

Um questionamento por parte dos gestores do projeto era de:

como contribuir para a preparação de pessoas (residentes, agentes de saúde, profissionais) para trabalhar com práticas educativas na saúde da mulher? Não se prepara alguém para trabalhar com o outro aplicando apenas determinadas técnicas de grupo, como se a técnica em si fosse dar conta de tudo... Não adianta também falar como deve ou não deve ser feito (Vargas e Romeiro, 1992:26).

Imerso nas ideias do Movimento pela Reforma Sanitária, o projeto iniciado no ano de 1986 coincide temporalmente com alguns dos preparativos (encontros locais) e com a própria realização da VIII Conferência Nacional de Saúde. Nesta a saúde era entendida no sentido amplo e apresentada como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Caracteriza-se assim que saúde é o resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Brasil, 1986: 4) É possível identificar o alinhamento da proposta em Manguinhos com o referido entendimento da saúde num conceito ampliado.

Nesta direção, sob o entendimento de um conceito ampliado da saúde, os facilitadores das Oficinas Práticas estimularam os debates a partir de algumas perguntas direcionadas às mulheres e crianças de Manguinhos: de que se adoecem? porque se adoecem? quais as possíveis soluções? (Vargas e Domingues, 1992).

Nas oficinas, foi apontado que as mulheres adoecem de: “doenças nervosas, efeitos do uso de anticoncepcionais, abortos mal feitos, violência sexual, câncer ginecológico, problemas de períneo, varizes, mioma, fibroma, cisto, problemas emocionais, doenças venéreas”. Quando da mulher em estado de gravidez, eram mencionadas: “inchaço, pressão alta, diabetes, abortos espontâneos, gravidez tubária, tensão emocional, etc” (Vargas e Domingues, 1992:157). Em relação às crianças com idade de zero a cinco anos, as participantes das Oficinas Práticas relataram que estes adoecem de: “desidratação, doenças respiratórias, doenças de pele, diarreias, verminoses, sarampo, catapora,

coqueluche, caxumba, problemas emocionais, meningite, desnutrição e tétano” (Vargas e Domingues, 1992:157).

A segunda etapa, após o levantamento “do que se adoecer” seria identificar “o porquê” destas doenças. No caso das mulheres, as participantes das Oficinas apontaram: “desequilíbrio emocional, falta de informação e orientação, falta de higiene pessoal, falta de segurança, falta de tratamento médico, problemas financeiros, problemas familiares (variação de parceiros), características de alguns anticoncepcionais”. Acerca das gestantes, as agentes em treinamento mencionaram: “falta de repouso, descuido na alimentação, ausência de pré-natal” (Vargas e Domingues, 1992:157).

As respostas quanto às possíveis soluções, repetem-se quando enunciadas com referência à criança ou à mulher. Entretanto, as respostas refletem o entendimento ampliado do que seria saúde. As soluções possíveis seriam:

Mais empregos, melhores condições de trabalho, saneamento básico adequado, melhores condições de habitação, melhor assistência à saúde, maior orientação às mães, maior informação à população, respeito às leis trabalhistas e criação de novas leis, mais espaços para reflexão, maior número de escolas (pré-escolar, inclusive), áreas de lazer, assistência à saúde em maior quantidade, orientação e conscientização das mulheres; melhor qualidade do atendimento médico, segurança pessoal, diálogo, fabricação de métodos anticoncepcionais que não afetem o equilíbrio da mulher (Vargas e Domingues, 1992:157, 158).

Evidentemente, o próprio entendimento do que seja saúde ou doença estava intrinsecamente ligado ao seu tempo histórico. Segundo Giovanni Berlinguer, cujo pensamento contribuiu significativamente para as discussões no seio do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, o adoecimento implica possibilidades diferentes para as pessoas, desde estar doente, sentir-se doente, identificar a doença e até poder estar doente. O autor afirma que estas diferenças se explicam, de um lado, pela desigualdade social que acarreta maior ou menor probabilidade de adoecer e curar-se e, por outro, pela cultura relativa à percepção do corpo, aos sinais que vêm do corpo em sofrimento vivenciados pelos diferentes grupos sociais (Berlinguer, 1988).

A capacitação das Agentes nas Oficinas de Práticas Educativas em Saúde da Mulher era dividida em áreas temáticas, a saber: os papéis sociais (masculino / feminino); sexualidade; concepção / contracepção; maternidade / paternidade; problemas de saúde

freqüentes das mulheres; assistência à mulher nos serviços de saúde; e metodologia (Vargas e Romeiro, 1992:29-35).

As Oficinas de Práticas Educativas em Saúde da Mulher tinham como questão comum o fato de todas serem mulheres, tanto as profissionais da UTGSF, como as consultoras do Unicef e Flasco, e as futuras agentes de saúde. Nesta direção, a proposta de trabalho nas dimensões “de”, “para” e “com” as mulheres perpassavam por debates iniciais do que cada uma delas entendia sobre “ser mulher”, e abordava os papéis sociais na relação masculino / feminino. A ideia central era de reflexão onde “as características biológicas distintas – gênero feminino e masculino -, apontado para a especificidade feminina de gerar a vida, não fosse o determinante na definição de papeis sociais”. Estes papéis sociais, por sua vez, eram enquadrados naquelas oficinas como construídos historicamente e “delineados numa base cultural de subordinação” (Vargas e Romeiro, 1992:27, 28).

Para os coordenadores do projeto na época, “particularmente na esfera da saúde, percebemos que tanto as concepções de saúde / doença das mulheres que demandam os serviços de saúde, quanto os discursos dos profissionais e instituições dessa área, apontam para essa subordinação”. A referida subordinação de gênero era entendida como um entrave a um sistema de saúde que atendesse realmente as necessidades das mulheres, que ao invés disto, “criava-se uma demanda direcionada” apenas para certos agravos/doenças e públicos (Vargas e Romeiro, 1992:27).

Abre-se um parêntese aqui para mencionar que a hierarquização pelo caráter de gênero não estava dissociado de outras relações hierarquizantes, como a do poder/saber⁵³ instituído no âmbito das relações dos profissionais de saúde e clientela, e médico e demais profissionais da saúde. Há ainda o aspecto dos saberes não oficiais que comumente eram desclassificados e postos à margem.

As próprias mulheres chegam ao serviço buscando uma solução para os seus problemas que não pressupõe a sua participação em saber, subordinando-se ao profissional de saúde, detentor do saber dito oficial, reconhecido e respeitado. As queixas que traduzem determinantes não puramente biológicos, mas também econômicos, sociais, culturais, são, muitas vezes, trazidas de forma pouco explícita não sendo percebidas e/ou valorizadas. Estabelece-se um ciclo vicioso, onde só se traz e se ouve o que é esperado e conveniente para o serviço de saúde (Vargas e Romeiro, 1992:27).

⁵³ Essa relação poder/saber não se estabelece numa relação de nexos causal, conforme aponta Foucault (1995).

As reflexões sobre os gêneros e a posição subalterna do sexo feminino colocadas à partir de um olhar histórico, se processavam através de técnicas de dramatização, que buscavam retratar o encontro entre um homem e uma mulher de modo a suscitar a percepção do quanto impregnado nas relações sociais estavam as divisões hierarquizadas de gênero.

Através de uma dramatização, foi possível trabalhar este tema, partindo da experiência de cada agente de saúde, enquanto mulher. Pretendíamos retratar como elas viam a mulher e o homem inseridos na sociedade, suas principais características, maneiras de se comportar, o que sentem, pensam e vivem, compondo, assim, a representação da mulher e do homem para este grupo (Vargas e Domingues, 1992:157, 158).

A sexualidade seria um segundo tema abordado nas Oficinas. Intrinsecamente ligada aos demais temas, a referida oficina objetivava “reconstituir informações sobre os aparelhos sexuais e reprodutivos que para uns já são conhecidas, para outros serão redimensionadas ou, até mesmo, novas”. A metodologia adotada era da construção coletiva da linha da vida das participantes, observando e discutindo a sexualidade nas várias fases da vida da mulher. Nesta oficina era percebido pela coordenação do projeto um processo de interação maior das mulheres, onde estas se identificavam nas histórias uma das outras (Vargas e Romeiro, 1992: 30).

A terceira temática abordada nas Oficinas era o da concepção / contracepção. O objetivo desta oficina consistia na troca de “vivências, informações e reflexão sobre as formas disponíveis de regulação da fertilidade” (Vargas e Romeiro, 1992:31).

O tema maternidade / paternidade emergia também nas oficinas onde se postulava refletir que a condição feminina de gerar a vida não significaria um imperativo à mulher. Através de dramatizações, refletia-se amplamente sobre a sexualidade humana e do direito à escolha, por parte das mulheres, da maternidade e do acesso ao casamento.

Abordados em oficinas distintas, as temáticas, “Problemas de Saúde frequentes das mulheres” e “Assistência à Mulher nos Serviços de Saúde” eram quase indissociáveis. Quanto à primeira temática dentre estas duas, o objetivo era:

através da sensibilização, aguçar a percepção para o significado das queixas e para a importância da relação profissional / mulher, que associadas às condutas de prevenção e tratamento adotadas, possibilitem à mulher compreender, participar e, conseqüentemente, obter uma resposta para seu problema (Vargas e Romeiro, 1992:32).

Quanto ao tema “Assistência à Mulher nos Serviços de Saúde” a oficina tinha por objetivo propor a reflexão sobre o papel dos profissionais de saúde na operacionalização dos serviços, em especial no que se refere à saúde da mulher e da criança. Na metodologia da dramatização, a criação de cenas cotidianas nos atendimentos era retratada como concreta (Vargas e Romeiro, 1992:32).

A última e não menos importante temática, se refere à metodologia, uma vez que ultrapassada a fase de treinamento, as futuras agentes comunitárias de saúde tinham a incumbência de promover estes encontros com outras mulheres. Também participavam das oficinas as residentes em saúde pública, que contribuíam para um olhar multiprofissional acerca das questões postas, pois era um dos objetivos dos gestores do projeto replicá-lo em outras localidades (Vargas e Romeiro, 1992).

Em agosto de 1987, a ENSP encaminhou à Direção da AP 3.1 um projeto intitulado ‘Treinamento para a extensão de cobertura do PAISMC através de agentes comunitárias de saúde’ no qual registrava o interesse, naquele momento, de expandir a experiência existente em Manguinhos, ao menos para as outras localidades da referida Área Programática da Prefeitura.

