

IGREJA Educação Popular
PROGRESSISTA
* = INSTITUIÇÕES
PÚBLICAS =
SUS
1960 - 1980
PACS
1991 - 2022

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO BRASIL E EDUCAÇÃO POPULAR:

DAS PRÁTICAS VOLUNTÁRIAS NAS ORGANIZAÇÕES DE
BASE AOS SERVIÇOS PERMANENTES NAS
INSTITUIÇÕES PÚBLICAS

francikely lunha

SAÚDE *

Uma conquista popular

SECA NO CEARÁ

1979 - 1983

Médicos, *
assistentes sociais,
enfermeiros, leigos,
religiosos, *
Agentes de Saúde

BUROCRACIA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO
LINHA DE PESQUISA: EDUCAÇÃO POPULAR**

FRANCIKELY DA CUNHA BANDEIRA

**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO BRASIL E EDUCAÇÃO
POPULAR: DAS PRÁTICAS VOLUNTÁRIAS NAS ORGANIZAÇÕES DE
BASE AOS SERVIÇOS PERMANENTES NAS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS**

**JOÃO PESSOA
2022**

FRANCIKELY DA CUNHA BANDEIRA

**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO BRASILE EDUCAÇÃO
POPULAR: DAS PRÁTICAS VOLUNTÁRIAS NAS ORGANIZAÇÕES DE
BASE AOS SERVIÇOS PERMANENTES NAS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal da Paraíba – UFPB como requisito para o título de Doutorado em Educação.

Linha de Pesquisa: Educação Popular

Orientador: Prof. Dr. Luiz Gonzaga Gonçalves

JOÃO PESSOA

2022

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

B214a Bandeira, Francikely da Cunha.

Agentes Comunitários de Saúde no Brasil e educação popular : das práticas voluntárias nas organizações de base aos serviços permanentes nas instituições públicas / Francikely da Cunha Bandeira. - João Pessoa, 2022.
415 f.

Orientação: Luiz Gonzaga Gonçalves.
Tese (Doutorado) - UFPB/Educação.

1. Agentes Comunitários de Saúde. 2. Institucionalização. 3. Organizações de base. 4. Educação Popular. 5. ACS. I. Gonçalves, Luiz Gonzaga. II. Título.

UFPB/BC

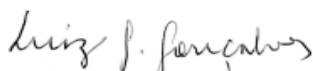
CDU 614.2(043)

FRANCIKELY DA CUNHA BANDEIRA

**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO BRASIL E EDUCAÇÃO
POPULAR: DAS PRÁTICAS VOLUNTÁRIAS NAS ORGANIZAÇÕES DE
BASE AOS SERVIÇOS PERMANENTES NAS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS**

Aprovado em: 22/02/2022

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Luiz Gonzaga Gonçalves – PPGE – UFPB
Orientador



Prof. Dr^a Ednalva Maciel Neves – PPGA – UFPB
Examinadora interna



Prof. Dr. Pedro José Santos Carneiro Cruz – PPGE – UFPB
Examinador interno



Prof. Dr^a. Maria Rocineide Ferreira da Silva – PPSC – UECE
Examinadora externa

Prof^a. Dr^a. Maria Fatima de Sousa – PPGSC – UnB
Examinadora externa



Antônio Carlile Holanda Lavor – FIOCRUZ – CE
Examinador externo

Halim Antonio Girade – TC – GO
Examinador externo

JOÃO PESSOA

2022

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Maria do Socorro,
por ser a melhor mãe do mundo.

AGRADECIMENTOS

Em uma tarde fresca e ensolarada na companhia as minhas filhas peludas, Nina e Nega começo o registro dos meus agradecimentos.

A ocasião da conclusão de um doutorado é algo muito especial, principalmente para alguém de origem popular que sempre estudou em escolas públicas e precisou lidar com os desafios daí provenientes. Minha mãe e avó me ensinaram desde a infância que estudar era o melhor caminho, acreditei nisso, me apaixonei pela escola e desde a graduação sonhei com o doutorado. Assim, vivo a realização deste sonho. Almejei sentir este sabor e dar este orgulho para minha mãe e aqui estou para registrar minha gratidão pelas presenças e também ausências que contribuíram nessa jornada constituída de momentos bons e também de momentos difíceis.

Os momentos difíceis trouxeram aprendizados. A pandemia tornou parte do processo um pouco complicado, o isolamento social produziu tensões com as quais tive que aprender a lidar, mas consegui fazer a travessia e reconheço que não dependeu só de mim, sozinha eu não teria conseguido, por isso, agradeço imensamente a todos aqueles que contribuíram para tornar este momento real, alguns com gestos simples, outros poucos com presença mais marcante, alguns estiveram presentes durante toda a caminhada, outros surgiram pelo caminho, enfim, cada um esteve a seu modo.

Agradeço a Deus pela vida, pelas bênçãos que tem derramado, especialmente pelas pessoas que colocou em meu caminho. Alguns passei a considerar como anjos, descobri que anjos não necessariamente têm asas, eles se apresentam de várias formas, alguns inclusive têm patas fofinhas e miam. Agradeço por todos que Ele colocou em meu caminho!

Nem todos aos quais tenho gratidão estão presentes, minha amada a avó Noemia que estaria feliz em ter uma neta doutora, sendo analfabeta fez o que pode para podermos estudar; E meu avô/pai João Galdino (também analfabeto) que mesmo sem entender muito o que isto significa ficaria feliz por mim, já estão em outro plano, mas creio que de algum lugar me veem e compartilham comigo cada momento e por isto agradeço terem escolhido me acolher e cuidar de mim ainda no ventre de minha mãe. Deus me deu os melhores avós, a melhor irmã e a melhor mãe!

Sou infinitamente grata a minha mãe que não mede esforços para me apoiar, pelo esforço de ter sido mãe e também pai, por ter se negado tantas vezes para atender minhas necessidades, por me incentivar e acreditar em mim, mesmo quando eu mesma deixei de acreditar, pelas refeições preparadas, por todo o suprimento, pelas orações silenciosas para que cada momento desse certo. Obrigada por ser fonte inesgotável de força que me manteve e mantém em pé, por me ensinar a gostar da escola desde muito pequena, quando eu ainda nem era estudante e ela já me levava quando não tinha com quem me deixar em casa. Por ter construído da melhor maneira possível uma estrutura para que o sucesso fosse possível. Enfim, jamais terei como agradecer a dedicação de vida. Não há outro sentimento além de gratidão e amor pela senhora!

A minha irmã Fernanda pela amizade e por estar sempre disponível para o que fosse/for preciso e possível, pelos pequenos grandes cuidados que fizeram e fazem grandes diferenças.

Aos meus sobrinhos Laura Ellen e Luiz Fernando pelo carinho que tantas vezes renovou as minhas forças.

Ao meu cunhado Luiz Carlos por ser como um irmão para mim.

À minha gata-filha Nina que já merece os títulos de mestre doutora por estar comigo nessa jornada de pesquisadora há anos, dormindo em cima dos livros e papéis, brincando com o material, mordendo os lápis, pedindo atenção e bagunçando e alegrando meus dias, pelo amor puro e incondicional que me oferece diariamente, pelos carinhos, pelos olhares amorosos, por me ensinar que o amor ultrapassa nossas compreensões e por me fazer ampliar minha forma de compreender a vida. À minha outra gata-filha que me adotou quando cheguei a João Pessoa em 2018, minha Nega, cuja mansidão me conquistou e se tornou família e parte da minha história, também assumiu a rotina de pesquisadora deitando nos livros, brincando com os lápis, bagunçando a mesa e pedindo atenção. Infelizmente, a Nega nos deixou pouco antes de concluirmos esta jornada, estava presente na ocasião do início destes agradecimentos, mas não na conclusão, virou uma linda estrelinha que brilha todas as noites para mim... Deixou um grande vazio e muitas saudades. As duas foram em muitos momentos combustível para a escrita, entre miados, sonos e carinhos ofereceram amor e alegria. Depois de vocês aprendi a conceber a vida de outra forma com muito mais sensibilidade e amorosidade às diferentes formas de vida, pude experimentar diferentes formas de amar, aprendi a ser mais humana.

Jamais imaginei que pudesse sentir tanto amor por seres que miam. Agradeço a Deus por ter colocado vocês em minha vida, pela possibilidade de evoluir com vocês e a partir de vocês.

Ao meu orientador, professor Luiz Gonzaga, pela acolhida desde o mestrado, pela parceria, por acreditar em mim, pela paciência, pela compreensão dos processos de imaturidade, pelas conversas amigas, pela tranquilidade com que sempre me tratou tornando o processo de doutoramento mais leve, pelo ser humano maravilhoso que nos vê como pessoa, enfim pela parceria. Foi um presente ter lhe encontrado e ter tido a oportunidade de aprender com o senhor. Obrigada! Saiba que a trajetória foi satisfatória.

A dona Ana, uma pessoa maravilhosa! Uma amiga que encontrei ao mudar para João Pessoa. Um ser de coração grande e generoso. Obrigada pelas conversas, pela paciência, pela parceria, pela compreensão, pela companhia, pelo carinho, pela disposição para ajudar de tantas formas. Agradeço a Deus por ter lhe encontrado. Obrigada também a seu Paulo (seu esposo) um amor de pessoa, pela generosidade, amizade e também disposição em ajudar em vários momentos. Vocês são uma família abençoada e um presente de Deus para mim.

À Taize pela contribuição no trabalho de transcrição das entrevistas e pela atenção e carinho em vários momentos.

À Sandy pela ajuda em uma importante etapa da pesquisa.

À Íris, uma amiga que o doutorado me deu, pela presença mesmo distante, pelas conversas, pelo carinho e pela oferta de amizade sincera e simples.

À Sérgio, um amigo. Obrigada pelas conversas e compartilhamentos, pela escuta, por refletir e fazer refletir sobre tantas questões importantes.

À Gil, um amigo que o doutorado me deu! Pelas conversas, pela agradável companhia, pelos breves e agradáveis passeios, pelos risos soltos... Pela amizade.

À Arilu que também conheci durante esse processo, obrigada pelas conversas, pelas escutas, pela amorosidade, pela leveza do jeito de ser!

À Elizangela, pela oferta da amizade e pelas conversas.

À Nanci, uma amiga com quem compartilhei um importante ciclo da minha vida profissional como ACS, pela leveza e praticidade com que exerce sua profissão construindo relações de companheirismo. Foi um prazer ter tido uma coordenadora como você com quem aprendi muitas coisas. Sou grata pela sua amizade!

Aos colegas de trabalho da Unidade de Saúde do Francisco Faustino, em especial aos três ACS da zona urbana, Maria do Desterro, Rosa e Reginaldo com quem compartilhei por mais de onze anos muitos momentos nos quais aprendemos a diariamente a ser ACS, juntos tentamos compreender a melhor forma de ser e fazer, dividimos desafios e vitórias, quebramos tantos galhos uns dos outros. Agradeço por terem me ajudado a prender o ofício. Quero registrar agradecimentos em especial a Maria que foi ACS da minha família e mais tarde se tornou minha companheira de trabalho e à Rosa que também visitou minha casa como ACS, me viu crescer e igualmente se tornou companheira de trabalho.

Aos colegas de orientação, Tessy, Marcos, Rosalinda e Selma, juntos compartilhamos importantes momentos de conversas, orientações coletivas e aprendizagens.

Ao professor Severino Bezerra, pela forma inspiradora como exerce sua docência, pelas orientações importantes para minha carreira de pesquisadora, pela tranquilidade que nos transmite na conversa, coisa que amo!

A Carlile Lavor, precursor do Programa Agentes de Saúde no Ceará e notável na história da saúde pública cearense e do país. Pessoa que descobri durante o mestrado através de leituras e com quem tive a oportunidade de construir uma relação de amizade no doutorado, agradeço pelo retorno ao meu primeiro contato em 2018 o que possibilitou maior aproximação e estreitamento com a história dos Agentes de Saúde no Ceará. Obrigada pela bibliografia indicada, pela constante disposição em ajudar na pesquisa, pelas conversas, enfim pelas gentilezas. Sua trajetória de vida profissional é um exemplo de serviço público que admiro!

À Miria, mesmo estando em outra estação do universo, por ter construído a história dos Agentes de Saúde no Ceará com Carlile em uma linda parceria de vida dedicada ao serviço público comprometido com a saúde pública! Que haja outros Carliles e outras Mirias.

A Ivan Lavor por ter possibilitado o acesso a seu livro sobre a trajetória de seus pais Carlile e Miria antes mesmo de torná-lo público.

À Aparecida Lavor que nos recebeu em Jucás e nos ajudou na articulação com as mulheres sertanejas com quem precisávamos conversar.