4.2 O que faziam os Agentes Comunitários de Saúde?

A atuação dos Agentes Comunitários de Saúde no momento histórico estudado pode ser enquadrada, em três dimensões: a dimensão técnica, ao atender as mulheres e crianças, nas visitas domiciliares; a dimensão política, na promoção da educação em saúde nos lares e na mobilização comunitária para a resolução de problemas; e as dimensões da assistência social, que apesar de não preconizada nos manuais, acabavam incorporadas pelas agentes, como por exemplo, a facilitação do acesso aos serviços médicos (Chiesa e Fracolli, 2004).

Em Manguinhos, cada agente ficaria responsável por um determinado número de famílias, que cadastravam os moradores em fichas especificamente criadas para este projeto. Na primeira parte desta ficha⁵⁴ eram preenchidas as seguintes informações: nome do informante, endereço, número de famílias na residência, a situação do imóvel (próprio, alugado, etc.), número de cômodos da residência, existência ou não de banheiros no imóvel,

⁵⁴Vide Anexo I

o tipo de material utilizado na construção (alvenaria, madeira, etc.), abastecimento de água (encanada, poço, bica comunitária, etc.). Em seguida ainda na primeira página e prosseguindo para a segunda página no verso, seriam incluídos os dados individuais das pessoas que habitavam a residência. Estes dados individuais eram compostos por nome, sexo, idade, naturalidade, escolaridade, composição familiar (pai, mãe, irmão, etc.), ocupação e situação trabalhista.

Além do fornecimento de informações, a ficha auxiliava a supervisão das visitas domiciliares por parte da equipe de técnica. As visitas eram direcionadas a todos os domicílios, entretanto, o cadastramento somente era priorizado junto às famílias que possuíam gestantes ou crianças com idade de zero a cinco anos.

Foi elaborada uma ficha familiar que seria um instrumento básico de acompanhamento das crianças entre 0-5 anos e da supervisão das visitas domiciliares. Após o treinamento para preenchimento desta ficha e uma avaliação da capacitação, as agentes começaram o trabalho de campo sistemático, visitando todas as famílias e cadastrando aquelas que tinham gestantes ou crianças entre 0-5 anos. (Giffin e Shiraiwa, 1989:31).

Ao final do cadastramento, identificou-se 1446 famílias que tinham entre seus membros crianças até cinco anos e/ou gestantes. Em média, cada agente de saúde ficou responsável por 180 famílias ou por 232 crianças. A perspectiva dos gestores à época é de que tais números refletissem a cobertura integral de mulheres e crianças domiciliadas em Manguinhos (Giffin e Shiraiwa, 1989:31).

Os dados obtidos após os primeiros quatro meses de trabalho revelaram alguns traços da situação de saúde daquelas famílias.

Estados de morbidade nas 1446 famílias visitadas durante o primeiro período de aproximadamente 4 meses (membros de 0-5 anos) foram: IRA - algum caso em 31% das famílias; verminose - algum caso em 31% das famílias; problemas de pele - 17% das famílias; diarreia - 5,5% das famílias. A percentagem de crianças de 0-5 imunizadas ou com a imunização em dia foi de 80% (Giffin e Shiraiwa, 1989:32).

Nas visitas domiciliares, as agentes junto à população infantil com idade até cinco anos realizavam: acompanhamento bimensal do peso, com averiguação no domicílio; identificação e encaminhamento de casos suspeitos de desnutrição; controle da imunização; orientação para o aleitamento materno; orientação para o tratamento de diarreias com TRO; identificação, orientação e/ou encaminhamento de problemas comuns, tais como infecções respiratórias, doenças de pele, verminose, catapora, febre, piolho, coqueluche e sarampo.

Junto às gestantes e puérperas, o trabalho consistia na orientação e troca de experiências quanto à importância do pré-natal para a saúde da mãe e do futuro bebê, os problemas mais simples da gestação (vômitos, varizes, prisão de ventre, etc.) e sobre o aleitamento materno (UTGSF, 1987).

A orientação era do contato com os moradores fosse realizado de modo a “não invadir a privacidade das famílias”. Numa primeira visita, o agente identificava-se, explicando os objetivos do projeto e de suas visitas subsequentes. Nesta primeira visita, caso a provável entrevistada concordasse, ocorria um agendamento da próxima. (Valladares et al, 1987:46). A realização das visitas domiciliares envolvia muitas expectativas e dúvidas, entre elas a continuidade ou não trabalho, conforme se observa abaixo:

Devemos reconhecer que uma vez vencida a suposta “resistência” inicial as pessoas são, geralmente, abertas para dar respostas. Isto também parece aplicar-se aos entrevistados de pesquisas clássicas. Provavelmente, o fato das mulheres encontrarem alguém que as ouça, alguém com quem podem falar de sua vida e problemas, embora desconfiando que isso sirva para algum fim, significa um momento catártico diante de um ouvido que não lhe cobra outra coisa. (Valladares et al, 1987:46).

Quando então inventariadas as funções das agentes de saúde, percebe-se que suas práticas foram quase que, em sua totalidade de mediação cultural. De acordo com Gilberto Velho, a existência da mediação fica mais evidente em uma sociedade altamente diferenciada e desigual, em que “estão potencialmente expostos a experiências muito diferenciadas, na medida em que deslocam e têm contato com universos sociológicos, estilos de vida e modos de percepção da realidade distintos e mesmo contrastantes”. Nesta perspectiva, os agentes de saúde, desempenhariam o papel de mediadores ao lidar com vários códigos e viver diferentes papéis sociais, fazendo o trânsito entre diferentes mundos, estilos de vida e experiências (Velho e Kuschnir, 2001:21).

Ou seja, embora as culturas populares não estejam insuladas, mas em permanente relação, guardam não só tradições próprias, como têm formas particulares de se apropriar e interpretar outros níveis e dimensões culturais da sociedade abrangente. Mesmo não tendo, necessariamente, um projeto claro de intermediar, efetivamente tornam-se go-betweens (Velho e Kuschnir, 2001:21)

No entendimento de Gilberto Velho e Karina Kuschnir (2001), os indivíduos assumiriam, por conta das dinâmicas sociais, o papel de mediação ao circularem em espaços culturais heterogêneos. No caso do Agente Comunitário de Saúde, este papel configura-se componente principal do que lhe é requerido em sua atuação profissional,

processado, inicialmente, apenas na facilitação do acesso dos moradores da localidade aos serviços de saúde, mas que ao incorporar o papel de mediador, o faz, principalmente, entre a instituição de saúde e os moradores, e entre os saberes científicos e os populares.

A experiência em Manguinhos, com a incorporação de moradores da localidade atendida para o desenvolvimento de ações de saúde, já havia sido precedida por outros projetos e iniciativas. Nesta direção, “historicamente, a ideia que apóia a inserção do agente comunitário de saúde envolve um conceito que, sob as mais diferentes formas, nomenclaturas e racionalidades, aparece em várias partes do mundo, ou seja, a ideia essencial do elo entre a comunidade e o sistema de saúde” (Silva e Dalmaso, 2002:13).

Alda Lacerda Costa em sua Tese de Doutorado, analisando o Agente Comunitário de Saúde no contexto do PSF, sugere uma reflexão problematizadora deste papel de mediação cultural incorporado pelos agentes de saúde, ressaltando que:

sem dúvida, uma de suas atribuições é aproximar a comunidade dos serviços de saúde e fazer a mediação entre a equipe e os usuários, porém o que questionamos é o fato do seu papel de mediador ser tratado como uma realidade dada, sendo simplificado e naturalizado. Não se trata de desconsiderar a mediação, mas compreender o seu significado e as repercussões que geram no trabalho. É preciso clarear, situar e ressignificar o papel de mediador social do ACS dentro da complexidade do trabalho na Estratégia Saúde da família e na equipe de saúde, de modo a se evitar distorções na compreensão do seu perfil profissional e da relação entre trabalho prescrito e trabalho real (Lacerda, 2010:35)

A mediação pode ser identificada, então, como um fenômeno sociocultural que envolve um processo de interação e comunicação, cuja característica é a presença marcante de diferenças sociais. Nesta direção, o mediador seria aquele que ‘constrói pontes’ entre mundos sociais distintos (Velho & Kuschnir, 2001). Nesta direção, os agentes de saúde, tanto nas visitas domiciliares, como na condução e realização de grupos de mulheres, promovem a troca e comunicação de saberes, linguagens e procedimento, que seriam as ‘pontes’.

É importante destacar que o agente comunitário se configurava inicialmente como morador e que, para assumir seu novo papel, precisou ser envolvido por um ‘processo de construção de pontes’. Os saberes e técnicas em Saúde circulantes no Campus da Fiocruz necessitaram de um processo de transposição didática, para se adaptar a uma nova

linguagem, repleta de elementos oriundos das representações de mundo e do que seria saúde-doença.

Nesta direção, as práticas educativas empreendidas pelos agentes de saúde correspondiam a um trabalho de tradução de linguagens e saberes, e neste sentido, conforme Joaquim Cardoso de Mello, a educação em saúde seria “um processo que vai muito além das práticas educativas restritas a indivíduos, grupos ou populações”. Joaquim acrescenta, ainda que “enquanto processo educacional é mediação de relações sociais com a totalidade, relações essas que se concretizam nas práticas de saúde” (Melo 1992 in EPSJV, 2007: 23).

Essa relação com a totalidade é potencializada, ou não, pelo entendimento do que seria saúde para os mediadores, o que em seu treinamento sinalizaram seu entendimento ampliado do conceito saúde, que para além de fatores apenas biológicos e do ambiente, relaciona o estado do indivíduo, como saudável ou doente, também com as questões econômicas e sociais.

Segundo Eduardo Navarro Stotz (et al), a história da Saúde Pública, desde o século XVIII, constitui como hegemônico o enquadramento sobre o que seria a saúde e a doença, baseado exclusivamente na explicação científica das profissões da área de saúde: medicina, psicologia, odontologia e outras. Sendo estas áreas disciplinares que definem o que é saúde ou o que é doença, partiriam delas, também, as maneiras de resolver os problemas - hospitais, clínicas, consultas, remédios, cirurgias, conferindo ao mundo uma concepção de saúde na qual seria inimaginável a ausência de vacinas e dos procedimentos tecnológicos diversos (Stotz et al, 2009).

No século XX, à partir principalmente da década de 1970, amplia-se o debate internacional, com marcos importantes como a Conferência Internacional de Cuidados Primários (Alma Ata - 1978), a Primeira Conferência Nacional de Saúde (Canadá-1981) e a 1º Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde (Canadá - 1986), direcionando as políticas públicas em saúde para a organização dos serviços em torno da Atenção Primária, da ampliação do conceito de saúde, e desta forma, da recomendação de uma prática pautada na Promoção da Saúde. Assim, estas conferências, debates e políticas internacionais ecoam também no Brasil, sendo adequadas ao contexto político, social e econômico local.