A Douglas, colega de turma que por coincidência (ou não) veio fazer mestrado no PPGE vindo justamente do interior do Ceará para onde fomos fazer a primeira etapa da nossa pesquisa

de campo, grata por nos ajudar a nos situarmos na cidade de Iguatu, por oferecer seu apoio e companhia.

Às Agentes de Saúde do Ceará que foram sujeitos protagonistas da constituição do Programa Agentes de Saúde no Estado e que tive a rica oportunidade de conhecer: Josefa, Anália, Joana, Tereza, Severina e Maria.

À Ivanilda, hoje ACS de Jucás que se dispôs gentilmente a ajudar na identificação dessas mulheres para nosso trabalho. Foi muito prazeroso conhecer estas mulheres que existiam no meu imaginário a partir das leituras feitas ainda no mestrado.

Ao Celerino Carriconde e sua esposa Diana pela disposição em contribuir com a pesquisa, pela acolhida em sua casa, pelas conversas esclarecedoras, pelo material cedido, pelos compartilhamentos sobre suas histórias e experiências de vida e diferentes visões de mundo.

Ao Halim Girade, também, pela disposição em contribuir com a pesquisa, pelos materiais disponibilizados e pela rica conversa e aprendizagens que nos proporcionou.

Aos demais membros da banca, a professora Fatima Sousa, que também conheci através de leituras ainda no mestrado e tive a honra de contar com sua presença como avaliadora do trabalho na etapa da qualificação e também na fase final. À professora Rocineide pelas contribuições à pesquisa também desde a qualificação. À professora Ednalva pelas cuidadosas observações também desde a qualificação e ao professor Pedro Cruz pela presença e contribuições na banca de defesa.

À CAPES-Fapesq pelo incentivo financeiro em parte da trajetória de pesquisa, um financiamento fundamental para a dedicação exclusiva ao curso e sem o qual teria sido muito mais difícil.

Enfim, a todos que de alguma forma estiveram presentes, passaram, levaram um pouco de mim e deixaram um pouco de si me tornando quem sou/estou hoje. O doutorado é um processo de autoconhecimento e amadurecimento, de enfrentamentos, descobertas e aprendizagens e sua conclusão é um tempo de agradecer. Um ciclo finda e outros iniciam. Nina olha para mim nesse momento, concluimos com um sorriso.

RESUMO

Os atuais Agentes Comunitários de Saúde representam uma síntese de diversas experiências em saúde comunitária emergidas e fortalecidas no país especialmente nas décadas de 1970 e 1980, grande parte delas desenvolvida a partir de iniciativa comunitárias das/nas quais surgiram os primeiros Agentes de Saúde. Em um contexto ditatorial, pós-1964, parte da Igreja cumpriu importante papel na arregimentação e formação política dos Agentes das/nas comunidades de base, através das Comunidades Eclesiais de Base - CEBs. No Ceará, observaram-se experiências com os chamados Agentes de Saúde desde a década de 1970 e, como consequência, em 1989, o enfrentamento da seca levou à criação do Programa Agentes de Saúde – PAS, no Estado. Paralelo a isto, foram desenvolvidas experiências de saúde comunitária em vários lugares do país a exemplo de Recife e São Paulo – SP. Em 1991, o Ministério da Saúde, com resistências dentro do campo dos profissionais da saúde, reconheceu o potencial das experiências existentes e captou a relevância daquelas experiências e dos diferentes tipos de agentes e institucionalizou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde – PNACS em 1991. Diante desse panorama, o objetivo da pesquisa é compreender os processos de institucionalização do Programa Agentes Comunitários de Saúde, a partir de um percurso histórico desde as organizações voluntárias de base ao espaço do Estado, identificando as principais mudanças ocorridas nesses processos. Identificamos experiências em saúde comunitária (aqui entendidas como movimentos instituintes) além de (re)construir as experiências do Ceará, a fim de verificar como se deram os processos que forjaram os agentes e como se desdobraram (entendidos como momento da institucionalização) até o momento da “criação” e consolidação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde em âmbito nacional (entendido como momento do instituído) observando alguns avanços e recuos da evolução histórica dos Agentes Comunitários de Saúde. Temos como pressupostos os conceitos de solidariedade, institucionalização e burocracia. Utilizamos como recurso metodológico a hermenêutica numa perspectiva filosófica tendo em vista a principal preocupação do estudo, a de alcançar compreensões a respeito das orientações que davam sentido aos percursos da categoria. O grande desafio foi compreender os percursos das experiências até sua chegada aos espaços públicos identificando ganhos e perdas à luz da Educação Popular entendida aqui enquanto instrumento de transformação social. A pesquisa mostrou que os ACS têm grande potencial de ação coletiva, e que isso precisa ser fortalecido do ponto de vista do protagonismo popular, como também reconhecido do ponto de vista institucional.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde. Institucionalização. Organizações de base. Educação Popular. Programa Agentes Comunitários de Saúde.

ABSTRACT

The current Health Community Agents represent a synthesis of various community health experiences coming out and strengthened in the country, especially in the 1970s and 1980s, most of them developed from community initiatives from/in which appeared the first Health Agents. In a dictatorial context, after 1964, part of the Church carried out an important role in the regimentation and Policy Training of the Agents from/in base communities through the Base Ecclesial Communities – BEC. In Ceará, experiences were observed with the so-called Health Agents since the 1970s and, consequently, in 1989, the drought confrontation led to the establishment of the Health Agents Programme– HAP, in the State. In parallel, community health experiences were carried out in various places around the country, as in Recife and São Paulo – SP. In 1991, the Health Ministry, with resistance in the health professionals’ field, recognized the potential of the existing experiences, captured the relevance of those experiences and the different types of agents, and institutionalized the National Community Health Agent Programme – NCAP. Facing this scenario, the aim of the research is to understand the processes of the institutionalization of the Community Health Agent Programme, that stem from a historical journey, since the base volunteer organizations to the space for permanent services in public institutions identifying the first changes occurred in the process. We identified community health experiences (here are understood as instituting movements) in addition to (re)build Ceará experiences, in order to verify how have the processes forged the agents and as they unfolded (understood as institutionalization moment) till the moment of the “creation” and consolidation of the National Community Health Agent Programme at a national level (understood as the instituted moment) observing some progress and failures of the Community Health Agents historic evolution. We are based on the concepts of grassroots organizations, solidarity, institutionalization and bureaucracy. We used as methodological resource the hermeneutics in a philosophical way, with a view to the main focus of the study, to achieve understandings issuing guidelines that experienced the category paths sense. The great challenge was to understand the experiences paths until its arrival to the public spaces identifying gains or losses in the light of Popular Education seen here as social transformation tool. The research showed that the CHA have great potential for collective action and that it must be strengthened from the popular role point of view as well as recognized from the institutional point of view.

Key words: Community Health Agents. Institutionalization. Grassroots Organizations. Popular Education. Community Health Agents Programme.

RESUMEN

Los actuales Agentes Comunitarios de Salud representan una síntesis de diversas experiencias en salud comunitaria emergidas y fortalecidas en el país especialmente en las décadas de 1970 y 1980, gran parte de ellas desarrollada a partir de iniciativas comunitarias de las/en las cuales surgieron los primeros Agentes de Salud. En un contexto dictatorial, post-1964, parte de la Iglesia cumplió importante papel en la reglamentación y formación política de los Agentes de las/en las comunidades de base, a través de las Comunidades Eclesiales de Base – CEBs. En Ceará, se han observado experiencias con los llamados Agentes de Salud desde la década de 1970 y, como consecuencia, en 1989, el enfrentamiento de la sequía llevó a la creación del Programa Agentes de Salud – PAS, en el Estado. Paralelo a esto, fueron desarrolladas experiencias de salud comunitaria en varios lugares del país a ejemplo de Recife y São Paulo – SP. En 1991, el Ministerio de Salud, con resistencias dentro del campo de los profesionales de salud, reconoció el potencial de las experiencias existentes y captó la relevancia de aquellas experiencias y de los diferentes tipos de agentes e institucionalizó el Programa Nacional de Agentes Comunitarios de Salud – PNACS. Frente a ese panorama, el objetivo de la investigación es comprender los procesos de institucionalización del Programa Agentes Comunitarios de Salud, a partir de un recorrido histórico desde las organizaciones voluntarias de base al espacio a los servicios permanentes en las instituciones públicas identificando los principales cambios ocurridos en el proceso. Identificamos experiencias en salud comunitaria (aquí entendidas como movimientos determinantes) además de (re)construir las experiencias de Ceará, a fin de verificar cómo se dieron los procesos que forjaron los agentes y como se desplegaron (entendidos como momento de la institucionalización) hasta el momento de la “creación” y consolidación del Programa Nacional de Agentes Comunitarios de Salud en ámbito nacional (entendido como momento del instituido) observando algunos avances y retrocesos de la evolución histórica de los Agentes Comunitarios de Salud. Tenemos como premisa los conceptos de organizaciones de base, solidaridad, institucionalización y burocracia. Hemos utilizado como recurso metodológico la hermenéutica en una perspectiva filosófica teniendo en cuenta la principal preocupación del estudio, la de alcanzar comprensiones acerca de las orientaciones que daban sentido a los recorridos de la categoría. El gran desafío fue comprender los recorridos de las experiencias hasta su llegada a los espacios públicos identificando ganancias y pérdidas a la luz de la Educación Popular entendida aquí mientras instrumento de transformación social. La investigación mostró que los ACS tienen gran potencial de acción colectiva y que esto necesita ser fortalecido del punto de vista del protagonismo popular como también reconocido del punto de vista institucional.

Palabras clave: Agentes Comunitarios de Salud. Institucionalización. Organizaciones de base. Educación Popular. Programa Agentes Comunitarios de Salud.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Lista de livros identificados sobre ACS.....	67
Quadro 2 – Demonstrativo dos sujeitos participantes da pesquisa.....	99
Quadro 3 – Questões debatidas no I ENEMEC.....	188
Quadro 4 – Evolução do PAS entre 1987 e 1992.....	259
Quadro 5 – Síntese do percurso de experiências com Agentes de Saúde no Ceará.....	260
Quadro 6 – Participantes da elaboração da primeira proposta para o PACS Nacional.....	284
Quadro 7 – Breve síntese do processo de institucionalização do PACS	293
Quadro 8 – Taxas de mortalidade infantil nas regiões do Brasil entre as décadas de 1930 e 1990.....	296
Quadro 9 – Lista dos municípios paraibanos que implantaram o PNACS em 1991.....	302
Quadro 10 – Marcos históricos e referentes ao ACS desde a institucionalização aos dias atuais...	311

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Relações entre movimentos institucionais e níveis de organização social.....	122
Figura 2 – Estrutura organizacional do Programa Agentes de Saúde – PAS no Ceará.....	259
Figura 3 – Manuscrito sobre institucionalização.....	322

LISTA DE SIGLAS

ABEN – Associação brasileira de Enfermagem
ACE – Agentes de Combate às Endemias
ACS – Agentes Comunitários/as de Saúde
AM – Amazonas
AP – Amapá
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCS – Centro de Ciências da Saúde
CDS – Centro de Desenvolvimento Social
CAAE - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CE – Ceará
CEBs – Comunidades Eclesiais de Base
CIAM – Centro Integrado de Atenção ao Menor
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CTA – Centro Técnico Aeroespacial
DF – Distrito Federal
EMETER-CE – Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Ceará
EP – Educação Popular
eSF – Equipe de Saúde da Família
ESF – Estratégia Saúde da Família
EUA – Estados Unidos da América
F. SESP – Fundação do Serviço Especial de Saúde Pública
FEBEMCE – Fundação Estadual para o Bem-Estar do Menor do Ceará
FEBEM – Fundação Estadual para o Bem-Estar do Menor
FNE – Federação Nacional dos Enfermeiros
FNS – Fundação Nacional de Saúde
FSSDF – Fundação do Serviço Social do Distrito Federal

FUNRURAL – Fundo de Assistência ao trabalhador rural

GAC – Grupos de Ação Comunitária

GO – Goiás

I ENEMEC – I Encontro Nacional de Experiências de Saúde Comunitária

IAE – Instituto de Atividades Espaciais

IAIA – Instituto de Assuntos Interamericanos

II ENEMEC – II Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária

IMIPE – Instituto Materno Infantil de Pernambuco

IPPH – Instituto Paulista de Promoção Humana

IRA – Infecção respiratória aguda

JUC – Juventude Católica

MOPS – Movimento Popular de Saúde

MS – Ministério da Saúde

NE – Nordeste

OMS – Organização Mundial de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde

PAS – Programa Agentes de Saúde

PE – Pernambuco

PEC – Programas de Extensão e Cobertura

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PMS – Programa Metropolitano de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNACS – Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde

PR – Paraná

PSCA – Projeto de Saúde Casa Amarela

PSF – Programa Saúde da Família

SENAR – Serviço Nacional de Aprendizagem Rural

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SESA – Secretaria Estadual de Saúde

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SP – São Paulo

SUCAM – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUS – Sistema Único de Saúde

TRO – Terapia de reidratação oral

UEPB – Universidade Estadual da Paraíba

UFC – Universidade Federal do Ceará

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

UISS – Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho

UNATE – União Nacional dos Técnicos de Enfermagem

UnB – Universidade de Brasília

UNE – União Nacional dos Estudantes

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UNICEF – Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	20

PARTE 1

INTERFACES CONTEXTUAIS, METODOLÓGICAS E HISTÓRICAS

1. PONTOS DE ENCONTROS ENTRE CONTEXTOS, SUJEITOS E FENÔMENO DE PESQUISA	29
1.1. O contexto de construção da pesquisa	29
1.2. O tear da vida: fios que compõem uma trama.....	38
1.3. Breve retomada da minha trajetória como Agente Comunitária de Saúde.....	43
1.4 . Delineamento da questão de pesquisa.....	59
1.5. Algumas considerações sobre produções em torno do tema ACS.....	62
2. RECORTES E COSTURAS METODOLÓGICAS	68
2.1. A hermenêutica como arte da compreensão	68
2.2. Caracterização da pesquisa	74
2.3. Os fios da meada	81
2.4. Técnicas de Costura	86
2.5. Feitura do campo de pesquisa: Jucás – CE.....	89
2.6. Feitura do campo de pesquisa – Recife – PE	93
2.7. Os sujeitos participantes da pesquisa	96
2.8. Tratamento do material empírico	102
3. LINHA HISTÓRICA	106
3.1. Antecedentes institucionais de experiências com trabalhadores do tipo Agente Comunitário de saúde	106
3.2. A dialética das organizações sociais	114
3.3. Fio histórico das organizações de base no Brasil	123
3.4. Medicina comunitária: uma prática construída a partir das bases.....	132
3.5. O Primeiro Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária – I ENEMEC: uma reunião de experiências de base	138

Parte 2

OS DIFERENTES TIPOS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO BRASIL: DAS ATIVIDADES DAS BASES AOS SERVICOS PÚBLICOS

4. AS ORGANIZAÇÕES EDUCATIVAS DE BASE DOS ANOS 1960 – 1980 E SEUS AGENTES NO ESPAÇO DA SAÚDE	146
4.1. As experiências de Recife – PE.....	146
4.1.1. O núcleo do bairro Coelhos	147
4.1.2. O núcleo do bairro Casa Amarela.....	152

4.2. A experiência de Macapá – AP.....	166
4.3. A Experiência de Cangaíba - SP	169
4.4. A Experiência de Campinas – SP	170
4.5. A experiência do Instituto Paulista de Promoção Humana.....	176
4.6. A dimensão política: um fio que une as experiências	179
 5. O RECORTE DO CEARÁ: DA SECA BROTARAM AGENTES DE SAÚDE	195
5.1. O contexto do Ceará nas décadas de 1970 e 1980	196
5.2. Os silenciadores de sinos	200
5.3. As experiências de referência em Sobradinho e Planaltina – DF (1969 – 1978).....	211
5.4. Os Agentes da FEBEM e das Creches populares em Jucás (1979 – 1986).....	225
5.5. A contratação emergencial de mulheres (1987 - 1988).....	240
5.6 A oficialização do Programa Agentes de Saúde no Estado (1989).....	251
 6. EXPERIÊNCIAS COM AGENTES DE SAÚDE NO CENTRO-OESTE	262
6.1. A experiência com Agentes de Saúde em Goiás.....	262
6.2. O lugar do Assistente social na constituição do ACS	265
 7 . A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PROGRAMA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE	273
7.1. Um breve olhar para o contexto sócio-político do país na década de 1990	274
7.2. A institucionalização do Programa	278
7.3. A Paraíba como Estado pioneiro.....	296
7.4. Os encaminhamentos da institucionalização na Paraíba.....	301
 8. ENTRELAÇANDO FIOS SOLTOS: EM BUSCA DE OUTRAS COMPREENSÕES	306
8.1. ACS como mediador e Agente de biopoder	306
8.2. Ganhos e perdas da institucionalização.....	310
8.3. Um novo ACS para novas necessidades	328
 ACABAMENTOS	335
 REFERÊNCIAS	349
 APÊNDICES	373
 ANEXOS	385

INTRODUÇÃO

Esta tese tem como tema central a categoria Agentes Comunitários de Saúde e foi escrita por uma mulher Agente Comunitária de Saúde. Alertamos o leitor que o tema não deve ser associado apenas à categoria de trabalhadores tal como a conhecemos hoje, isto porque esta tese não se limita a pensar Agentes Comunitários de Saúde apenas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Nesta tese, ‘Agentes Comunitários de Saúde’ têm diferentes sentidos, pois partimos de uma perspectiva histórica para analisá-los o que significa que fizemos um esforço de historicização sobre a categoria, pois antes de comporem um Programa Nacional enquanto trabalhadores do SUS, eles foram Agentes/sujeitos atuantes em suas comunidades com vistas a alcançar melhorias nas condições de vida das pessoas das comunidades. A partir da década de 1960, especialmente, vemos que os percursos históricos dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil se misturam com os movimentos de luta pela criação do SUS, pois ambas as origens têm nas organizações de base sua força motriz.

Investigar a categoria ACS exige reconhecer que não há uma origem apenas, mas várias. Havia muitas experiências com Agentes de saúde espalhadas pelo país, é claro que não necessariamente usando esta denominação, mas com um perfil próximo, por assim dizer. Os Agentes Comunitários de Saúde têm sua origem nos setores populares e nas décadas de 1960 e 1970 as experiências existentes ganharam mais força devido ao contexto político do país e se fortaleceram e caminharam para construção de um sistema de saúde no qual desaguarão todas as experiências existentes. Em alguns Estados as experiências ganham mais notoriedade como é o caso de Pernambuco, Ceará e São Paulo capital.

Enquanto trabalhadores do Sistema Único de Saúde, os/as Agentes Comunitários de Saúde (doravante ACS) têm uma história de 30 anos (completados em Agosto de 2021), contudo, considerando as experiências com Agentes de Saúde de décadas antes, temos mais de 50 anos de história ainda com muito a ser explorado. Na verdade, não sabemos precisar historicamente o momento destas origens uma vez que se trata de alternativas de organização popular e muitas delas não foram registradas de modo que o que se afirma tem por base alguns registros identificados.

De acordo com o Ministério da Saúde, a profissão de ACS é uma das mais estudadas pelas Universidades brasileiras devido ao fato de ocupar um lugar estratégico entre governo e população¹ fazendo um trabalho de mediação e interlocução entre as instâncias governamental e da população e entre saberes populares e técnicos-científicos. Trata-se de um tipo de trabalhador *sui generis* devido ao lugar estratégico que ocupa como representante da sua comunidade perante o governo e deste perante a comunidade da qual inclusive faz parte. A especificidade também se deve ao fato de serem trabalhadores exclusivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (doravante SUS) e residirem no local onde trabalham (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000). Atualmente existem 287.970² ACS vinculados às mais de 40.000 Equipes de Saúde da Família espalhadas pelo território nacional.

Considerando este lugar estratégico e rico, esta pesquisa se inscreve na interface dos campos de estudo saúde e educação por vias da Educação Popular. A concepção de saúde assumida nesta tese se ampara na concepção ampliada de saúde por considerar os determinantes sociais como partes do processo de construção da saúde/doença. A Educação Popular como prática histórica e corrente pedagógica é usada como principal recurso teórico para esta tese uma vez que é uma educação comprometida com as lutas sociais com vista a transformação social (FREIRE, 2016); (CARRILLO, 2011); (BRANDÃO, 2012).

Neste sentido, esta tese se constitui um estudo da Educação Popular em Saúde, enquanto perspectiva teórica e prática que orienta ações em saúde com vistas à participação popular (BRASIL, 2014). Inspirada em Paulo Freire, a Educação Popular em Saúde se expressa como uma perspectiva teórica e metodológica que reconhece os saberes das classes populares e a construção democrática e compartilhada do conhecimento no processo de construção da saúde enquanto maior recurso para o desenvolvimento da vida em suas várias instâncias. A aproximação do setor saúde e educação se deu a partir do vazio do descaso do Estado com os problemas das classes populares a partir do qual iniciativas foram construídas em busca de soluções. Isto aconteceu destacadamente a partir da década de 1960 (VANCONCELOS, 2013).

¹Informação disponível em <<https://aps.saude.gov.br/ape/esf/esf/composicao>>

²Dado obtido em 18/12/2021. Disponível em <<http://cnes2.datasus.gov.br/Mod Ind Profissional com CBO.asp>>
Ver números detalhados por Estado no apêndice 1.

Neste sentido, nossa abordagem sobre a categoria ACS reconhece as dimensões da saúde e educação, embora não se limite a elas por reconhecer que sendo um trabalhador que ocupa um lugar estratégico e que tem em suas raízes uma considerável força política, não expandir o olhar para outras dimensões significaria abrir mão de novas possíveis compreensões. Em outras palavras, pensar a categoria Agentes Comunitários de Saúde partir da Educação Popular significa, em primeiro lugar reconhecer estes sujeitos como populares, dotados de saberes capazes de produzir ações coletivas potencialmente transformadoras, bem como busca fortalecer seu perfil de educador em saúde ainda pouco discutido e problematizado.

De acordo com o que observamos, grande parte dos estudos sobre ACS embora reconheçam diferentes aspectos e origens, têm focado majoritariamente no período pós 1991, isto é, nos/nas ACS enquanto trabalhadores do SUS aqui referenciados pelo conceito de ‘institucionalização’, isto é, o que se dá no âmbito mais formal, regido por processos formais e mais fechados por ocorrerem no âmbito de uma instituição pública. As discussões sobre as origens em sua vinculação orgânica com a base social têm sido deixadas em segundo plano, quando não esquecidas. Estes movimentos originários dos quais emergiram os/as ACS se relacionam com o conceito de ‘movimentos instituintes’, isto é, aquele conjunto de processos e relações que não foram instituídos mas acontecem no fluxo social mais aberto. Da relação destes movimentos ‘instituintes’ e ‘instituído’ surge o momento da institucionalização que é dialético por natureza porque resulta da relação entre os anteriores. Assim, chamamos de institucionalização o momento em que as forças instituintes são formalizadas. Em outros termos, significa dizer que a institucionalização é aquilo que acontece entre as experiências populares com a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde nos grupos comunitários dotados de particularidades e a chegada ao espaço do Estado (L’ABBATE, 1997); (LOURAU, 2016).

Decorre desse processo histórico que, mudanças ocorrem e os sujeitos sofrem transformações a partir dos lugares que ocupam de modo que, quando falamos em ACS das organizações de base e de ACS, após a criação do Programa, não nos referimos ao mesmo tipo de Agente pois são dotados de características diferentes sendo a principal delas observada nesta pesquisa o alcance da ação política desses sujeitos.

Disto concluímos que em uma sociedade desigual como a nossa na qual a lógica neoliberal avança cada vez mais, pensar a sociedade a partir de sua força organizativa de base é tarefa fundamental e a história dos/das ACS aponta justamente para a capacidade de organização social das classes populares capaz de produzir mudanças em defesa dessa classe.

Neste sentido, a presente tese foi organizada para responder à seguinte questão: **que aspectos dos processos instituintes foram fragilizados/deixados para trás com a institucionalização do Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS?**

Considerando o exposto, nos propomos nesta tese a defender o argumento de que **ao longo do tempo, (desde seu surgimento disperso nas organizações de base à institucionalização), os/as ACS perderam força de presença política e organizativa de base, especialmente após a institucionalização do Programa, a partir da qual aderiram paulatinamente a um modelo de trabalho que tem privilegiado mais os interesses do institucional do que os da mobilização popular pós institucionalização.**

Para explicitar isto, buscamos compreender os percursos históricos dos ACS desde suas origens nas organizações de base até o momento pós institucionalização que se estende até tempo presente.

Deste modo, temos os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

Compreender os processos de institucionalização do Programa Agentes Comunitários de Saúde a partir de um percurso histórico, desde as orientações das organizações de base aos serviços permanentes nas instituições públicas identificando razões modificadoras ocorridas ao longo de sua implantação no SUS e apontando as potencialidades ou limitações quanto às práticas de educação popular em saúde.

Objetivos Específicos:

1. Identificar no município de Jucás – CE pessoas que vivenciaram os processos instituintes e de institucionalização do Programa Agentes de Saúde.