O Projeto em Manguinhos, ao propor uma atuação balizada no conceito ampliado em saúde em consonância com os debates internacionais e no contexto do Movimento pela Reforma Sanitária, esquiva-se do modelo de educação sanitária operacionalizada de maneira vertical, pautada na modificação de comportamentos no qual os indivíduos são passivos diante do processo educativo.

A educação como dispositivo de mediação possibilitou, sobretudo, que os agentes de saúde atuassem como mobilizadores sociais em suas localidades. Os pesquisadores Vera Joana Bornstein e Eduardo Navarro Stotz analisando o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da ESF- Estratégia Saúde da Família, afirmam que:

No cotidiano de trabalho, as tensões que se produzem nas interfaces entre a dinâmica comunitária e a intencionalidade dos serviços colocam, para o ACS, o papel de mediador ampla das relações de produção e reprodução das condições da existência. Também se espera que este ACS atue como um educador e como agente mobilizador da comunidade (Bornstein e Stotz, 2008).

Ainda que o agente de saúde em Manguinhos não esteja situado temporalmente no contexto do ESF, sua atuação enquanto mediador, e também mobilizador da comunidade pode ser confirmada. As relações de mediação se processam em espaços onde existem disputas de poder, e nesta direção, a proposta adotada em Manguinhos foi a de que os agentes de saúde tanto em seu treinamento quanto na sua ação laborativa adotassem pressupostos de Paulo Freire como forma de minimizar as tensões e conflitos existentes.

A primeira tensão ou conflito pode ser apontada pelo fato do morador ser ao mesmo tempo usuário e prestador de serviços de saúde, o que alguns autores a denominam como uma relação “singular e contraditória” (Dalmaso e Silva, 2002). O fato de ser membro da população atendida serviu como um diferencial positivo (e de certa maneira, embasou a lógica de agentes comunitários) para um alcance maior das ações educativas. Ainda que sua atuação se desse na comunidade, com seus pares moradores de Manguinhos e que vivenciavam os mesmos problemas, o fato de estarem sob uma função remunerada em um projeto de governo conferia-lhes status frente aqueles que não compunham a equipe de saúde. Um processo de diferenciação social ocorria, permanecendo o papel “singular e contraditório” como um desafio ainda presente na atuação dos Agentes de saúde Comunitários no contexto do PSF.

Assim, agentes e mulheres da área deixam de ser iguais e podem se perceber enquanto diferentes porque as oportunidades sociais no projeto as acabam fazendo diferentes: quer aprofundando diferenças existentes no princípio embora não conscientes, quer criando diferenças onde não existiam (Valladares et al, 1987:40).

Ainda que os processos de diferenciação viessem a existir, o fato de pertencer à comunidade garantia a essência do Agente Comunitário de Saúde, onde sua identidade se constituía a partir de elementos subjetivos de seu local de nascimento e de moradia. Nesta direção, sua atuação pressupunha uma compreensão das dificuldades locais e, também uma certa disponibilidade para “escutar” os problemas dos usuários. Seria este um elemento não comum aos demais profissionais da equipe de saúde. Alda Lacerda pontua que:

Por um lado, esses trabalhadores realizam visitas domiciliares e desenvolvem atividades que devem ser levadas às equipes de saúde, por outro, exercem ações de solidariedade em função das relações de amizade e vizinhança, e que, a priori, não fazem parte do seu trabalho e não precisariam informar aos demais profissionais. Essas formas de mediação se misturam, pois os limites do seu trabalho são muito tênues (Lacerda, 2010:35)

Desta forma, relações afetivas devem ser colocadas em pauta na reflexão de atuação deste agente de saúde. Na Rocinha, por exemplo, as agentes de saúde da SMDS valiam-se de sua afetividade para superar certos obstáculos ao mesmo tempo em que era uma ferramenta para que a equipe técnica do projeto se aproximasse das agentes comunitárias, sem se configurar uma ação planejada, mas contribuía para a efetividade do trabalho. A afetividade não prevista antecipadamente impunha um dilema ético enfrentado pela equipe de gestão, onde surgiu a seguinte pergunta: - “Até que ponto é ético construir relações baseadas na igualdade e solidariedade a partir de relacionamentos afetivos emergentes da interação entre técnicas e agentes?” (Valladares et al, 1987:40).

Sendo as relações pessoais e afetivas colocadas enquanto caminho para se conseguir relações igualitárias e solidárias entre as mulheres (as técnicas, as agentes, as outras mulheres), poder-se-ia supor que estamos diante de uma das piores formas de manipulação (Valladares et al, 1987:41).

Neste sentido, a equipe de consultoras da Flasco chegou à conclusão de que apesar de suas origens sociais e profissionais distintas, as agentes de saúde, mulheres da comunidade e membros do corpo técnico partilhavam sentimentos comuns quanto aos problemas enfrentados pelas mulheres. E nesta direção, as relações afetivas não eram apenas as relações entre agentes e técnicas, por exemplo, mas sim a relação entre mulheres

“que devem construir acordos, na base da solidariedade e da igualdade, que lhes possibilite construir e conservar o poder” (Valladares et al, 1987:42).

A apropriação de um saber sobre a mulher; o desenvolvimento da autoconfiança; a legitimação do direito da mulher a uma vivência prazerosa da sexualidade; o direito de cada mulher à maternidade como exercício livre e voluntário, entre outros, eram objetivos de todas as mulheres envolvidas no processo (Valladares et al, 1987:41).

Outra tensão identificável é a relação entre o agente de saúde e os demais membros da equipe multiprofissional, na qual o agente aparece hierarquicamente de maneira subalterno aos demais profissionais graduados. Desta forma, a equivalência de saberes proposta nem sempre ocorre, pois os agentes compõem ‘um grupo dentro da equipe’ de saúde, mas não integram necessariamente a ‘equipe técnica’.

Quando ocorria o movimento de aproximação entre a equipe técnica e as agentes, emergia outra tensão, que poderia ocorrer na relação mulheres agentes e mulheres clientes.

Para se alcançar tais objetivos, as técnicas rejeitam comportamentos vigentes que as situam numa posição superior de poder e de saber, que confirmam e realizam as hierarquias e discriminações vigentes na sociedade. No primeiro momento, porém, a maior igualdade entre técnicas e agentes é acompanhada por uma maior diferenciação entre agentes e outras mulheres, que tem que ser superada (Valladares et al, 1987:40).

As consultoras da Flasco nos projetos existentes na Rocinha e em Manguinhos mencionaram valores de igualdade e solidariedade que eram essenciais para o bom desenvolvimento do projeto e que coexistiam com “valores hierárquicos e discriminatórios”, onde por vezes a hierarquização predominava resultando no que elas denominavam como “comportamentos inerciais” (Valladares et al, 1987:40).

Parte-se do entendimento que alguns dos preceitos baseados na Pedagogia de Paulo Freire e da Educação Popular na proposta de Manguinhos não coincidiram com o caráter comunitário ou popular apenas, e sim na possibilidade de dirimir os conflitos que emergiriam da atuação de um novo trabalhador do setor saúde, também morador da área atendida coexistindo com um modelo de organização sanitária centrada na prática médica, onde trabalhadores especialistas dividiriam espaço com este novo trabalhador leigo. Para tal, há um movimento de superação que Boaventura de Souza Santos afirma existir nas sociedades contemporâneas: “Monocultura do Saber e do Rigor”. Este fenômeno é

sustentado pela “ideia de que o único saber rigoroso é o saber científico; portanto, outro conhecimento não tem a validade nem o rigor do conhecimento científico” (Santos, 2007:29). Este pensamento impregnou (e impregna) muitas práticas de educação em saúde no passado⁵⁵, onde adoção de comportamentos ou hábitos distintos do preconizado pela ciência eram a causa de muitas doenças.

O estudo de Vera Joana Bornstein (2007), focado no papel de mediação dos Agentes Comunitários de Saúde atuantes na Estratégia Saúde da Família, reconhece a existência de múltiplas possibilidades da prática mediadora pelos agentes de saúde. A autora se apropria dos conceitos enunciados por Cipriano Carlos Luckesi em seu estudo sobre a educação e a sociedade, onde enumera algumas correntes ou modelos filosóficos pela qual a educação é operacionalizada. Desta forma, Vera Joana Bornstein afirma que a mediação poderia se processar da maneira convencedora, reprodutora ou transformadora, sendo definidas como:

Mediação convencedora, por meio da qual se busca transmitir ou repassar informação sobre atitudes e comportamentos considerados corretos, retificando os desvios existentes. Sua atuação se dá como algo “externo” e seu papel é o de integrar harmonicamente os indivíduos no todo social já existente, corrigindo seus desvios. Mediação reprodutora, por meio da qual se pretende viabilizar a reprodução da força de trabalho nas suas dimensões biológicas e culturais, visando a perpetuação da sociedade. A necessidade da sociedade de reproduzir-se para perenizar-se pode justificar uma educação vertical e autoritária. No caso da saúde, o medo da morte ou as conseqüências do não cumprimento da prescrição podem ser as argumentações deste tipo de mediação. Mediação transformadora, na qual se enfatiza a transformação da sociedade numa perspectiva democrática. A educação é uma instância dialética que media esta transformação. Uma mediação deste tipo contribui para novas práticas em saúde, abertas ao reconhecimento da existência de diferentes saberes sobre a saúde, sejam eles médicos ou não médicos, que fazem parte da vida (Bornstein, 2007: 172).

Nesta direção, a referida autora reconhece as possibilidades do agente de saúde assumir apenas a dimensão convencedora ou reprodutora em suas práticas de mediação. Comparando a atuação dos agentes de Manguinhos, nos 1980, com os envolvidos na ESF, nos anos 2000, apesar das similaridades, existem diferenciações que não podem ser ignoradas. A principal delas é o fato de que o agente de saúde estudado pela autora, já tinha no momento de sua pesquisa, sua profissão regulamentada. Além disso, a ação do agente na ESF é direcionada à família e não apenas às mulheres e crianças como preconizada, no

⁵⁵ Ainda que por vezes não explicitadas, tais elementos permanecem nos dias atuais.

contexto do PAISM, no ano de 1986, em Manguinhos. O caráter mediador destas agentes, no entanto, é percebido nestes dois momentos. E nesta direção, Vera Joana Bornstein aponta conclusivamente em seu trabalho que para que atuação dos agentes de saúde se processasse de maneira transformadora se faria necessária a adoção de alguns procedimentos pelos gestores, a saber:

- a) O entendimento da educação popular como eixo estruturante, em torno do qual se dê não só a formação dos agentes, mas todo o trabalho daquela estratégia que é responsabilizada pela mudança do modelo de atenção básica. Para ser coerente com seus princípios, a educação popular não pode ser um tema entre tantos outros na formação dos agentes;
- b) A flexibilização da formação dos ACS com a incorporação de temáticas locais;
- c) A desburocratização do trabalho dos ACS e de toda a equipe de saúde e o controle sobre o desvio de função, abrindo espaço para o trabalho educativo (Bornstein, 2007: 206; 207).