2. Mapear no país outras experiências nas/das quais emergiram Agentes Comunitários de Saúde e descrever aspectos essenciais de sua ação.
3. Evidenciar como os processos de institucionalização se desdobraram e como isto afetou o protagonismo dos Agentes Comunitários de Saúde em suas relações com as bases sociais.
4. Identificar razões modificadoras do perfil e das atribuições dos/das Agentes ao longo do tempo e suas potencialidades ou limitações enquanto força de presença política junto às práticas de educação popular em saúde de responsabilidade do ACS.

Para dar conta destes objetivos, organizamos a tese em duas partes complementares: parte 1 – Interfaces contextuais, metodológicas e históricas e parte 2 – Os diferentes tipos de Agentes Comunitários de Saúde: das atividades das bases aos serviços públicos. A parte 1 foi dividida em três capítulos. No **capítulo 1 intitulado ‘Pontos de encontros entre contexto, sujeito e fenômeno de pesquisa’** apresentamos o, contexto de construção da pesquisa recuperando elementos contextuais presentes no processo de produção da tese, um pouco do contexto da nossa trajetória de vida e profissional onde destacamos alguns principais momentos da experiência como ACS através de um breve memorial, além de explicar como chegamos à questão de pesquisa e finalizamos com algumas considerações sobre as produções em torno do tema ACS; No **capítulo 2 intitulado ‘Recortes e Costuras metodológicas’** fazemos uma caracterização da pesquisa, apresentamos os principais conceitos trabalhados na tese, as técnicas utilizadas para a produção do material empírico, como se deu a feitura do campo de pesquisa, apresentamos um perfil dos sujeitos participantes, mencionamos como organizamos os dados e tratamos da hermenêutica usada como método para o trabalho com o material empírico. No **capítulo 3 intitulado ‘Linha histórica’** fizemos uma breve retomada das experiências institucionais com trabalhadores do tipo Agentes de Saúde, abordamos um pouco do tema das organizações de base e suas trilhas históricas no contexto brasileiro, tratamos sobre a medicina comunitária enquanto prática presente nas organizações de base e por fim falamos do Primeiro Encontro Nacional de Experiências Comunitárias – I ENEMEC.

A parte 2 foi dividida em cinco capítulos, o **capítulo 4 intitulado ‘As organizações educativas de base e seus agentes no espaço da saúde’** no qual apresentamos o resultado de um

mapeamento feito sobre experiências de medicina comunitária nas/das quais surgiram Agentes Comunitários de Saúde através das quais fizemos um percurso em busca de Agentes de Saúde emergidos de experiências de base e destacamos a dimensão política das experiências como elemento central que as une. **O capítulo 5 intitulado ‘O recorte do Ceará: da seca brotaram Agentes de Saúde’** no qual apresentamos o resultado de uma (re)construção histórica das experiências com Agentes de Saúde No Ceará destacando alguns aspectos contextuais que foram determinantes para o desenvolvimento das experiências e seguimos até o momento da criação do Programa no Estado, para isto, destacamos a experiência que serviu de base bem como alguns principais aspectos da história de vida dos precursores das experiências e do Programa no Estado. No **capítulo 6 intitulado ‘A experiência com Agentes de Saúde de Goiás’** apresentamos a experiência deste Estado com Agentes Comunitários de Saúde e destacamos o papel do profissional assistente social na constituição desses sujeitos. No **capítulo 7 intitulado ‘A institucionalização do Programa’** tratamos do Programa Agentes Comunitários de Saúde a partir da sua institucionalização, isto é, de quando passou a ser dirigido pelo Ministério da Saúde a começar pelo Estado da Paraíba, o primeiro, a implantar o Programa, para isto, fizemos primeiro um percurso sobre os encaminhamentos e mobilizações que levaram o Programa ao nível nacional, em seguida tratamos dos percursos feitos para a implantação na Paraíba. Também construímos um marco histórico legal da categoria de trabalhadores desde 1991 até o presente. Por fim, no **capítulo 8 intitulado ‘Amarrando fios soltos: em busca de outras compreensões’** destacamos o ACS como mediador e agente de biopoder, dois importantes marcadores desse trabalhador, em seguida apontamos algumas perdas e ganhos da institucionalização do Programa Agentes Comunitários de Saúde e por fim, tratamos brevemente de questões relativas à necessidade de um novo ACS capaz de atender a novas demandas sociais.

É necessário enfatizar que os percursos históricos de experiências com Agentes de Saúde presentes nesta segunda parte da tese, não pretendem apresentar um quadro histórico acabado sobre ACS no Brasil. Sabemos que havia outras iniciativas espalhadas pelo país e que não nos foi possível, por vários motivos, conhecê-las mais de perto, deste modo, as experiências aqui registradas correspondem àquilo que foi possível dentro dos limites desta pesquisa.

Embora os/as ACS das organizações de base se diferenciem dos/das ACS das instituições públicas, usamos a mesma forma e denominação para ambos considerando que mesmo quando são denominados de formas diferentes na literatura, muitas vezes sem o ‘comunitário’, este é um adjetivo que pode ser considerado implícito em ambos, já que fazem parte da comunidade. A denominação ‘Agentes Comunitários de Saúde’ passou a ser reconhecida e usual a partir da criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde – PNACS pelo Ministério da Saúde em 1991. Assim, a partir desse ponto, o leitor encontrará a denominação ‘Agentes Comunitários de Saúde’, seja no plural ou singular ou em forma de sigla – ACS em quase todo o corpo do texto tanto para designar tanto Agentes das organizações de base quanto Agentes das instituições públicas diferenciando a instância social na qual se situam e, portanto, o tipo de Agente, a partir do tópico lido. No item 5 usamos a denominação ‘Agentes de Saúde’, uma vez que no Ceará – contexto do qual trata o item – e também quando nos referirmos às Agentes do Estado o que acontece algumas vezes em outros momentos que não necessariamente no item 5. Esta diferenciação foi feita porque no período do acontecimento das experiências relatadas, esta foi a denominação assumida como substituição de ‘auxiliares de saúde’ usada por algum tempo no Estado.

Registramos ainda os interesses mobilizadores para pesquisar este assunto. Em primeiro lugar, pela nossa experiência como Agente Comunitária de Saúde por mais de 11 anos que atrelada ao ingresso no curso de pedagogia despertou inquietações sobre nossa prática. O encontro com Paulo Freire promoveu reflexões sobre nosso fazer cotidiano enquanto ACS e passamos a nos questionar sobre nossa prática enquanto educativa. A partir de então, nossa prática foi aos poucos sendo ressignificada e isto fez crescer o interesse em aprender mais sobre nossa condição. Em decorrência disto, ingressamos no mestrado em 2015 e nos dedicamos à investigação sobre a condição do ACS enquanto educador popular em saúde de modo que a presente pesquisa é uma continuidade e um aprofundamento em busca da ampliação de olhares e alargamento de horizontes. Além da identificação pessoal e do interesse em trabalhar a temática dos Agentes Comunitários de Saúde, percebemos e destacamos a importância de aprofundar estudos sobre o assunto uma vez que se trata de uma categoria profissional em saúde fundamental para o funcionamento do SUS congrega o maior número de trabalhadores do Sistema com mais de 287 mil Agentes. Além disso, ainda é pouco discutida no âmbito da

educação. Estes fatos indicam a necessidade de conhecer melhor esse trabalhador e é também com o intuito de dar esta contribuição que se encaminha esta pesquisa.

Para finalizar esta introdução, gostaria de reconhecer os limites da pesquisa. É verdade que fizemos um esforço para dar conta, da melhor maneira possível, daquilo a que nos propomos, todavia, sabemos da sua incompletude. O tempo no qual a tese foi concebida é único assim como nosso olhar para aquilo que pesquisamos de modo que outras pessoas teriam feito de outras formas, usado outros referenciais, construído outras estruturas, buscado outros sujeitos, vendo outras perspectivas, talvez. Mas nesta incompletude está sua autenticidade. Escrever é também ser escravo de uma inconclusão porque os textos teimam em não ficar prontos, por mais que mexamos ele sempre tem algo a mais para ser arrumado, corrigido, melhorado. Mas enfim, a pesquisa precisava de um ponto final.

Assumimos as incompletudes da pesquisa, mas também que, cada palavra escrita carrega consigo os significados, os conflitos, as (in) disposições, as canseiras, os esforços e as satisfações sentidas nos vários momentos, desde às descobertas e planejamentos à redação. Não poderia ser diferente porque se somos inconclusos somos também limitados, vivo a condição humana. Sim, houve dias em que o papel foi muito resistente, em outros menos, mas em todo caso, a coisa andou e à medida que nos envolvíamos com o texto, nos misturávamos a ele e por isto ele reflete muito de nós. Temos clareza que é a melhor pesquisa possível dentro das condições reais vividas.

Mas é preciso reconhecer que o texto não é só meu, ele é também de todos aqueles que contribuíram para sua produção e a partir de agora será lido por outras pessoas que deverão expor suas opiniões, críticas e até (por que não?) elogios. Enfim, quando um texto é publicizado perdemos o controle sobre ele e nisso consiste a desafiadora ventura da escrita.

Talvez ao se deparar com esta tese e ver o número de páginas, o leitor se sinta indisposto à leitura, de fato, ela ficou mais longa que o planejado, mas o esforço de um olhar panorâmico se impôs e exigiu uma escrita mais longa. Assim, desejamos que os que aqui chegaram tenham prazer pelo tema e por estudar assim como nós tivemos/temos de modo que o número de páginas não promova desânimo, mas vontade de continuar.

PARTE 1

INTERFACES CONTEXTUAIS, METODOLÓGICAS E HISTÓRICAS

1. PONTOS DE ENCONTROS ENTRE CONTEXTOS, SUJEITOS E FENÔMENO DE PESQUISA

Em correspondência ao título supracitado, este capítulo destina-se a apresentar ao leitor algumas questões consideradas importantes para introduzir a pesquisa, tendo em vista a impossibilidade de produzir um texto sem que nele deixemos nossas impressões de mundo e marcas do que acumulamos historicamente em nossas trajetórias de vida pessoal, profissional e acadêmica. Além disso, todo texto se situa historicamente e por isto, também fica marcado pelos acontecimentos, especialmente os que se dão de forma paralela à sua escrita.

Organizamos este primeiro momento da escrita em torno de quatro itens: o contexto de produção da pesquisa; o tear da vida: fios que compõem uma trama; Retalhos da trajetória como Agente Comunitária de Saúde; e delineamento da questão de pesquisa. O item **O contexto de produção da pesquisa** aponta alguns acontecimentos que marcaram o percurso feito até aqui com ênfase para o contexto político com implicações diretas no âmbito acadêmico. No item **O tear da vida: fios que compõem uma trama** apresentamos aspectos da nossa trajetória de vida que constituíram quem hoje sou; No item **Breve retomada da trajetória como Agente Comunitária de Saúde** tratamos um pouco de questões específicas da experiência como ACS. Por último, no item **Delineamento da questão de pesquisa**, informamos sobre como chegamos ao tema desta pesquisa.³

1.1. O contexto de construção da pesquisa

O contexto no qual foi produzida esta pesquisa não poderia deixar de ser enfatizado como parte do processo, afinal, para produzir um texto científico não basta expor dados, teorias, metodologias e análises porque isso negaria a condição histórica dos que o produziram.

O texto é vivo e deve refletir a historicidade na qual o escritor está mergulhado. Se não for assim, caímos na falácia da neutralidade científica e nos comportamos como se para escrever, o tempo e a vida parassem, mas ao contrário disso, somos afetados de diferentes

³Neste primeiro capítulo, fazemos uso tanto da primeira pessoa do plural quando da primeira pessoa do singular.

maneiras por circunstâncias que interferem necessariamente de várias formas no processo de produção. É verdade que isto pode aparecer de forma implícita já que ao datar um documento informamos indiretamente sobre seu momento histórico, todavia, optamos pela explicitação de algumas circunstâncias, de alguns incômodos e inquietudes, mas, também de esperanças que nos moveram durante o processo de pesquisa. Esta explicitação não é excesso, ao contrário é parte importante do aprendizado alcançado, especialmente para quem tem origem popular por ter que lidar com dificuldades estruturais que persistem na história desse país.

Há uma passagem na qual Paulo Freire nos ajuda a pensar sobre isto, diz ele:

O processo de saber, que envolve o corpo consciente todo, sentimentos, emoções, memória, afetividade, mente curiosa de forma epistemológica, voltada ao objeto, envolve igualmente outros sujeitos cognoscentes, quer dizer, capazes de conhecer e curiosos também (2015, p. 123).