Deste modo, o primeiro procedimento seria a adoção de preceitos da educação popular como estruturante das práticas dos agentes. Reiteradas vezes, neste trabalho, foi enunciada a identificação de elementos da pedagogia de Paulo Freire no treinamento dos agentes de saúde, em Manguinhos. Quando mencionada a terminologia educação popular, esta necessita ser compreendida como um mosaico de diferentes vertentes, mas que em comum, nas palavras de Eduardo Stotz, compartilham uma abordagem construída por Paulo Freire da Educação.

Decorre dessas premissas que a Educação Popular e (em) Saúde não é um campo técnico-científico, mas um 'movimento social' singular, composto de pesquisadores, profissionais e técnicos do chamado setor saúde, e de ativistas, técnicos e lideranças dos movimentos e organizações sociais comprometidos em participar e ampliar os esforços de emancipação das camadas trabalhadoras do povo brasileiro. Trata-se de um movimento que, em sua heterogeneidade, participa de visões de mundo diferentes (cristianismo, humanismo e socialismo), mas compartilha a abordagem freiriana da educação (Stotz, 2005:10).

A flexibilização da formação do agente, com a incorporação de temáticas locais, se constitui outra proposta de Vera Joana Bornstein. Em Manguinhos, os referenciais teóricos adotados nos treinamentos dos agentes corroboraram para um modelo de treinamento participativo e dialético, o que contribuiu decisivamente para a incorporação de temáticas locais. A desburocratização das rotinas de trabalho, apontada por Vera Joana Bornstein, talvez não se enquadre às agentes que atuaram em Manguinhos, pois os números de

formulários e fichas a serem preenchidas pelas agentes no contexto da ESF são muito maiores.

Este exercício de comparação permite perceber que a proposta em Manguinhos (1986) já trazia consigo elementos que, anos mais tarde, seriam apontados como decisivos para uma prática educativa transformadora. Estes elementos, na opinião de Vera Joana Bornstein, constituem, nos dias atuais, “questões fundamentais para que o modelo assistencial possa corresponder às necessidades e expectativas da população e se aproximar dos princípios de integralidade, equidade, humanização e participação popular” (Bornstein, 2007: 207).

As coordenadoras do Projeto em Manguinhos, Karen Giffin e Tizuko Shiraiwa (1989), sinalizaram que as propostas de educação em saúde a serem praticadas pelos agentes de saúde estavam direcionadas para uma prática ‘transformadora’ e não ‘dominadora’, e destacam alguns aspectos que possibilitaria o alcance dos objetivos propostos. O primeiro destes é o fato de que as agentes comunitárias participavam enquanto componentes do serviço público, podendo também corroborar na provisão imediata dos serviços de saúde à população local, ainda que no patamar da provisão de informações. O segundo aspecto é que ao concluir o processo de treinamento, a agente de saúde já poderia colaborar para a democratização dos saberes médicos. O terceiro aspecto centrava-se na metodologia da discussão “da vivência própria (incluindo os problemas de saúde) o que facilitaria a participação ativa tanto no processo educativo como no cuidado da saúde”. Neste sentido, a metodologia adotada promoveria a “autoconfiança das mulheres atingidas (agentes e clientes)”. Um último aspecto diz respeito à valorização da “vivência própria” enquanto um conteúdo básico no treinamento e atuação das agentes. Ressalta, ainda, que nos encontros em grupos “a natureza coletiva do fenômeno saúde e seus condicionantes político-sociais ficam mais transparentes e relevantes” (Giffin e Shiraiwa, 1989:36).

Para finalizar este capítulo, destacamos uma reflexão de Karen Giffin e Tizuko Shiraiwa, onde se apresentam cõnscias da necessidade de repensar a oferta dos serviços de saúde pública, naquele momento histórico, na medida em que este simbolizou “um processo de aprendizagem e transformação tanto dos profissionais de saúde como da sua clientela” (1989:36).

Considerações Finais

Considerações Finais

O Projeto de Saúde Comunitária em Manguinhos, centro desta investigação, que teve início em 1986, na Unidade de Treinamento Germano Sinval Farias /Fiocruz, se deparou com importantes marcos. Sua emergência se processou a partir de uma série de questões, onde se destaca a incapacidade do serviço público de saúde em responder as demandas advindas da precária saúde de uma parcela significativa da população. Neste contexto a incorporação de moradores, como Agentes Comunitários de Saúde, traduziu-se em medida estratégica sendo-lhes atribuído cotidianamente o papel de mediador cultural, com incorporação de preceitos de educação popular.

A complexidade das questões imbricadas, neste processo, demandou o estabelecimento da centralidade desta pesquisa ao período de 1986-89 delimitado, inicialmente pela implantação da parceria da UTGSF com o Unicef e, por fim pela incorporação de agentes comunitários ao quadro funcional da Fiocruz.

A configuração do agente comunitário (1986-1989) se diferenciava do perfil das Visitadoras Sanitárias e das Auxiliares de Enfermagem atuantes na UTGSF desde sua criação, entre outros aspectos, pelo fato de serem obrigatoriamente moradores de Manguinhos, e de possuírem um instrumental laborativo exclusivamente direcionado a práticas educativas em saúde, não havendo, previsão, na atuação em ações curativas.

Na década de 1980, identifica-se também, outras iniciativas / projetos, que incorporam a mesma lógica, afinados com alguns dos preceitos que direcionaram o Movimento Pela Reforma Sanitária, como a participação comunitária, a educação popular e o entendimento ampliado da saúde. Apesar desta afinidade, e do desejo explícito da chefia do serviço da UTSGSF (1989) em incorporar o Agente Comunitário de Saúde, este não esteve atuante, em Manguinhos, na maior parte dos anos 1990. Este hiato, aliás, pode servir de base para futuras pesquisas. Certamente o interstício, entre os anos de 1989 a 1999, quanto à adoção do agente comunitário, nas ações de saúde em Manguinhos, se processou, entre outros fatores, pelo desalinhamento político entre os representantes dos poderes executivos municipal, estadual e federal, pela disputa (política e acadêmica) do modelo em Atenção Primária a ser implementado, dos problemas de econômicos que vivenciava a

nação (e por conseqüência os entraves de financiamento da saúde), e localmente, pela intensificação do domínio de traficantes na localidade de Manguinhos, inibindo ações que tenham por base a visita domiciliar.

No plano nacional, ainda na primeira metade da referida década, foram constituídos o Programa Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (1991), o Programa dos Agentes de Saúde (1992) e o Programa Saúde da Família (1994). Ainda que existam referências da atuação de pesquisadores da Fiocruz na formulação e operacionalização nestes projetos/programas, em Manguinhos, foi apenas em 1998 que se iniciaram discussões e debates, empreendidos no contexto do Programa de Desenvolvimento Local Integral e Sustentável de Manguinhos / Fiocruz), que demandou como necessidade o uso de agentes comunitários. Na época da implantação do PSF, lideranças locais e dirigentes de Associações de Moradores adotaram uma postura de desconfiança frente ao uso de agentes comunitários, julgando ser esta mais uma proposta clientelista e sem continuidade, segundo Lenira Zancan (Zancan, 2002).

Apesar da descontinuidade do Projeto, a metodologia empregada e os preceitos de educação popular permaneceram presentes em Manguinhos, no treinamento dos agentes, no contexto da Estratégia Saúde da Família. Hoje, conforme aponta Vera Joana Bornstein, há necessidade de promover uma atuação dos agentes de saúde com o

entendimento da educação popular como eixo estruturante, em torno do qual se dê não só a formação dos agentes, mas todo o trabalho daquela estratégia que é responsabilizada pela mudança do modelo de atenção básica. Para ser coerente com seus princípios, a educação popular não pode ser um tema entre tantos outros na formação dos agentes (Bornstein, 2007: 206- 207).

A proposta de atuação de educação em saúde embasada numa pedagogia dialética, entretanto, nem sempre é correspondida na prática. Tanto no contexto do Projeto de Saúde Comunitária, em Manguinhos, como na atuação dos agentes comunitários, na Estratégia Saúde da Família, ocorre uma séria dificuldade de superação do modelo hegemônico caracterizada pela prática em educação estabelecida verticalmente que concebe a população atendida como receptores. A adoção de parâmetros que ditam mudanças de comportamentos como o caminho para uma condição saudável ainda é preconizada, mesmo que não explicitamente. Tal superação, considerando a amplitude da questão, somente dar-se-ia à partir de um processo de treinamento continuado e permanente.

Outra questão, que marca os anos 1980, diz respeito a consolidação do domínio de narcotraficantes nas localidades de Manguinhos, que não é mencionado, em nenhum relatório, como entrave da atuação dos agentes nos domicílios, existindo apenas referências quanto às dificuldades de deslocamento nas comunidades e de acesso físico ao posto de saúde. Este domínio que se amplia na década seguinte, coincide com o aumento da interferência dos narcotraficantes na gestão das Associações de Moradores e com a diminuição da participação da população nestes espaços.

Além das possíveis barreiras concretas existentes com a circulação de traficantes armados, existem ainda outras barreiras, simbólicas e culturais, construídas sob outras determinações, algumas destas sinalizadas nos documentos pesquisados. Um exemplo destas barreiras é a diferenciação histórica, social e cultural de gênero que subjetivaram muitas das mulheres quanto ao entendimento de que a realização pessoal, enquanto sujeito, somente seria possível com a maternidade. Ou seja, a maternidade para muitas mulheres não era vista como uma escolha⁵⁶, mas obrigação, e desta forma, participar de um grupo de anticoncepção, por exemplo, não teria sentido.

Uma observação acerca do conteúdo dos manuais e documentos pesquisados refere-se às questões relativas ao corpo da mulher, sua sexualidade e, sobretudo à homossexualidade, que não foram aqui aprofundadas por não se constituírem foco desta pesquisa e demandarem análise bastante específica. Tania Navarro Swain ao escrever sobre o lesbianismo identifica uma estratégia sutil de dominação masculina, onde o que “não se fala, logo, não existe”. Cita, por exemplo, que nos julgamentos promovidos pelo tribunal da inquisição no século XVII, não existia uma palavra específica para nomear as mulheres acusadas de práticas homossexuais. Eram apenas chamadas de sodomitas. Desta forma, o “não dito” revela certos elementos que poderão ser abordados em outra pesquisa.