Assim, como alguém que vem das classes populares, até 2020 na condição de Agente Comunitária de Saúde afastada da função (sem vencimentos)⁴ para capacitação, consideramos importante registrar algumas dificuldades (que quero chamar de impulsionadoras) enfrentadas no percurso desta pesquisa.

Esta tese foi produzida em um contexto adverso do ponto de vista social, político e sanitário, mas também em um momento histórico importante para a categoria em questão porque em 2020, chegamos aos trinta anos da lei 8.080 de 1990 e do Programa ACS. Assim, em meio às adversidades, há o que comemorar mas há muito mais a se fazer para superar as lacunas existentes e que aquilo que hoje comemoramos possa continuar existindo haja vista os tantos ataques e projetos de desmonte que o SUS tem sofrido nos últimos anos, especialmente depois de 2019.

Em 2018 quando começamos o curso de doutorado, o clima social estava tenso, produzido por um governo antipopular que colocava em xeque os rumos políticos, sociais e econômicos do Brasil. Todos que tinham a mínima noção do avanço do projeto neoliberal que se instalava no país temiam um futuro à mercê dos interesses do capital.

⁴Esta questão está posta na nossa pesquisa de mestrado (BANDEIRA, 2017, p. 19-20) uma vez que enquanto ACS há o reconhecimento da condição de educadora em saúde, contudo, não há amparo legal para afastamento remunerado da função o que entendemos como contradição.

Vivíamos desde 2016 uma nova conjuntura política de faces antidemocráticas que começava a ser desenhada a punho forte no país. Um projeto a serviço da ordem liberal colocou o país em estado de alerta, percebia-se claramente a defesa do capital em detrimento dos interesses da grande maioria da população, leia-se: trabalhadores, pobres, negros, indígenas, imigrantes, moradores de rua, ribeirinhos, camponeses, sem teto e sem-terra, entre tantos outros. Nossa democracia havia sofrido um duro golpe!

Assistimos ao começo do desmonte do Estado marcado por uma série de eventos que culminaram com as eleições presidenciais em 2018. Enquanto cursava as primeiras disciplinas do doutorado foram vários momentos de apreensão. Naquele período, arquitetava-se um projeto de governo voltado para os interesses do capital neoliberal e a educação, como sempre era um dos alvos. A possibilidade da vitória de um projeto de sociedade que insinuava, além de uma nova ditadura, agredir as conquistas sociais alcançadas com tanto esforço pelas classes populares amedrontou todos aqueles que lutavam e sonhavam por/com uma sociedade mais justa, humana e solidária.

Em meio a isto, desde meados de 2017, eu vinha dividindo o tempo entre Mari, João Pessoa e Guarabira onde atuava como professora substituta na Universidade Estadual da Paraíba – UEPB no Campus III. Entre outras coisas, pude sentir de perto a importância indiscutível da concepção de formação política de um professor para o despertar crítico de seus alunos. Aprendi muito com meus alunos oriundos das classes populares de diferentes cidades da região. Como diria Ruben Alves, o papel do professor é provocar, assim, aprendendo e provocando, procurei através das aprendizagens com a Educação Popular (doravante EP) ser uma profissional capaz de exercer antes de tudo minha humanidade e tornar as aulas momentos para o despertar de consciências sobre o real sentido da educação: transformação. Educar para transformar, pois, educação que não transforma não é educação, é doutrinação e alienação como nos ensina Paulo Freire.

No segundo semestre de 2018, a aproximação das eleições presidenciais aumentou o clima de tensão e nestas circunstâncias, os encontros da turma foram também momentos de compartilhamento das impressões do momento vivido, de desabafos e de renovação das forças e esperanças diante de um cenário projetado para nos fazer temer e ceder à ideia da inexorabilidade, útil ao sistema político.

Com a vitória do projeto opressor/conservador nas eleições de 2018, vimos a partir de janeiro de 2019, a materialização das promessas, o desmonte do Estado. As ameaças de cortes de bolsas na pós-graduação eram frequentes e os cortes chegaram. Passamos a conviver com a incerteza do recebimento da bolsa no mês seguinte e a dinâmica da pesquisa foi ficando tensa.

O fato é que o país está sob a direção de um governo ultraliberal que tem atuado de forma contínua no ataque aos interesses da classe trabalhadora, ao meio ambiente, à saúde e educação públicas, aos direitos trabalhistas, enfim aos direitos sociais que atendem minimamente as necessidades essenciais das classes populares. Muitas conquistas históricas dessa classe têm sido sistematicamente desconstruídas e o SUS é uma delas.

No momento em que lembramos os trinta anos da lei nº 8.080 conhecida como lei do SUS e também trinta anos da institucionalização do PACS, nos parece um momento muito importante para desenvolvermos algumas reflexões e colocar em pauta o referido programa (hoje incorporado ao Programa Saúde da Família) como também a própria institucionalização do SUS.

Em circunstâncias de sistemáticas ações de desmonte de um dos maiores sistemas de saúde do mundo instituído como resultado da luta do povo brasileiro, sendo portanto, antes de tudo uma conquista popular, esta pesquisa pretende contribuir com o debate sobre a necessidade de continuarmos lutando em defesa desse Sistema que garante ao cesso de milhares de pessoas à saúde.

Nesse processo, a Educação Popular se constitui necessariamente um imperativo condutor da reflexão, pois foi combustível e instrumento de luta para todos aqueles que almejavam uma sociedade mais igualitária e justa e neste sentido, diante do atual contexto, a educação popular continua sendo necessária enquanto teoria pedagógica e prática libertadora para desenvolver nossas reflexões.

A Educação Popular se fortaleceu e se fortalece no processo de redemocratização do país e no campo da saúde isso se deu de forma muito visível e rica. A Oitava Conferência Nacional de Saúde que marcou historicamente a luta pelo direito universal à saúde no Brasil, é um importante marco na história da Saúde do país e também explicita a Educação Popular como instrumento de transformação por ter sido a primeira conferência que contou com efetiva participação popular. A Conferência pode ser dita como uma conferência popular porque

oportunizou que as pessoas tivessem espaço de fala para dizer das suas realidades. Foram 98 grupos de trabalho nos quais as pessoas discutiam saúde a partir de suas realidades, algo completamente diferente das outras conferências das quais apenas médicos participaram. Tendo consciência disto, o SUS não pode ser tratado dissociado da Educação Popular que se expressa justamente pelo protagonismo popular nos processos sociais diversos, seja em educação saúde ou outro âmbito⁵

Neste sentido, quero destacar o encontro com a **Educação Popular**, por assim dizer. Uma vez que esta pesquisa se situa nesse campo, convém reconhecer que conhecê-la e me descobrir através dela foi um momento importante na trajetória acadêmica por ter possibilitado o alargamento das formas de compreensão de mundo permitindo compreendê-lo de forma mais lúcida e crítica, especialmente em termos sociais e políticos, fez-me refletir sobre minhas origens e meu lugar no mundo. Por isto, reconhecendo que todas as pessoas também têm o direito de alargar suas percepções de mundo e compreensões, defendo a EP como importante instrumento a serviço da transformação social e de autotransformação, o que faz com que esta pesquisa pretenda produzir reflexões que contribuam minimamente com as mudanças que almejamos ver na sociedade tornando-a mais justa e solidária. Afinal, a produção de conhecimento não deve servir para tornar a vida melhor, especialmente, daqueles que têm direitos negados historicamente? Uma pesquisa no campo das ciências humanas e sociais, mais especificamente no campo da Educação Popular, não pode não ter esta pretensão, sobretudo em uma sociedade desigual e injusta como a nossa, na qual os grupos populares tradicionais e as minorias são subjugados e oprimidos diariamente. Assim, acreditamos que desenvolver uma pesquisa em EP se constitui também em um compromisso social.

A caminhada com a EP em termos teóricos e metodológicos começou em 2015 quando ingressamos no mestrado. As leituras e discussões nos fizeram aos poucos pensar melhor sobre o papel da Universidade, da pesquisa e das lutas sociais. As provocações feitas pelos professores me mantiveram atenta no sentido de refletir sobre as tensões sociais que moveram e movem a sociedade e a partir disso pensar nosso lugar nela enquanto estudante de pós-graduação de Universidade pública, mais ainda, pensar sobre a indiscutível importância do acesso das classes

⁵ Ver o vídeo “Oitava: a conferência que auscultou o Brasil”. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=zZAHdF0fNps>

populares à Universidade, inclusive aos níveis mais elevados como as pós-graduações, ainda um privilégio no Brasil.

Iniciamos 2020 imaginando que as maiores dificuldades já tinham sido anunciadas no cenário nacional, então um inimigo invisível nos surpreendeu, em fevereiro nos deparamos com a chegada da pandemia de Covid-19⁶. Não tínhamos muita noção da proporção do que estava acontecendo porque nossa geração nunca tinha lidado com isso, não em termos planetários. As primeiras semanas foram de medo e “adaptação” à ideia de uma nova realidade de isolamento. Foi preciso manter o equilíbrio, pois a rotina da vida havia sido afetada, todavia, a pesquisa não podia parar embora muitas tenham sido diretamente afetadas pela impossibilidade de realização de trabalho de campo. Além disso, outras limitações foram impostas com a suspensão de serviços, a exemplo das bibliotecas, o que impossibilitou entre outras coisas, o acesso a livros. Isto se impôs como dificuldade uma vez que o custo de livros no Brasil é alto.

A pandemia explicitou problemas e pautas sociais que estavam esquecidos por muitos brasileiros, como por exemplo, a falta de estrutura do Sistema de Saúde, a desigualdade social, a falta de zelo com os serviços públicos de um modo geral e a fome entre outras coisas. É impressionante como se produz fome em um país tão rico como o Brasil. A fome não é um fenômeno natural, ela é produzida por inúmeros fatores e sua manutenção e crescimento mostra a situação de atraso que se instalou nesse país. Seria importante que quem passa fome aprendesse com ela tal como fez Carolina Maria de Jesus considerando que a fome ensina “O Brasil precisa ser dirigido por uma pessoa que já passou fome. A fome também é professora” (1960, p. 26).

A fome inclusive é um elemento presente em vários momentos desta tese. O surgimento do Agente Comunitário de Saúde está atrelado às péssimas condições de vida do povo brasileiro e a fome emerge como um dos principais elementos. Em 1940, Josué de Castro (1984) já denunciava a fome como um fenômeno de ordem social e pouco presente no debate público. É uma lástima que ainda esteja tão presente, que continue sendo produzida e negligenciada, um

⁶ De acordo com a Fiocruz, o nome Covid corresponde à junção de letras que se referem a (co)rona (vi)rus (d)isease, que traduzido para o português seria "doença do coronavírus" e o número 19 refere-se ao ano de 2019, quando os primeiros casos da doença foram divulgados. Disponível em:<<https://portal.fiocruz.br/pergunta/por-que-doenca-causada-pelo-novo-coronavirus-recebeu-o-nome-de-covid-19>>

indicativo de que temos errado muito na escolha de muitos dos nossos governantes. A fome no Brasil não é resultado da falta de alimentos, mas da sua má distribuição. Em 2021 já são mais de 19 milhões de pessoas que passam fome no país.

A pandemia trouxe ainda, além de lástimas e ameaças, inúmeros desafios e aprendizados. Os dias (longos) de isolamento social têm sido difíceis e pedagógicos ao mesmo tempo (mais difíceis que pedagógicos). O exercício do autoconhecimento e da capacidade de resiliência têm sido testados diariamente. Muita coisa foi posta à prova: os sistemas de saúde, os governos, o sistema econômico, a capacidade dos líderes mundiais, a sensibilidades das pessoas, a capacidade de solidariedade entre outras coisas. No caso do Brasil, a pandemia agravou uma crise sanitária já vigente, mas não somente sanitária, a crise econômica e política que também já estavam em curso devido à particularidade de termos um presidente cujo (des)governo vai contra os interesses populares, conforme destacam Fonseca, Fornari e Loureço (2020) ao afirmarem que a opção das últimas gestões do Governo Federal pelo crescimento econômico através das políticas de austeridade favorecem as classes sociais mais privilegiadas, algo que já vinha ferindo de morte os mais vulneráveis que são justamente os principais usuários dos serviços públicos, dentre eles, o SUS.

Além disso, a pandemia deixou à mostra a realidade vivenciada cotidianamente por muitos profissionais de saúde já que inevitavelmente foram evidenciados por serem aqueles que estão na linha de frente do combate.