As possibilidades de questões a serem formuladas no campo da história da atuação das agentes de saúde em Manguinhos são múltiplas. Aqui, no entanto, propôs-se lançar um olhar sobre suas práticas educativas e seu treinamento profissional. Ainda hoje o perfil de atuação dos agentes de saúde e de sua formação são temas para debates e reflexões no campo da Saúde Pública. Em Manguinhos, no ano de 1986, a atuação de moradoras na

⁵⁶ Por outro lado, algumas mulheres pobres viam na laqueadura ou no DIU uma possibilidade da não obrigatoriedade da maternidade.

promoção de educação em saúde, apesar de algumas outras experiências similares, era tida como uma inovação, mas quando comparadas com a atuação das Agentes Comunitárias de Saúde no contexto do SUS, se reconhece diversas similaridades entre ambos os projetos. Naquele contexto, conforme Karen Giffin e Tizuko Shiraiwa, surgia uma necessidade de se encontrar novos modelos aplicáveis na Saúde Pública brasileira:

O momento em que a efetivação da Reforma Sanitária exige uma definição de novos modelos na prestação de serviços e na formação de recursos humanos acreditamos ser de grande importância a análise de experiências como esta, que traçaram os seus caminhos através da ação concreta, junto à população atendida (Giffin e Shiraiwa, 1989: 27)

Na atuação dos agentes, seja nas visitas domiciliares ou na condução de grupos, o papel de mediação fica claro. Um exemplo destas mediações se processa na relação dos saberes distintos, entre os adquiridos nos treinamentos de base científica e os organizados à partir da vivência diária dos moradores. Outro tipo, é o que se processa na facilitação do acesso dos moradores ao serviço de saúde, com um processo de reconhecimento (e busca da superação) das barreiras, sejam elas concretas ou subjetivas. Nesta direção, os preceitos de educação popular emergem como estratégicos para a viabilidade de uma educação em saúde construída “com” e não “para” a população.

Atualmente, observam-se, em linhas gerais, questionamentos quanto a relação entre a qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde e o comprometimento de sua atuação de mediador, uma vez que se distanciaria culturalmente de suas origens? Ao mesmo tempo outra questão se coloca quanto a formação mais sólida, que poderia corroborar para diminuir a relação vertical, normalmente, processada no interior das equipes de saúde.

Seria então necessário compreender quais novos conceitos são incorporados aos agentes em seu treinamento, que, associados ao seu lugar enquanto um membro da equipe de saúde estabelecem, cotidianamente, na relação com o outro, uma posição social hierarquicamente superior aos moradores da localidade atendida. Sendo assim, postula-se o entendimento de que um processo formativo, se pautado em preceitos de educação popular, poderia minimizar os impactos negativos da hierarquização social, seja do agente no interior da equipe multiprofissional ou deste frente à sua comunidade de origem. A formação do agente de saúde deve considerar que as diversas reclamações/ observações dos usuários nos serviços de saúde, entendidas, como ato de ignorância por muitos

profissionais, devem ser entendidas de maneira estratégica pelo agente comunitário, atuante neste contexto como tradutor/mediador.

Durante este período (1986-1989), as atividades preconizadas para os agentes pautavam-se em ações de educação em saúde, com centralidade na Saúde da Mulher e da Criança até cinco anos de idade, norteados por algumas diretrizes do PAISM- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Esta orientação preconizada pelo PAISM favoreceria, em uma observação inicial, um deslocamento da atenção, da saúde da mulher e da criança, para a saúde da família. Esta é uma constatação que não pôde ser abarcada pelo recorte temático e temporal assumido pela complexidade do tema.

Esta pesquisa buscou a construção de uma narrativa histórica capaz de abordar as práticas dos agentes comunitários de saúde em Manguinhos, na segunda metade dos anos 1980, considerando suas potencialidades e limites, dentro de um enquadramento que aprecia o movimento histórico de profissionalização desta ocupação, deixando em aberto a possibilidade de novos olhares e reinterpretações. Esperamos com este estudo contribuir, para a melhoria dos serviços de saúde e atenção às comunidades populares, apreciando a reflexão histórica como passível de transformação social.

Anexos:

Anexo I – Formulário Utilizado pelas Agentes comunitárias de saúde (frente)

QUESTIONÁRIO	
Nº	ÁREA

Nº DE FAMÍLIAS NO DOMICÍLIO					
01	02	03	04	05	06

Ministério da Saúde
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
 ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
 Centro Saúde - Escola Germano Siegel Faria

**CADASTRO DOS MORADORES
 DA ÁREA DE ATUAÇÃO DA UTGSF**

NOME DO INFORMANTE _____
 ENDEREÇO _____

CONDIÇÕES DOMICILIARES

SITUAÇÃO DO IMÓVEL	Nº DE CÔMODOS	BANHEIRO	TIPO DE HABITAÇÃO	ABASTECIMENTO DE ÁGUA / REDE PÚBLICA
PRÓPRIO <input type="checkbox"/>	01 <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	ALVENARIA <input type="checkbox"/>	DIRETO DA REDE <input type="checkbox"/>
ALUGADO <input type="checkbox"/>	02 <input type="checkbox"/>	DENTRO <input type="checkbox"/>	MADERA <input type="checkbox"/>	ACIMA <input type="checkbox"/>
CEDIDO <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	FORA <input type="checkbox"/>	MISTO <input type="checkbox"/>	DEPÓSITO NO NÍVEL <input type="checkbox"/>
EM AQUISIÇÃO <input type="checkbox"/>	04 <input type="checkbox"/>	IND <input type="checkbox"/>	PALAFITA <input type="checkbox"/>	ABAIXO <input type="checkbox"/>
OUTRAS <input type="checkbox"/>	ACIMA DE 4 <input type="checkbox"/>	COLET <input type="checkbox"/>	OUTROS <input type="checkbox"/>	TORNEIRA COLETIVA <input type="checkbox"/>

DADOS INDIVIDUAIS

Nº DE ORDEM	NOME	SEXO	DATA NASC.	NAT.	ESCOLARIDADE	COMPOSIÇÃO FAMILIAR	OCUPAÇÃO	SITUAÇÃO TRABALHISTA

Anexo II – Formulário Utilizado pelas Agentes comunitárias de saúde (verso)

- BERLINGUER, Giovanni. **A doença**. São Paulo: Ed Cebes - Hucitec, 1988.
- BHATTACHARYYA, Karabi; WINCH, Peter; LE BAN, Karen and TIEN, Marie. **Community Health Worker Incentives and Disincentives: How They Affect Motivation, Retention, and Sustainability**. Published by the Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II) for the United States Agency for International Development. Arlington, Virginia, October 2001.
- BLACK, Maggie. **Children First: the story of Unicef, past and present**. Oxford: Oxford University Press; 1996.
- BODSTEIN, Regina. **Serviços Locais de Saúde: Construção de Atores e Políticas**. Relume-Dumará, 1993, Rio de Janeiro.
- BORNSTEIN, Vera Joana. **O agente comunitário de Saúde na mediação de saberes**. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.
- BORNSTEIN, Vera Joana; STOTZ, Eduardo Navarro. **O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde : entre a mediação convencedora e a transformadora**. Trabalho, educação e saúde, Rio de Janeiro, v.6, n.3, p.457-480, nov.2008 /fev.2009.
- BOSCHI, R. (1979) **Elites industriais e democracia**. Rio de Janeiro: Graal/Biblioteca de Ciências Sociais.
- BOSCHI, R. e VALLADARES, L. (1983) **Problemas teóricos na análise de movimentos sociais: comunidade, ação coletiva e o papel do Estado**. Espaço e Debates, nº 8.
- BOSCHI, Renato Raul; VALLADARES, Lícia do Prado. **Movimentos associativos de camadas populares urbanas: Análise comparativa de seis casos**. In: BOSCHI, Renato Raul (org.). *Debates Urbanos 5 – Movimentos coletivos no Brasil urbano*. Rio de Janeiro: Zahar Ed. p.103 – 143, 1982.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.
- BRASIL. **Decreto 16.300 de 1923**. Regulamenta o funcionamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1923.
- BRASIL. **Decreto nº 3.189, de 4 de outubro de 1999**. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1999; 5 out.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Reforma Sanitária**. Disponível em: <<http://bvsarouca.cict.fiocruz.br/sanitarista05.html>> Acesso em 18 de outubro de 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997**. **Aprova as normas e diretrizes dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família**. Diário Oficial República Federativa do Brasil, Brasília, DF 1997; 19 dez.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde. – relatório final da 8ª CNS**. Brasília: DF; 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 025, de 12 de dezembro de 1991 do Conselho Nacional de Saúde. Aprova o documento Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde - PNACS**; 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde; 1997b.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Questão da saúde e Serviço Social. As práticas profissionais e as lutas no setor**. São Paulo: PUC-SP (Tese de doutoramento), 1991. (mimeo).

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Superando Desafios - O Serviço Social na Saúde na década de 90**. In: Superando Desafios - Cadernos do Serviço Social do HUPE (03). Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

BRITTO, Nara e LIMA, Nísia Trindade. **Saúde e nação: a proposta do saneamento rural. Um estudo da revista saúde (1918-1919)**. Estudos de História e Saúde nº3. Rio de Janeiro, Fiocruz/Casa de Oswaldo Cruz: mai. 1991.

BROWN, Theodore M.; CUETO, Marcos; FEE, Elizabeth. **A transição de saúde pública 'internacional' para 'global' e a Organização Mundial da Saúde**. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, Sept. 2006 .

BRUM, Mario Sergio. **“O povo acredita na gente”:** Rupturas e continuidades no movimento comunitário das favelas cariocas nas décadas de 1980 e 1990. Dissertação de Mestrado em História Social – PPGH/UFF, Niterói, 2006;

BURGOS, Marcelo. **Dos parques proletários ao Favela-Bairro: as políticas públicas nas favelas do Rio de Janeiro**. In ZALUAR, A. e ALVITO, M. (orgs.). *Um século de favela*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1998.

BURGOS, Marcelo. **Favela e luta pela cidade: esboço de um argumento**. In: SILVA, Jailson de Souza e. *O que é favela, afinal?* Rio de Janeiro: Observatório de Favelas, 2009. (Coletânea de textos) Disponível em: www.comunidadessegura.org. Acesso em: 20 set 2011.

BURGOS, Marcelo. **Utopia da comunidade: Rio das Pedras, uma favela carioca**. Rio de Janeiro: Editora Puc-Rio/Loyola, 2002.

BUSS, P. M.; FERREIRA J. R. **A atenção primária e promoção da saúde**. In: BRASIL. Projeto Promoção da Saúde: As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 5-17.

BUSS, P.M. **Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde**. In: Czeresnia, D., Freitas, C.M. (orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2003.

CAMPOS, André Luiz Vieira de. **Cooperação internacional em saúde: o Serviço Especial de Saúde Pública e seu programa de Enfermagem**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, n.3, p.879-888, 2008.

- CAMPOS, André Luiz Vieira de. **Políticas internacionais de Saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942- 1960**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- CANESQUI, Ana Maria. **A saúde da mulher em debate**. Revista Saúde em Debate 15/16:29-36 , 1984.
- CANESQUI, Ana Maria. **Assistência Médica e à Saúde e Reprodução Humana**. Campinas, NEPO-UNICAMP, 1987 (textos NEPO 13).
- CERTEAU, Michel de. **A Escrita da história**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.
- CHAGAS, Evandro. **Enfermagem em face do problema rural do Brasil**. Annaes de Enfermagem, ano 6 (15), 1938, pp.5-7.
- CHALHOUB, Sidney. **Cidade Febril: cortiços e epidemias na corte imperial**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- CHIESA, A.M. e FRACOLLI, L.A. **O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da promoção da saúde**. Rev Brasileira Saúde Família janeiro 2003 a abril 2004, edição especial; (7):42-9.
- COIMBRA, Cecília. **Operação Rio: O mito das classes perigosas: um estudo sobre a violência urbana, a mídia impressa e os discursos de segurança pública**. Niterói: Oficina do Autor, 2001.
- CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Movimento Sanitário Brasileiro na Décadas de 70: A participação das universidades e dos municípios – memórias**. Brasília: CONASEMS, 2007
- CORRÊA, Roberto Lobato. **O espaço urbano**. São Paulo: Ática, 1989.
- CORREIA, Emilia Maria de Andrade. **Agente comunitário de saúde: a construção de um poder capturado**. Rio de Janeiro, s.n., 2008. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.
- LACERDA, Alda Maria. **Redes de Apoio Social no Sistema da Dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde**. Rio de Janeiro, s.n., 2010. Tese de Doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz).
- COSTA, Ana Maria. **Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil**. In Giffin, Karen e Costa, Sarah H. (orgs). **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1999.
- COSTA, Ana Maria. **O PAISM: Uma Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher a Ser Resgatada**. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução, 1992.
- COSTA, Jurandir Freire. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- COSTA, Nilson Rosário. **Educação Sanitária: uma visão crítica**. Caderno do CEDES, São Paulo, número 4, 2º reimpressão, 1984.
- CUETO, Marcos. **The origins of primary health care and selective primary health care**. American journal of public health, v. 94, p. 1864-74, 2004.

CUNHA, M. B. 2005. **Nos desencontros e fronteiras: os trabalhadores sociais das favelas do município do Rio de Janeiro**. tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Educação, Universidade Federal Fluminense: Niterói, RJ

CURY, Carlos Roberto Jamil. **Educação e contradição**. 6ª ed. Cortez. São Paulo. 1995.

CURY, Carlos Roberto Jamil. **Educação e Contradição: elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo**. São Paulo: Cortez, 1995.

CYRINO, Antonio de Pádua Pithon. **Organização tecnológica do trabalho na reforma das práticas e dos serviços de saúde: estudo de um serviço de atenção primária à saúde**. Dissertação de mestrado – Faculdade de Medicina da USP. São Paulo; 1993.

DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. **Sentir saúde: a religiosidade como categoria metodológica no trabalho de educação em saúde junto às classes populares**[tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2001.

DORIGHETTO, E. **Educação permanente em saúde: uma estratégia em construção para a gestão do Programa Saúde da Família do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria**. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007.

DUARTE, C.F. **Rio de Janeiro, doze décadas de favelas: da invisibilidade à onipresença**. In: LUCARELLI, F.; DUARTE, C.F. & SCIARRETTA M. (Orgs.) *Favela e Cidade*. Napoli: Giannini Editore, 2008.

DURÃO, Anna Violeta; CHINELLI, Filippina; LOPES, Marcia Raposo; MOROSINI, Marcia Valéria; VIEIRA, Monica e CARVALHO, Valéria. **A política de qualificação dos agentes comunitários de saúde: concepções em disputa**. Comunicação Publicada nos Anais do 1º Seminário de Sociologia da Saúde e Ecologia Humana. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2010.

ENSP. **Programa de Apoio à Reforma Sanitária – PARS/ENSP**. Mimeo, 1986.

EPSJV. **Trabalho, educação e saúde: reflexões críticas de Joaquim Alberto Cardoso de Melo**. Organizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007.

SCOREL, Sarah. Entrevista concedida ao “**Projeto Memória e Patrimônio da Saúde Pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca**”(Unirio) em 14/04/2005. Disponível no site: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/index.htm> acessado em 10 de outubro de 2011.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: Origem e articulação do movimento sanitário**. Dissertação de Mestrado: ENSP/Fiocruz. Rio de Janeiro: 1987.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: Origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo; EDLER, Flavio Coelho. **As origens da Reforma Sanitária**. In. LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; SUÁREZ, J.M. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

FACULDADE Latino-Americana de Ciências Sociais - FLACSO Programa Brasil. **Mulheres, participação e saúde : uma experiência**. - Rio de Janeiro: FLACSO, 1987.

FARIA, Lina. **Educadoras sanitárias e enfermeiras de saúde Pública: identidades profissionais em construção.** Cad. Pagu, Dez 2006, no.27, p.173-212. ISSN 0104-8333

FARIA, LR. **Os primeiros anos da reforma sanitária no Brasil e a atuação da Fundação Rockefeller: 1915-1920.** Physis 1995; 5(1): 109- 27

FERNANDES, Ângela Maria Dias. **Rompendo com a produção de uma “doença que não dói”: A experiência de alfabetização em Nova Holanda.** Dissertação de Mestrado – Mestrado em Saúde Pública – Escola nacional de Saúde Pública / Fiocruz. Rio de Janeiro, 1983.

FERNANDES, Tania Maria. **Edição de entrevistas: da linguagem falada à escrita.** In: MONTENEGRO, A. T. e FERNANDES, Tania Maria. (orgs). História Oral: um espaço plural. Recife: ED. Universitária; UFPE, 2001.

FERNANDES, Tania Maria; COSTA, Renato Gama-Rosa. **Histórias de pessoas e lugares: memórias das comunidades de Manguinhos.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. v. 1. 230 p.

FILHO, Silvio de Almeida Carvalho. **Fragmentos de memórias: a vida e o trabalho na favela da Rocinha.** Apresentação de Comunicação- ANPUH RJ 2010.

FLORES, Oviomar. **O agente comunitário de saúde: caracterização de sua formação sócio-histórica como educador em saúde.** Brasília, UNB: 2007.

FLORES, Oviomar; SOUSA, Maria Fátima de; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. **Agentes Comunitários de Saúde : vertentes filosóficas, espaços e perspectivas de atuação no Brasil.** Comun. ciênc. saúde;19(2):123-136, abr.-jun. 2008.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público.** Rio de Janeiro; Fiocruz; 2007.

FONTENELLE. JP. **A enfermagem de Saúde Pública: sua criação e desenvolvimento no Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro (RJ): Canton&Reile; 1941.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder.** Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCAULT, Michel. **Nietzsche, a genealogia e a história.** In: MACHADO, Roberto. Microfísica do poder.10. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992. p. 15-38.

FREIRE, Mary Ann Menezes; AMORIM, Wellington Mendonça de. **A enfermagem de saúde pública no Distrito Federal: a influência do relatório Goldmark (1923 A 1927).** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, mar. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000100018&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 21 dez. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000100018>.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

F-SESP. **Plano de Curso para Formação de Visitadora Sanitária: Material da aluna.** Divisão de orientação técnica e de seleção e treinamento: Rio de Janeiro, 1964.

GADOTTI, M. **Saber aprender: um olhar sobre Paulo Freire e as perspectivas atuais da educação.** Revista Convívio, Rio de Janeiro, p. 6 - 15, 05 maio 2002.

GALACHE ,G. & ANDRÉ, M.. **Brasil: Processo e Integração – Estudos dos Problemas Brasileiros**. São Paulo: Loyola, 1979.

GAZZINELLI, Maria Flávia; GAZZINELLI, Andréa; REIS, Dener Carlos dos and PENNA, Cláudia Maria de Mattos. **Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença**. Cad. Saúde Pública [online]. 2005, vol.21, n.1, pp. 200-206.

GIFFIN, Karen. Entrevista concedida no âmbito do **Projeto Agentes comunitários e o treinamento em educação em saúde: a experiência da Fiocruz (1980-1990)** a Dra. Tania Fernandes (COC/Fiocruz). Rio de Janeiro, 02/08/2010.

GIFFIN, Karen; SHIRAIWA, Tizuko. **O agente comunitário de Saúde Pública: a proposta de Manguinhos**. In: Cadernos de Saúde Pública, RJ, jan/mar. 1989, vol. 5 nº1, pg. 24-44.

GOLDMARK, Josephine. Nursing and nursing education in the United States. New York, The Macmillan Company, 1923.

GRABOIS, Gisélia Potengy. (1973), **Em Busca da Integração: a política de remoção de favelas no Rio de Janeiro**. Tese de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil**. Tese de doutoramento, Rio de Janeiro, IUPERJ. 1996

IBGE - 1987 in Delorme Prado e Sá Earp, “O ‘milagre’ brasileiro” - Capítulo 6 do livro de FERREIRA, Jorge & DELGADO, Lucília de Almeida Neves. **O Brasil Republicano: O Tempo da Ditadura – regime militar e movimentos sociais em fins do século XX**. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 2003.

KAUFFMAN, K. S. e MYERS D.H. **The changing role of village health volunteers in northeast Thailand: an ethnographic field study**. Int J Nurs Stud, 34(4):249–255, 1997.

KERGOAT, Daniele. **Por uma problemática do processo de trabalho doméstico**. In: “Vários, O sexo do trabalho”. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

LAGROU, Pieter. **Sobre a atualidade da História do Tempo Presente**. LAGROU. História do Tempo Presente. São Paulo: EDUSC, 2007.

LALONDE, M. **A New Perspective on the Health of Canadians: a working document**. Ottawa: Government of Canada, 1974. (ISBN 0-662-50019-9).

LALONDE, M. **A New Perspective on the Health of Canadians: a working document**. Ottawa: Government of Canada, 1974.

LE GOFF, Jacques. *A História Nova* in: LE GOFF, Jacques, et all. **A História Nova**. Editora Martins Fontes: São Paulo, 1990.

LEEDS, Anthony e LEEDS, Elizabeth. **A sociologia do Brasil Urbano**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

LEITE, Ana Cristina da Nóbrega Marinho Torres; PAES, Neir Antunes. **Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna**. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, Sept. 2009 .