No contexto da atenção básica, isto é, o primeiro nível da atenção à saúde no SUS, a forma estratégica que tem sido usada para garantir minimamente os atendimentos médicos tem chamado atenção para a figura do ACS que tem desempenhado um papel importante, mesmo sem o devido apoio dos governos, em muitos casos. Agora, mais do que nunca, ele tem sido elo entre a população e os serviços básicos de saúde, para efeitos de prevenção, muitos atendimentos estão sendo realizados pela intermediação dos Agentes, evitando que os pacientes frequentem as Unidades de Saúde, isto tem destacado ainda mais seu lugar de mediador. Sua atuação tem sido fundamental para o monitoramento e acompanhamento da população. Sem os/as ACS, os municípios teriam muita dificuldade para acompanhar o quadro de infecções, além da contenção da disseminação do vírus junto aos grupos de risco. Temos acompanhado alguns casos e visto que na luta em favor da população e

na (re)invenção de estratégias de ação em suas áreas de trabalho os/as ACS têm cumprido papéis que não são seus. A ausência do Estado na assistência aos trabalhadores de saúde (de um modo geral) fez com que muitos Agentes se esforçassem para oferecer o que nem eles/elas mesmos/mesmas tinham recebido, por exemplo, oferecer máscaras (produzidas por conta própria e com recursos próprios) às famílias carentes⁷ quando na verdade nem os próprios Agentes receberam máscaras do poder público⁸. ACS que improvisaram caixas de som em motocicletas para circular pela comunidade com vistas a uma maior eficiência no alcance da mensagem. O aplicativo WhatsApp se tornou ferramenta fundamental para a comunicação dos/das Agentes com as famílias já que as atividades de visitas precisaram ser ressignificadas. Na verdade, o que aconteceu neste período foi uma revisão do jeito de ser Agente que não está pronto e os/as milhares de ACS atuaram e atuam anonimamente para enfrentar da melhor maneira possível a crise sanitária.

Foi possível notar que os/as ACS se sentem desamparados/das, mas apesar disso se mobilizaram para enfrentar as dificuldades do trabalho e aquelas impostas pelo próprio sistema como a falta de capacitação para lidar com novas realidades como no caso da pandemia.

A verdade é que a Atenção Primária foi relegada a segundo plano e os serviços de alta complexidade foram privilegiados com investimentos enquanto por outro lado, a atenção primária chegou a suspender as atividades deixando a população desassistida (FONSECA; FORNARI; LOUREÇO, 2020). O atendimento hospitalar ganhou centralidade, o que deveria ter sido acompanhado de investimentos também na atenção primária com vistas à contenção da disseminação do vírus, o que poderia ter evitado muitos casos de internação.

Fatos como estes afirmam a necessidade de aprofundamento na compreensão sobre esta categoria e as pesquisas se fazem importantes porque contribuem para compreendermos os avanços e retrocessos alcançados nesses trinta anos de ACS como trabalhadores do SUS. É preciso compreender para agir e agir para transformar. É nossa esperança! Uma esperança ativa que gera ação conforme escreveu Freire em Pedagogia da indignação (2000). É neste sentido que vai nosso esforço.

⁷Ver depoimentos de ACS no vídeo “O trabalho do ACS em tempos de coronavírus”. Disponível em:< https://www.youtube.com/watch?v=xz9SRj_K9TU>

⁸ Depoimento de uma colega ACS em conversa sobre seu trabalho na pandemia.

O SUS teve suas fragilidades expostas mais do que nunca, mas mesmo que sem as condições ideais, com suas limitações e fragilidades tem salvado muitas vidas e a condição de importante conquista do povo brasileiro país tem ganhado relevo o que ao mesmo tempo alerta para o fato de que se trata de uma conquista que precisa continuar. Contraditoriamente, em plena pandemia quando deveria estar sendo fortalecido, o Sistema tem sido desmontado sistematicamente.

A ideia que o progresso garantiria a manutenção da vida como sugeriu Euclides da Cunha, na verdade não é suficiente para lidar com a complexidade e fragilidade da vida. O “ou progredimos ou desapareceremos” (1901, p. 33) não se afirmou! Progredimos e talvez por continuar a querer isto em demasia nos termos do capital, desapareceremos em meio a tanto progresso entendido aqui como evolução tecnológica e científica. Todo o progresso científico e tecnológico foi posto à prova por um vírus. Tudo aponta para uma lógica diferente da do desenvolvimento do ponto de vista tecnológico, a lógica da vida se impõe como aquela que realmente importa aprender e em cujo aprendizado precisamos investir. Ou (re)aprendemos um novo jeito de organizar a dinâmica da vida respeitando o meio ambiente e entendendo a lógica organizacional do universo ou de fato, desapareceremos. A ilusão moderna de que temos o controle sobre a vida foi mais uma vez quebrada.

Isto nos leva a pensar sobre nossas formas de relacionamento, elas são uma importante chave para o futuro. É preciso entender a vida em suas várias formas de manifestação e aprender a dinâmica da natureza e con-viver com ela de forma respeitosa. Se continuarmos nos comportando de forma egoísta e irresponsável, as chances são poucas. Uma das “mensagens” do vírus para o planeta é que para o estágio agressivo de exploração dos recursos ambientais que gera desequilíbrio, a resposta será cada vez mais clara e igualmente agressiva, já que somos a natureza. Trata-se de superar o paradigma cartesiano e a ideia de superioridade em busca de outro entendimento, através de outra matriz de pensamento como sugere Edgar Morin, algo dito desde a década de 1970, porém pouco considerado e os modelos políticos têm muito a ver com isso.

É curioso o fato de estarmos lutando contra algo produzido por nós, não o vírus, mas sua forma de manifestação que é uma resposta à forma como temos tratado o planeta, uma amostra do desequilíbrio que temos causado por escolha, pela forma insustentável que

adotamos como estilo de vida, destruindo a biodiversidade em nome do ganho econômico. O trecho a seguir do ambientalista indígena Ailton Krenak traduz um pouco desta reflexão:

É terrível o que está acontecendo, mas a sociedade precisa entender que não somos o sal da terra. Temos que abandonar o antropocentrismo; há muita vida além da gente, não fazemos falta na biodiversidade. Pelo contrário. Desde pequenos, aprendemos que há listas de espécies em extinção. Enquanto essas listas aumentam, os humanos proliferam, destruindo florestas, rios e animais. Somos piores que a Covid-19 (2020, p. 6).

Enquanto nossa visão de mundo não se aproximar desta forma de pensar, seguiremos um processo de autodestruição cujo impacto maior é sentido indiscutivelmente pelos economicamente desfavorecidos.

Diante de tudo isto e olhando para o cenário brasileiro, temos a impressão que o movimento popular está em recesso diante da ofensiva das classes dominantes. Sua reação será uma possibilidade de superação como foi nas décadas de 1970 e 1980? O que virá no pós-pandemia? Teremos aprendido a lição? O que faremos? Como seremos? Será que as forças populares estão vivas como fogo de monturo? O fato é que temos mais perguntas que respostas. Eis o desafio que se nos impõe. Talvez compreender quem somos, nossas origens e nosso papel no planeta seja o mais urgente, talvez tudo dependa disso.

Concluimos esta parte com um sentimento de esperança, a esperança de que dias melhores virão e tomamos emprestado e afirmamos as palavras da paraibana Luiza Erundina quando diz que a juventude é a capacidade de acreditar no futuro e completa: “O desencanto, o desalento é reacionário. O individual não vai longe, não é potente, a potência vem da ação coletiva de sujeitos coletivos”⁹.

1. 2. O tear da vida: fios que compõem uma trama

⁹ Trecho do último pronunciamento de antes das eleições para prefeito de São Paulo de 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=gxWCmcsqonc>.

O que aqui se constitui é resultado de uma construção histórica do eu que está sendo e que traz consigo tantos outros “eus”. O fenômeno de estudo desta tese é um entrelaçamento da minha¹⁰ trajetória de vida pessoal, profissional e de formação. O fato é que esta tese não é algo separado destes percursos, mas parte deles. Em *Pedagogia da Autonomia* (2011), Freire diz algo neste sentido que gostaria de destacar: “[...] a construção de minha presença no mundo, que não se faz no isolamento, isenta da influência das forças sociais, que não se compreende fora da tensão entre o que herdo geneticamente e o que herdo social, cultural e historicamente” (2011, p. 53). Assim, sem as forças outras que me movem e com as quais me relaciono todos os dias, esta tese não seria possível.

Quero me apresentar como filha de Maria do Socorro Galdino da Cunha, mulher forte, guerreira de muita fé e coragem sem a qual eu não seria o que sou e tampouco teria chegado até aqui. Também sou neta de dona Noemia, avó materna muitíssimo amorosa sem a qual, igualmente não seria quem sou nem estaria onde estou. Estas duas mulheres, meu avô materno/pai João e minha irmã Fernanda constituíram minha base familiar. Minha sociabilidade começou com estas pessoas.

Nasci e cresci no interior da Paraíba, na cidade de Mari. A casa dos meus avós maternos foi nossa casa, mais que isso, foi um lar! Éramos economicamente pobres, meu avô trabalhava como agricultor para nos sustentar, minha avó costurava para fora para complementar a renda e minha mãe se tornou professora no mesmo ano em que nasci. Meus avós analfabetos e agricultores ensinaram-me coisas que instituição de ensino nenhuma ensinou nem poderia. O esforço de minha mãe e avó para nos criar dignamente e ensinar valores de forma amorosa é para mim algo grandioso e de que me orgulho.

Sendo agricultores me levavam com frequência para o roçado, aprendi a gostar da terra, de árvores, de bichos, de riachos, de plantações, da chuva... Nas idas para o roçado aprendi plantar e colher feijão, batata doce, fava, macaxeira, milho. As colheitas de milho nos meses de junho eram lindas e prazerosas! Estas entre outras muitas outras experiências foram muito marcantes e importantes em minha vida e se impregnaram em mim. Meus avós, talvez não tivessem consciência da grandeza daqueles momentos, da dimensão pedagógica dessa dinâmica

¹⁰ Item desenvolvido ora na primeira pessoa do singular, ora na primeira pessoa do plural.

da nossa vida simples.... Foram meus professores. Tive o prazer de conviver com eles enquanto viveram. Crescer com meus avós foi um dos maiores privilégios que Deus me concedeu. Com eles, vivi momentos de muita felicidade e aprendi valores que orientaram e orientam minha vida.

Morávamos no bairro José Américo e tínhamos uma vida tranquila em comunidade¹¹. Tínhamos uma vizinhança amiga e respeitosa em uma época em que brincávamos na rua sem medo, comprávamos em vendas¹², não tínhamos geladeira e íamos para a casa de uma vizinha assistir novela porque não tínhamos televisão. Algumas noites, a depender da época, íamos para a capela bem próxima da nossa casa rezar o terço o que fez tomar gosto pelas atividades religiosas bem cedo. Quando faltava energia (o que acontecia com frequência) íamos para a calçada passar o tempo. São imagens de uma infância feliz!

Na condição de professora, minha mãe me introduziu cedo no espaço escolar. Por várias vezes, precisou me levar para a Escola por não ter com quem me deixar em casa e assim, antes de ser um espaço formativo, a escola foi para mim um espaço de acolhimento que eu aprendi a gostar. Minha mãe e minha avó sempre se esforçaram muito para que eu pudesse estudar e embora não fosse a melhor aluna, sempre tive gosto pelos estudos. As letras sempre me atraíram! Segui a trajetória na Escola pública no mesmo município até 2003 quando concluí o ensino médio. Neste momento, a universidade era um sonho.

Em 2004 surgiu a oportunidade para o primeiro emprego, havia sido aberta uma seleção para Agente Comunitários de Saúde. Me inscrevi, fiz o processo seletivo e passei. A seleção foi muito rápida, tudo em um dia só e ao voltar para casa já sabia que havia sido selecionada. Ainda recordo a alegria ao receber o primeiro salário (R\$260,00). Trabalhei onze anos até a ocasião em que me afastei para fazer o mestrado.

Em 2005 passei no vestibular e entrei pra Universidade, me senti vitoriosa, pois além da minha mãe, tinha apenas um tio com formação superior na família (de meu conhecimento). Foi meu primeiro contato com aquele universo pelo qual me apaixonei. Trabalhava durante o dia e ia para a UFPB à noite, rotina que durou oito anos somando os dois cursos concluídos:

¹¹ Termo usado não no sentido que comumente se utiliza hoje em substituição ao termo ‘favelas’.

¹² ‘Venda’ era uma espécie de lojinha onde se comercializava em geral gêneros alimentícios básicos.

filosofia e pedagogia. O interesse pela área da comunicação me impulsionou a prestar vestibular para comunicação social, contudo, não foi possível cursar.

Depois de algum tempo, comecei a me incomodar com a distância entre o que eu estudava no curso de filosofia e aquilo que eu fazia como trabalho. Em 2007, fiz vestibular novamente, desta vez, inspirada em minha mãe, escolhi Pedagogia e o campo da educação me permitiu maiores aproximações com a realidade profissional, as pessoas falavam com frequência de suas rotinas, experiências e dificuldades. Quando cursei a disciplina Educação Popular, conheci Paulo Freire e este encontro foi um divisor de águas na minha formação acadêmica e mudou minha forma de enxergar muitas coisas.