LIMA, Ana Luce Girão Soares de; PINTO, Maria Marta Saavedra. **Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde**. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v.

10, n. 3, Dec. 2003. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000300012&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Dec. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702003000300012>.

LIMA, Carla Moura e BUENO, Leonardo Brasil (Orgs). **Território, Participação Popular e Saúde: Mangueiros em debate**. Rio de Janeiro, ENSP/Fiocruz: 2010.

LIMA, Nísia Trindade e BRITTO, Nara. 'Saúde e nação: a proposta do saneamento rural. Um estudo da revista saúde (1918-1919)'. *Estudos de História e Saúde* 3, Rio de Janeiro, Fiocruz/Casa de Oswaldo Cruz, 1991.

LIMA, Nísia Trindade. **Euclides da Cunha: o Brasil como Sertão** In: Botelho, André; Schwarcz, Lilia Moritz. Um enigma chamado Brasil: 29 intérpretes e um país. São Paulo, Companhia das Letras, 2009. p.104-117, ilus.

LIMA, Nísia. **Euclides da Cunha e o pensamento social no Brasil**. Revista Brasileira, v. 62, p.108-134, 2010.

LÍTSIOS, Socrates. **The Christian Medical Commission and the development For WHO's primary health care approach**. American Journal Of Public Health, v.94, p. 1884-93; 2004.

LUCKESI, Cipriano Carlos. Educação e sociedade: redenção, reprodução e transformação. In: LUCKESI CC. Filosofia da Educação. Cortez, São Paulo; 1990. p. 37-52.

MACDONALD, G., BUNTON, R. (eds.). **Health Promotion: disciplines and diversity**. London: Routledge, 1995.

MADEIRA, Angélica. **Fraturas do Brasil: o pensamento e a poética de Euclides da Cunha** In: AXT, Gunter e SCHULER, Fernando (Orgs.). Interpretes do Brasil: Cultura e Identidade. Porto Alegre, RS: Artes e Ofícios, 2004.

MARX, Karl. O 18 Brumário. In: MARX, Karl. **O 18 Brumário e cartas a Kugelmann**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1974.

MATTA, G.C; MOROSINI, M.V.G. Atenção Primária à Saúde. In: **Dicionário da educação profissional em saúde/ Organizado pela Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. Acessado na sua versão digital no site www.epsjv.fiocruz.br/dicionario em 15 de abril de 2011.

MATTOS, Albertina Maria. **Participação popular ou cidadania regulada : movimentos populares pela saúde no Rio de Janeiro (1980-1988)**. Rio de Janeiro: UFRJ. Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, 1989.

MELO, Joaquim Alberto Cardoso de. **A prática da saúde e a educação**. Tese – Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Campinas, 1976.

MELO, Joaquim Alberto Cardoso de. **Educação Sanitária: Uma visão crítica**. Cadernos CEDES nº 04. São Paulo: 1984.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Políticas de Saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal.** In: TEIXEIRA, C. F. et. all. Distrito Sanitário - o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: HUCITEC, ABRASCO, 1990.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O SUS e Atenção Primária em Saúde** (entrevista). Revista APS, v.8, n.2, p. 218-219, jul./dez. 2005

MENDES, Eugênio Vilaça. **O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda.** In: Revista Mineira de Saúde Pública: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, V.3. MENDES, E. V. **Uma Agenda para Saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1999 (cap.4).

MESQUITA, Cecília Chagas de. **Planejamento familiar e contracepção: saúde, gênero e política pública na transição democrática (Rio de Janeiro, década de 1980).** Apresentação de Comunicação- ANPUH RJ 2008.

MESQUITA, Cecília Chagas de. **Saúde da mulher e redemocratização: idéias e atores políticos na história do PAISM.** Rio de Janeiro: s.n. 2010.

MINER, H. E. 1925 **The development of a service of nursing in Brazil.** Em Coleção Rockefeller, Rio de Janeiro, DAD/COC/Fiocruz, 46 p. (mimeo.)

MINISTRY OF HEALTH. Interim report on the future provision of medical and allied services. London, 1920. Disponível em: <<http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>> Acesso em: 10 jun. 2011.

MORAES, Maria Blassioli. **Movimentos sociais e o processo de urbanização.** In: Zilda M.G. Iokoi. (Org.). Diadema nasceu no grande ABC: história retrospectiva da cidade vermelha. 1 ed. São Paulo: Humanitas, 2001, v. , p. 20-35.

MOREIRA, Martha Cristina Nunes. **A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República.** *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, Feb. 1999. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701999000100005&lng=en&nrm=iso>. access on 07 May 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59701999000100005>

MOYSÉS, Samuel Jorge. **A Saúde da Família no Brasil e seus agentes** in: MIALHE, Fábio Luiz. O agente comunitário de saúde: práticas educativas. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011.

NORONHA, José Carvalho de, e LEVCOVITZ, Eduardo. **AIS-SUDS-SUS: Os caminhos do Direito à Saúde** in: GUIMARÃES, Reinaldo e TAVARES, R. (orgs.) *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 1980.* Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 1994.

NUNES, Mônica de Oliveira. **O agente Comunitário de Saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico.** *Cadernos de Saúde Pública*, RJ, Nov/dez. 2002, vol.18, nº6, p.1639-1646.

OLIVEIRA, Maria Waldenez de. **Processos educativos em trabalhos desenvolvidos entre comunidades: perspectivas de diálogo entre saberes e sujeitos.** ENSP, 2003.

Organização Mundial da Saúde. **Carta de Ottawa.** WHO, 1986.

Organização Mundial da Saúde. **Declaração de Adelaide.** WHO, 1988.

Organização Mundial da Saúde. **Declaração de Alma-Ata.** WHO, 1978.

OSIS, Maria José Martins Duarte. **Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Conceito e o Programa: História de uma Intervenção**. Dissertação de Mestrado, Campinas: Departamento de Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 1994.

OSIS, Maria José Martins Duarte. **Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2012.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira – Contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; PIRES-ALVES, Fernando e HOCHMAN, Gilberto. **A cooperação técnica OPAS-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983)**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2008, vol.13, n.3, pp. 929-939.

PARISSE, Lucien. **Favelas do Rio de Janeiro – evolução, sentido**. Rio de Janeiro: CENPHA, 1969.

PARKER, A.W.; WALSH, J. M.; COON, M.A **A normative approach to the definition of primary health care**. Milbank Memorial Fund Quartely, New York, v. 54, n. 4, p. 415-438, 1976.

PÊGO, Raquel Abrantes. **Movimentos Sociais na saúde e identidades coletivas (um estudo de caso)** in BODSTEIN, Regina. Serviços Locais de Saúde: Construção de Atores e Políticas. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1993.

PINTO, Carolina Silva, et al. **Agente Comunitário de Saúde: peça fundamental da engrenagem da Estratégia de Saúde da Família**. TCC – Especialização ENSP. Abril/2007.

PIRES-ALVES, Fernando e PAIVA, Carlos Henrique Assunção. **Recursos Críticos: História da Cooperação Técnica OPAS-Brasil em Recursos Humanos para a Saúde (1975-1988)**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. 204 pp.

PIRES-ALVES, Fernando; PAIVA, Carlos Henrique Assunção e HOCHMAN, Gilberto. **História, saúde e seus trabalhadores: da agenda internacional às políticas brasileiras**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2008, vol.13, n.3, pp. 819-829

POLLAK, M. **Memória e identidade social**. Estudos Históricos. v.5, n.10, 1992.

POLLAK, M. **Memória, Esquecimento e Silêncio**. Estudos Históricos. v. 2, n. 3, 1989.

PORTELLI, A. **A filosofia e os fatos**. Tempo, vol11, n. 2, 1996.

PORTELLI, A. **Tentando aprender um pouquinho. Algumas reflexões sobre a ética na História Oral**. In: Ética e história oral. Projeto História, n. 15: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados em História e do Departamento de História da PUC-SP. São Paulo: Educ-Editora da PUC-SP, abril, 1997.

PORTO, H. R. **Rio de Janeiro: os movimentos populares urbanos de 1964 a 1988**. Revista Proposta, Rio de Janeiro, n. 67, 1995.

PUPIN, Viviane Milan; CARDOSO, Cármen Lúcia. **Agentes Comunitários de Saúde e os sentidos de "ser agente"**. Estud. psicol. (Natal), Natal, v. 13, n. 2, ago. 2008.

- RAFFESTIN, Claude. **Por uma geografia do poder**. Tradução de Maria Cecília França. São Paulo: Ática, 1993.
- RAMOS, Teresa. Entrevista. **Trabalho, Educação e Saúde**. 2007 Jul; 5(2):329-37.
- RENOVATO, Rogério Dias e BAGNATO, Maria Helena Salgado. **As contribuições do Serviço Especial de Saúde Pública para a formação profissional da Enfermagem no Brasil (1942-1960)**. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2008 nov-dez; 61(6): 909-15.
- RIOS, José Arthur. **Educação de grupos**. Rio de Janeiro: SNES. 1962.
- RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. **Extensão dos serviços públicos às Comunidades de baixa renda do município do Rio de Janeiro**. IBAM/Unicef. Rio de Janeiro: IBAM/CDM, 1988.
- ROSAS, Eric Jenner. **A extensão de cobertura dos serviços de saúde no Brasil, PIASS – análise de uma experiência**. Dissertação de Mestrado ENSP/FIOCRUZ. Brasília, 1981.
- ROSEN, G. **Uma história da Saúde Pública**. Tradução: Marcos F. da Silva Moreira.
- SANTOS, Boaventura de Sousa. **Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social**. São Paulo: Boitempo, 2007.
- SANTOS, LAC & FARIA LR. **A cooperação internacional e a enfermagem de saúde pública no Rio de Janeiro e São Paulo**. *Horizontes* 2004 jul/dez; 22(2): 123-50.
- SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Record, 2003.
- SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A. de; SILVEIRA, M. L. (org.). **Território: globalização e fragmentação**. São Paulo: Hucitec; Annablumme, 2002.
- SANTOS, Milton. **A natureza do espaço: técnica e tempo. Razão e emoção**. São Paulo: Edusp, 2002a.
- SANTOS, Milton. **Espaço e método**. São Paulo: Nobel, 1985.
- SANTOS, Milton. **Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodológicos da Geografia**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- SANTOS, Regina Célia Nunes dos. **A História do Projeto Montes Claros**. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org). *Projeto Montes Claros: utopia revisitada*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.
- SANTOS, Regina Célia Nunes dos. **A História do Projeto Montes Claros**. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org). *Projeto Montes Claros: utopia revisitada*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.
- São Paulo. Editora Unesp / HUCITEC/ABRASCO, 1994.
- SAUTHIER, J & BARREIRA, IA. **As enfermeiras norte-americanas e o ensino da enfermagem na capital do Brasil: 1921–1931**. 1a ed. Rio de Janeiro (RJ): EEAN/UFRJ; 1999.
- SAYD Jane Dutra, JUNIOR, Luiz Vieira, VELANDIA, Israel Cruz. **Recursos humanos nas conferências nacionais de saúde (1941–1992)** *Physis Rev Saúde Coletiva*. IMS-UERJ, 1998.