Em certo momento, as discussões em sala de aula passaram a me inquietar porque as/os colegas de turma, muitos deles/delas professores/as, falavam sobre suas experiências de trabalho escolar e eu, na condição de Agente Comunitária de saúde sentia como se para minhas experiências, não houvesse lugar, afinal, eu estava em um curso de formação de professores, e isto me fazia sentir um pouco deslocada, era como se a educação só acontecesse no espaço escolar, quando na verdade ela acontecia na vida e a sensação era que o curso de pedagogia ainda não abarcava este entendimento. Foi aí que percebi o quanto nossa concepção de educação é atrelada aos espaços formais/escolares e a riqueza das experiências educativas extraescolares é diminuída quando não ignorada. Paulo Freire me despertou porque defende avidamente uma concepção de educação que leva em consideração a vida das pessoas em seus diferentes contextos.

Certa manhã, ao chegar na Unidade de Saúde, a enfermeira entregou alguns livros enviados pelo Ministério da Saúde, entre eles, um manual sobre o trabalho do ACS no qual havia uma referência a Paulo Freire que foi chave para mexer com minhas percepções sobre meu trabalho:

Segundo o educador Paulo Freire, ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou sua construção [...] O enfoque educativo é um dos elementos fundamentais na qualidade da atenção prestada em saúde. [...] Educar é um processo de construção permanente (BRASIL, 2009, p.50).

Este pequeno texto despertou minha atenção e a partir comecei a olhar para minhas experiências cotidianas com mais atenção e considerei que mesmo trabalhando em outros espaços: casas, rua e Unidade de Saúde, eu trabalhava com educação, uma educação não formal, educação para a saúde e eu era uma educadora em saúde, embora não fosse tratada assim. Meu agir cotidiano de alguém que orientava as famílias me constituía uma educadora, mas é preciso reconhecer que não uma educadora popular, propriamente dito, mas mais com sentido mais próximo do tradicional porque devido às demandas não era possível fazer muito além de perguntas, coletar respostas, registrá-las e fornecer algumas informações. Mas mesmo assim, o que gostaria de frisar é que a condição de educadora não era algo reconhecido pela estrutura dos serviços.

Terminada a graduação seguiu-se o interesse em fazer mestrado o que me causou novo incômodo porque eu sabia que em geral, as pessoas pesquisavam sobre algo relacionado às suas práticas e eu não sabia como equalizar minha formação em educação e minha prática em saúde. As poucas conversas com alguns professores durante o curso sobre o interesse no mestrado não tinham sido suficientes para me fazer enxergar um caminho. Até que no final do curso, em uma noite após a aula, conversei com o professor Severino Bezerra, com quem estava cursando uma disciplina, e falei sobre minha inquietação e o que ele me disse naquele momento, foi muito importante para orientar minha vida acadêmica, sugeriu que eu investigasse a dimensão pedagógica do seu trabalho. Foi uma rápida conversa que jogou luz em mim e a partir dela, orientei a construção do projeto de mestrado com o qual, em 2015 me submeti à seleção do PPGE da UFPB e fui aprovada.

A pesquisa me fez descobrir tanto sobre meu trabalho quanto sobre a importância da própria pesquisa, o quanto ela nos permite avançar na compreensão dos fenômenos sociais e de nosso papel na sociedade. Ao olhar para as áreas do conhecimento (no meu caso, educação e saúde, à luz da Educação Popular) a partir do viés interdisciplinar, notei o quanto isto favorece e enriquece o aprendizado e que sem a oportunidade de fazer/aprender fazer pesquisa, minha compreensão seria outra. Depois de algum tempo compreendi bem algo que ouvi várias vezes do meu orientador, que nossa primeira necessidade é entender nosso país, pois sem entendê-lo não é possível empreender nenhuma mudança. Neste sentido, a mudança que queremos ver na

sociedade está necessariamente atrelada à forma como enxergamos o mundo e o projetamos e isto exige de nós constantes avaliações sobre nossas compreensões.

O gosto pela dinâmica da vida acadêmica só cresceu e o interesse pelo doutorado me acompanhou. Em 2018 ingressei no doutorado, na mesma instituição e linha de pesquisa e pude dar continuidade à temática trabalhada no mestrado e ter a oportunidade de alargar minha compreensão sobre a categoria Agentes Comunitários de Saúde além de alargar minha visão de mundo e amadurecer como pesquisadora.

1.3. Breve retomada da minha trajetória como Agente Comunitária de Saúde

Considerando que minha¹³ trajetória profissional se tornou referência para a trajetória de pesquisadora, convém recuperar alguns momentos através de um breve relato a fim de oferecer ao leitor um panorama de pouco mais de onze anos de trabalho como Agente Comunitária de Saúde, de modo que o que aqui será contado não provém de relatos de outros, mas foi retirado da própria experiência. O esforço aqui é imprimir na narrativa “[...] a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso” (BENJAMIN, 1987, p, 205) eis o desafio e quem sabe esta construção poderá ser útil para algum estudo futuro.

Primeiro devo reconhecer que outros cumpririam esta tarefa de outros jeitos, todavia, embora cada ACS construa sua dinâmica de trabalho a partir das condições reais de seu contexto, muitos aspectos que apresento podem guardar semelhanças com a rotina e/ou pontos de vista de outros/outras ACS já que as condições de vida das populações pobres do Brasil, justamente as que são por eles atendidas não são tão diferentes, sobretudo na região Nordeste. As aproximações talvez sejam mais comuns em cidades menores já que em cidades grandes a dinâmica do trabalho dos/das ACS muda um pouco devido às estruturas e formas de organização das moradias. Nas cidades menores onde não há grandes prédios, o acesso às famílias é direto e sem dificuldades, a grandes estruturas em especial, mesmo quando em áreas populares constituem uma barreira para o acesso.

¹³ Este item foi desenvolvido na primeira pessoa do singular.

Antes de recuperar alguns aspectos da trajetória como ACS, talvez seja importante lembrar as vias da implantação do PACS no município de Mari onde atuei. Isto é importante porque reflete um pouco da questão central da pesquisa à medida que desvenda, ao menos em parte o movimento de institucionalização que não se deu da mesma forma em todos os lugares. Enquanto em alguns lugares os movimentos instituintes existentes como as pastorais da saúde, por exemplo, tiveram força suficiente para engajamento nos movimentos em defesa de um projeto de sociedade através do campo da saúde, em outros a existência e atuação desses movimentos era tímida ou inexistente e não tinha relação com o ideal de um novo projeto de sociedade.

Em Mari, a implantação do PACS ocorreu em 1993, embora não muito tardia, este marco temporal é um indício da ausência da ação de grupos de base bastante efervescidos no Brasil nas décadas de 1970 e 1980 com forte relação com a Igreja através das Comunidades Eclesiais de Base – CEBs. Em outras palavras, não houve em Mari nenhum movimento popular anterior no qual Agentes Comunitários de Saúde tivessem emergido como Agentes do povo embora em 1964 o movimento das ligas camponesas tenha demonstrado sua força organizativa, mas que foi silenciada após um desfecho trágico.

De acordo com um relato do ex-prefeito de Mari, Manoel Monteiro Sampaio, em cuja gestão ocorreu a implantação do PACS, o Programa chegou ao município por interesse do então secretário de saúde, o médico Pedro Flavio Maroja que o convenceu de que se tratava de um importante Programa e que seria bom para a cidade. Convencido, conta, que acolheu a ideia, deu carta branca ao secretário e ainda em 1993, primeiro ano da gestão, foi realizada a primeira seleção de ACS (BANDEIRA, 2017).

Não foram identificados relatos de qualquer organização local que tenha envolvido ações comunitárias ligadas ou não à Igreja que tivessem relação com algum tipo de protagonismo em saúde. Com isto, o relato do ex-prefeito, embora breve, indica um sentido vertical da ação de implantação o que se pôde confirmar quando em ocasião de conversa com os/as ACS pioneiros do município e ainda ativos, apenas alguns poucos relataram engajamento em algumas atividades ligadas à Igreja à época e que isto foi levado em consideração, contudo, os engajamentos eram mais pontuais como animadores de comunidade e catequistas, por exemplo. Assim, a partir destas referências, é possível notar que a implantação do Programa

em Mari se deu de forma verticalizada, seguindo a tendência da implantação do Programa que a partir de 1991 se espalhava a princípio pelo Nordeste.

Esta observação é tão importante quanto necessária para não confundirmos o fato de a ação dos agentes e consequentemente o Programa ter surgido como síntese de diversas experiências localizadas como ocorreu em diversos lugares (conforme posto a partir do capítulo 4) e também reconhecer que mesmo onde o Programa foi implantado como consequência/continuidade de movimentos populares existentes, houve casos em que foram potenciais as tentativas de uso político do Programa. Em outras palavras, a implantação do PACS não se deu livre de conflitos de interesses, especialmente pelo fato de se tratar de uma seleção simplificada, o que em tese, facilitaria a inserção de pessoas no Programa por vias de influências políticas, todavia, houve esforço das coordenações no sentido de tentar neutralizar ao máximo esse tipo de interferências.

Assim, cada lugar guarda sua história de implantação seja ela mais horizontalizada ou verticalizada. Quanto a Mari, os pormenores do processo de implantação não são de nosso conhecimento¹⁴ e constituem talvez, matéria de trabalho para outros pesquisadores.

Diz Benjamin (1987) que quem escuta uma história falada ou escrita está em companhia de quem a conta. Então, me acompanhem por estes breves relatos sobre minha experiência como ACS. A trajetória começou em 2004. Foram onze anos de muitas idas e vindas e aprendizados que envolvem facetas da própria constituição enquanto ACS, bem como da dinâmica da comunidade e das relações com a esfera pública. Os pontos de dificuldades que destacaremos, não têm pretensão de agregar visão pessimista ao trabalho ou ao serviço público, mas de fato de apontar o que percebemos. Na verdade, o esforço é no sentido de explicitar circunstâncias vividas que para quem está de fora seria mais difícil conhecer, além de tentar instigar outros Agentes Comunitários de Saúde a produzirem registros sobre suas rotinas e histórias de trabalho e também os gestores a refletirem sobre as falhas identificadas com o objetivo de qualificar os serviços e consequentemente, busco de alguma forma também contribuir com a melhoria do serviço público, através das problematizações da pesquisa.

¹⁴ Na ocasião da pesquisa de mestrado, ao buscar documentos que fornecessem maiores informações da implantação fomos informados que os primeiros documentos não mais existiam. Diante disso, não tivemos acesso a informações importantes que ajudariam a entender melhor a implantação do Programa no município.

Na literatura, em geral o ACS é tratado como elo e/ou ponte entre serviços de saúde e comunidade e/ou ainda como porta de entrada para o sistema de saúde, é aquela pessoa que conhece bem a comunidade e por isto tem condições favoráveis de estando em uma função pública contribuir para que as demandas da sua comunidade sejam atendidas pelo serviço de saúde, além de ser um mediador entre os serviços de saúde/poder público e a comunidade, defendendo em tese os interesses desta (BANDEIRA; GONÇALVES; SANTANA, 2019). Contudo, é importante observar que o ACS é um tipo muito específico de trabalhador cujas práticas são atravessadas por uma série de conflitos e a mediação não é um conceito unívoco conforme destacam Neves (2017) e Bornstein (2007) podendo assumir um sentido mais tradicional ou mais dinâmico (ver item 8.2).

Em 2004 eu atuava como colaboradora na rádio comunitária local e certo dia chegou uma nota para divulgação sobre uma seleção para Agentes Comunitários de Saúde, foi assim que fiquei sabendo da seleção. Divulguei a nota e no mesmo dia me inscrevi. Na data marcada fui ao local designado para fazer a prova junto com centenas de candidatos em uma escola da rede municipal. Havia sete vagas ao todo. Recordo que as pessoas que realizaram a seleção eram da Secretaria de Saúde do Estado. Não havia conhecidos na equipe. Primeiro fizemos uma prova escrita que perguntava sobre questões gerais de funcionamento de uma equipe de saúde. Aguardamos ali mesmo a divulgação do resultado. Depois de algum tempo foi fixada na porta de entrada da Escola uma lista com nome das pessoas que iriam para a próxima etapa, a entrevista coletiva, meu nome constava na lista. Para a etapa fizemos um círculo (vinte pessoas aproximadamente) e três mulheres começaram as questões seguindo a ordem do círculo. Elas apresentavam situações-problema e nos questionavam como agiríamos diante daquela situação. Cada participante falava e elas tomavam nota. Recordo de uma questão feita: nos perguntaram se recebêssemos uma cesta básica e tivéssemos que escolher uma família para doar o que observaríamos naquela família para fazer a escolha de quem receberia a cesta? A maioria disse que daria à família mais carente, outros ainda disseram que observaria se a mulher tinha marido, então fiquei atenta para não apenas repetir as soluções já apresentadas pelos demais concorrentes. Pensei que eu deveria dizer algo a mais, uma resposta que tivesse um diferencial então disse que além de observar se era uma família carente e se a mulher tinha marido observaria a quantidade de filhos da família. Tenho a impressão que esta resposta fez diferença.