SCLIAR, Moacyr. **Euclides e a ideologia médica de seu tempo.** in AXT, Gunter e SCHULER, Fernando (Orgs.). *Interpretes do Brasil: Cultura e Identidade.* Porto Alegre, RS: Artes e Ofícios, 2004.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, Oct. 1997. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso>. access on 28 May 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, Oct. 1997. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Mar. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>.

SEVCENKO, Nicolau. **A Revolta da Vacina: Mentas insanas em corpos rebeldes.** São Paulo: Ed. Scipione, 1993.

SHIRAIWA, Tizuko. Entrevista concedida no âmbito do **Projeto Agentes comunitários e o treinamento em educação em saúde: a experiência da Fiocruz (1980-1990)** a Dra. Tania Fernandes (COC/Fiocruz). Rio de Janeiro, 28/07/2010.

SILVA, Joana Azevedo ; MENDES-GONÇALVES, R. B.; GOLDBAUN, M. Atenção primária de saúde: avaliação da experiência do Vale do Ribeira. **Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.**

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. **O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 6, n.10, fev. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832002000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 03 jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832002000100007>.

SILVA, Joana Azevedo e Dalmaso, Ana S. Whitaker. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 240 pp.

SILVA, Joana Azevedo **O agente comunitário de saúde do Projeto QUALIS: agente institucional ou agente de comunidade?** São Paulo, 2001. Tese (Doutorado) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

SILVA, Luis Antônio Machado da. **A continuidade do 'problema da favela 'In: OLIVEIRA, Lúcia Lippi (org.) Cidade: História e Desafios.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002.

SOUZA e SILVA, J. e BARBOSA, J.L. (Orgs.) **Favela: alegria e dor na cidade. Produção coletiva dos pesquisadores do Observatório de Favelas do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: editora Senac Rio, 2005.

SOUZA, L. R., **Movimento de saúde: dificuldades à sua apreensão.** Saúde em Debate, 29: 8-51, 1990.

STOTZ, Eduardo Navarro, DAVID HMSL, WONG-UN JA. **Educação popular e saúde - trajetória, expressões e desafios de um movimento social.** Rev APS 2005; 8(1): 49-60

STOTZ, Eduardo Navarro. **A Educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980.** Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 9-20, 2005

STOTZ, Eduardo Navarro. **Enfoque sobre educação e saúde.** Caderno do ICHF, Rio de Janeiro, número 45, março, 1991. p.41-62.

STOTZ, Eduardo Navarro; DAVID, H.M.S.L.; BORNSTEIN, V. J. . **O agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde.** Revista de APS (Impresso), volume 12, out/dez 2009.

SWAIN, Tania Navarro. **O que é Lesbianismo.** São Paulo: Brasiliense, 2000.

TAVARES, Maria Helena de Souza; QUIROGA, Ana Maria. **Presenças Marcantes: Violência e Religião em Programas Sociais Públicos.** Tese de Doutorado – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008. 172p.

TEIXEIRA, Sonia Fleury (org). **Projeto Montes Claros: utopia revisitada.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

TEIXEIRA, Sonia Fleury, **Montes Claros: a utopia democrática.** In.: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org). Projeto Montes Claros: utopia revisitada. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

THOMPSON, P. **A voz do Passado: História Oral.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

TORLONI, Hilário. **Estudo de Problemas Brasileiros.** São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1979 – capítulo 8 – 12a edição.

UNICEF. **Serviços Básicos para a infância em países em desenvolvimento.**Genebra: Unicef, 1976.

UNICEF. **The state of the world's children: 1982/1983.** New York: Oxford University Press, 1983.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES. Faculdade de Medicina. **Escola Técnica de Saúde de Montes Claros – estudo para implantação.** Montes Claros: UNIMONTES, 1991.

UTGSF. **Treinamento para a extensão de cobertura do PAISMC através de agentes comunitárias de saúde.** ENSP/UTSGF. Mimeo, 1987.

UTGSF/ENSP/Fiocruz. **Estudo de morbidade e utilização de serviços de saúde pela população favelada da X Região Administrativa – Rio de Janeiro.** Mimeo, Rio de Janeiro, 1981.

UTGSF/ENSP/Fiocruz. **Relatório de Atividades da Unidade de Treinamento Germano Sinval Farias.**Mimeo, Rio de Janeiro, 1983.

UTGSF/ENSP/Fiocruz. **Relatório de Atividades da Unidade de Treinamento Germano Sinval Farias.**Mimeo, Rio de Janeiro, 1984.

UTGSF/ENSP/Fiocruz. **Relatório de Atividades da Unidade de Treinamento Germano Sinval Farias.**Mimeo, Rio de Janeiro, 1985.

UTGSF/ENSP/Fiocruz. **Relatório de Atividades da Unidade de Treinamento Germano Sinval Farias.**Mimeo, Rio de Janeiro, 1986.

UTGSF/ENSP/Fiocruz. **Treinamento para a extensão de cobertura do PAISMC através de agentes comunitárias de saúde.** Mimeo, Rio de Janeiro, 1987.

VAITSMAN, J. **Corporativismo: notas para a sua aplicação no campo da saúde.** In : TEIXEIRA, S. (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.* São Paulo: Cortez, 1989.

VALLA, Victor Vicent. (Org.) **Educação e Favela. Políticas para as favelas do Rio de Janeiro 1940-1980.** Petrópolis: Vozes, 1986.

VALLA, Victor Vicent. E STOTZ, Eduardo Navarro. **Participação Popular e Saúde.** Rio de Janeiro: Cepel/Petrópolis: CDDH, 1989.

VALLA, Victor Vicent. **Movimentos Sociais, Saúde e a Questão da Verba Pública.** Petrópolis: CDDH, 1987.

VALLA, Victor Vicent. **Procurando compreender a fala das classes populares.** In: VALLA, Victor Vicent (org). **Saúde e Educação.** Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

VALLADARES, Diana do Prado; GIFFIN, Karen; ZELASCHI, Silvia Sanchez; LOVISOLO, Hugo. **Mulheres, participação e saúde: uma experiência.** - Rio de Janeiro: FLACSO, 1987.

VALLADARES, Lícia do Prado. **A invenção da favela: Do mito de origem à favela.com.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

VALLADARES, Lícia do Prado. **Que favelas são essas?** *Insight Inteligência*, n. 8, ago./out., 1999. pp. 63-68.

VARGAS, Eliane Portes e DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. **Documento de referência sobre: saúde da mulher para agentes de saúde – mulher Manguinhos** in: VARGAS, Eliane Portes e ROMEIRO, Elizabeth de Andrade. Práticas de educação em saúde: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. SDE/ENSP, Rio de Janeiro, 1992.

VARGAS, Eliane Portes e ROMEIRO, Elizabeth de Andrade. **Documento de atividade de ensino: Uma reflexão sobre Metodologia de Práticas Educativas na Preparação de Profissionais de Saúde** in: VARGAS, Eliane Portes e ROMEIRO, Elizabeth de Andrade. Práticas de educação em saúde: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. SDE/ENSP, Rio de Janeiro, 1992a.

VARGAS, Eliane Portes e ROMEIRO, Elizabeth de Andrade. **Práticas de educação em saúde: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.** SDE/ENSP, Rio de Janeiro, 1992.

VARGAS, Eliane Portes e ROMEIRO, Elizabeth de Andrade. **Práticas de educação em saúde: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.** SDE/ENSP, Rio de Janeiro, 1992.

VARGAS, Eliane Portes e ROMEIRO, Elizabeth de Andrade. **Relatório Anual de Avaliação das Atividades em Práticas Educativas na Saúde da Mulher do CSE-GSF - ENSP,** mimeo, Rio de Janeiro, 1988.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Entrevista: Victor Valla.** *Trabalho, Saúde e Educação*, v. 3, n. 1, p. 227-238, 2005.

- VELHO, Gilberto e KUSCHNIR, Karina (orgs.). **Mediação, Cultura e Política**. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2001.
- VENTURA, Roberto. **Os sertões**- Coleção Folha Explica. São Paulo: Publifolha, 2002.
- VIEIRA, Livia Maria Fraga e LIMA, Neusa Maria. **Concepção do coletivo, participação comunitária e transformação social pela saúde**. In: FLEURY, Sonia. Projeto Montes Claros: utopia revisitada. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.
- VIEIRA, Livia Maria Fraga, Lima, Neusa Maria. **Concepção do coletivo, participação comunitária e transformação social pela saúde**. In: FLEURY, Sonia. Projeto Montes Claros: utopia revisitada. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.
- VOVELLE, Michel. **Ideologias e mentalidades**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1987.
- WERNER, Baer. **A Economia Brasileira**. São Paulo: Editora Nobel, 2a edição, 2003.
- WERNER, David; BOWER, Bill. **Aprendendo e ensinando a cuidar da saúde: Manual de métodos, ferramentas e ideias para um trabalho comunitário**. São Paulo, Ed. Paulinas: 1984.
- WHO. **Concepts and Principle sod Health Promotion**. Conpenhagen: Who, 1984.
- WHO. **Strengthening the performance of community health workers in primary health care. Report of a WHO Study Group**. Geneva, World Health Organization:1989. (WHO Technical Report Series, No. 780).
- WHO. **Strengthening the performance of community health workers in primary health care. Report of a WHO Study Group**. Geneva, World Health Organization (WHO Technical Report Series, No. 780), 1989.
- WHO. **Strengthening the performance of community health workers**. Geneva, World Health Organization, 1990.
- WHO. **The world health report 2006: working together for health**. Geneva, World Health Organization, 2006.
- ZALUAR, Alba e ALVITO, Marcos. **Um século de favela**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1998.
- ZALUAR, Alba. **Integração perversa: pobreza e tráfico de drogas**.Ed. FGV, Rio de Janeiro, 2004.
- ZANCAN, Lenira. (org.) **Promoção de Saúde como caminhos para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos – RJ**. Organizado por Lenira Zancan, Regina Bodstein e Willer B. Marcondes. Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ, 2002
- ZHU, NS; LING, ZH, SHEN, J; LANE, JM; HU, SL. **Factors associated with the decline of the Cooperative Medical System and barefoot doctors in rural China**. Bull World Health Organ, 67(4):431–441, 1989.