Terminada a entrevista, divulgaram mais uma lista com os nomes de quem iria para entrevista individual e meu nome constava. Desta etapa lembro que perguntaram porque eu queria ser Agente Comunitários e respondi que além de precisar do trabalho eu me identificava porque conhecia a comunidade porque participava de trabalhos da Igreja. Depois disso veio a lista final com os sete selecionados. Já voltei para casa sabendo que tinha um trabalho.

Quando comecei a trabalhar em junho de 2004 sabia pouco sobre como começar. Um breve curso de uma semana com um médico e uma enfermeira (e nenhum ACS que pudesse falar sobre suas experiências) nos deu uma ideia. Até então não havia nenhuma previsão legal sobre o que constituía nossas atribuições, contudo, várias orientações foram dadas e nos apresentaram um conjunto de documentos com os quais trabalharíamos (fichas A, B, C, D. ... algumas hoje não mais usadas). O cuidado/acompanhamento com/de crianças de zero a cinco anos e gestantes foi uma questão central, com cuidado especial para as crianças nos dois primeiros anos de vida quando deveríamos pesá-las mensalmente.

Sabendo relativamente bem como usar as fichas e que crianças e gestantes deveriam ser preocupações centrais no trabalho, no dia definido comecei, inclusive era sábado e dia ‘D’ de uma campanha de vacinação. Me apresentei na Unidade, fui bem recebida e participei daquele dia de vacinação. Na segunda seguinte fui à comunidade, cheguei a me apresentar em cerca de trinta casas e fui muito bem acolhida pelas pessoas. É uma das fortes características de boa parte de quem vive no interior, são pessoas muito receptivas.

Parte de uma das ruas que compunha minha área¹⁵ era muito familiar porque nela se situava a Escola na qual estudei parte da minha infância, de modo que desde muito pequena passava por aquela rua praticamente todos os dias e ‘interessante’ que passados mais de dez anos, a rua continuava praticamente igual, casinhas conjugadas, sem calçamento, com água suja escoando, um claro sinal da falta de ação do poder público local. Eu não fazia ideia de que um dia frequentaria aquela rua como lugar de trabalho. Somente bem mais tarde, depois que me afastei da função esta rua foi calçada.

Era uma área pobre com muitas casas em situação precária, algumas em área de risco e sem banheiros. Duas das cinco ruas tinham casas em melhores condições e apenas uma delas

¹⁵ Forma como os Agentes costumam se expressar quando se referem ao recorte territorial por eles atendido.

era calçada. As ruas que eu mais gostava de visitar eram as mais pobres porque as pessoas eram sempre muito mais receptivas, contudo, os começos nem sempre são fáceis porque precisamos aprender abrir caminhos, mas o cotidiano foi um bom professor e entre idas e vindas, erros e acertos, não demorou muito para que eu pegasse o jeito do trabalho e conhecesse a área. Mas, logo fiz duas constatações: a primeira delas é que não é um trabalho fácil; A segunda é que o grande segredo do trabalho do ACS está na forma como são construídas as relações com as pessoas e comunidade. Se as relações não forem bem construídas, o trabalho fica difícil ou inviabilizado. Quando digo bem construídas quero dizer que é preciso construir relações de confiança e parceria, sem a qual o trabalho não acontece de forma eficaz porque não se consegue muita coisa, em alguns casos, sequer se consegue entrar nas casas. É preciso fazer as pessoas entenderem que estamos ali para ajuda-las e tudo o que perguntamos tem esse objetivo. Foi preciso ter jeito no trato com as pessoas porque muitas delas ainda tinham muita resistência às vacinas, por exemplo, e em alguns pouquíssimos casos, à própria visita. Uma ou outra pessoa demonstrava certa resistência à interação durante as visitas, percebi isto sobretudo no início, nas famílias de quem havia concorrido à vaga de ACS comigo, mas aos poucos o comportamento foi mudando e o problema foi resolvido. Houve casos em que comecei sendo atendida na calçada, depois consegui entrar no terraço, na sala e depois de algum tempo a pessoa chamava para conversar no quintal onde estava fazendo alguma coisa. Algumas mulheres que eram quem geralmente atendiam comentaram da alegria da chegada de uma ACS, pois quem as visitava antes era um homem e elas não se sentiam muito à vontade para conversar determinados assuntos. Em Mari até 2017 mais de 26,5% dos ACS eram do sexo masculino e 73,5% do sexo feminino (BANDEIRA, 2017).

A Unidade na qual me inseri era precária em termos de estrutura física, na verdade, funcionava fora da área que atendia em uma pequena casa alugada pelo município. No interior ainda são recorrentes casos em que o município aluga casas de determinadas pessoas (em geral aliadas políticas) e ali instala repartições públicas. Era o caso da ‘minha Unidade’. A equipe, contudo, era boa. Apenas o médico não gostava de muitos contatos com os/as ACS. Certa vez em uma confraternização permaneceu no consultório e quando foi convidado para se juntar a nós, disse que não se misturava com gente desqualificada.

Dos membros da equipe de Saúde da Família - eSF, os médicos são os profissionais que em geral fazem parte de outra classe social, embora isto não justifique determinados comportamentos, mas não é comum encontrarmos muitos médicos que se relacionam com perfil para atuação em comunidades pobres porque, entre outras coisas, ser médico no Brasil ainda é um privilégio social. Enfim, os médicos sempre foram os profissionais com quem a comunicação direta era a mais difícil (é claro que existiram as exceções), em geral nos referíamos à enfermeira e ela fazia a mediação, isto me fazia sentir muitas vezes um não membro da equipe. Mas tive a oportunidade de trabalhar com médicos excelentes, um deles ia para a comunidade a pé conosco fazer visitas, dispensava o transporte da prefeitura (enquanto para outros, o transporte era condição necessária para a realização das visitas, não importando a situação e necessidade do/s paciente/s), outro era tão cuidadoso que quando o/a paciente morava sozinho/a e tinha dificuldades de manipular suas medicações, ele fazia um desenho com os astros celestes em um papel e colocava os remédios em cima de cada desenho para indicar os horários de tomá-los. Ambos duraram pouco na equipe.

No cronograma da Unidade, um turno por semana é destinado à realização de visitas domiciliares. Não existe um número fixo de visitas, mas em geral fazíamos quatro. Às vezes acontecia de ter mais pacientes precisando e alguns médicos não excediam a quantidade prevista, não adiantava tentar negociar. Então, tínhamos que avisar que o médico não iria. Em uma cidade sem outra estrutura de saúde é precária, é difícil lidar com estas situações porque as pessoas não têm a quem recorrer. Outros médicos eram mais flexíveis e faziam visitas fora do número previsto.

Voltando à constituição da primeira equipe, a enfermeira, a técnica de enfermagem e os demais ACS (seis) eram bastante atenciosos e ajudavam quando era preciso. Três anos depois mudamos para uma Unidade de verdade, construída na área, dentro dos padrões específicos.

Quando digo que não é um trabalho fácil, realmente não é e é claro que todo trabalho tem suas dificuldades, mas confesso que o contínuo vai e vem e a exposição direta e diária ao sol era a maior dificuldade, além disso, o município não pagava (e ainda não paga) adicional de insalubridade, nem oferecia nenhum tipo de material de proteção como protetor solar, por exemplo. De modo geral, as condições de trabalho eram precarizadas, uma situação que ainda prevalece quase três décadas depois do começo do PACS. Nossos fardamentos chegavam a

cada dois anos, em média. Duas blusas que faziam de nós outdoor da gestão, pois eram confeccionadas nas cores do partido e com o slogan do governo impresso no peito, como se fôssemos representantes de um governo e não trabalhadores do SUS. Os demais profissionais, contudo, eram desobrigados do uso de qualquer identificação mesmo quando fora das unidades. Em tese o ACS ainda é muito desvalorizado.

O discurso recorrente dos gestores de que o ACS é muito importante para o município perdia o sentido diante da forma como nos tratavam. Em alguns períodos tínhamos boa frequência de reuniões com a coordenação, mas com o passar do tempo e as mudanças de gestão e coordenação as coisas foram mudando, os encontros e conversas foram ficando escassos. Algumas coordenações tinham mais atenção à categoria, outras menos e houve momentos em que passamos mais de um ano sem uma reunião com todo o grupo.

Outra questão que ao meu ver, merece destaque para enfatizar o fato de os médicos cumprirem horários reduzidos. Trabalham em geral três dias por semana, mas recebem salário integral, se um ACS faltar um dia, sem justificativa, tem seu salário descontado. Além disso, os médicos organizam os atendimentos como querem, alguns usam prontuário (ainda físico), outros não, alguns faziam atendimentos mais concentrados (havia casos de médicos/as que, quando chegavam às unidades atendiam quantas pessoas estivessem à espera e depois iam embora). Os/as enfermeiros/as trabalham quatro dias por semana com base em um acordo de gestão, sob justificativa de que o quinto dia destina-se à capacitação. Em resumo, os profissionais de nível superior recebiam um tratamento e os de nível técnico e médio, outro.

Aponto estas questões para indicar como os trabalhadores são tratados de forma desigual. É possível que o número de médicos no Brasil ainda seja pequeno para a real necessidade, de qualquer forma me parece injusto determinados comportamentos que expressam mais uma questão de desajuste social, estrutural e hierárquico, que a falta de profissionais.

Assim, aos poucos, fui percebendo algumas posturas administrativas que comprometiam a qualidade do serviço, além do já posto, havia outros problemas recorrentes como a frequente falta de alguns remédios na farmácia básica, exames cujas marcações demoravam muito e práticas assistencialistas eram comuns. Então às vezes, no caso das famílias bem pobres, íamos às casas e as pessoas reclamavam que não tinham conseguido marcar o

exame x ou pegar o remédio y. Era comum que nestes casos, recorressem a algum vereador para conseguir algum auxílio e o assistencialismo entrava em cena.

Não é fácil ver a pobreza de perto, chegar às casas e ouvir as pessoas falarem de suas carências além daquelas que víamos claramente. Toda pessoa deveria ao menos uma vez na vida visitar comunidades carentes para ver o que de fato as pessoas enfrentam no esforço cotidiano de sobrevivência e com isto testar sua humanidade e avaliar suas práticas e discursos. São os melhores lugares para instalar escritórios para elaboração de leis e políticas públicas.

É difícil lidar com algumas contradições das estruturas do sistema (entendido como conjunto de autoridades, órgãos e repartições públicas) como o fato de não oferecer condições adequadas de trabalho e ao mesmo tempo cobrar eficiência e produtividade do trabalhador. Sentimos isto muitas vezes. No último ano de trabalho, por exemplo, fiquei sem balança, é um instrumento essencial para o ACS que precisa pesar mensalmente as crianças menores de dois anos. Não tinha o instrumento de trabalho, mas ao final de cada mês tinha a obrigação de pesar todas as crianças e para isto, eu pegava emprestado a balança dos colegas e ao final do mês tinha os dados para prestar contas à enfermeira que por sua vez os encaminhava à Secretaria de Saúde e esta ao Ministério da Saúde. Assim, no final das contas era como se tudo estivesse certo, mas não estava, havia falhas na “ponta do sistema”.

A ação de cada profissional está relacionada à de vários outros de modo que, se uma parte da estrutura não dá resposta, compromete todas as outras, mas quem está na “ponta” sempre sofre mais, sobretudo pelo fato de não sermos apenas trabalhadores da comunidade, mas também por fazermos parte dela e diferente dos demais profissionais, somos tocados diretamente pelos problemas.

A falta de capacitação era outra dificuldade. Não receber formação continuada para qualificar o trabalho era algo que corroborava a desvalorização. A maior recorrência de reclamação entre os colegas era em relação a vacinas porque sempre ocorriam muitas mudanças e não havia atualização para os/as ACS, apenas para enfermeiras e técnicas de enfermagem, como se não fizessem parte do trabalho do ACS. O médico Carlile Lavor comenta em um de seus textos que a formação do ACS é tão importante para o trabalho na Equipe Saúde da Família - eSF quanto a especialização, por exemplo, o é para os demais profissionais para o atendimento nas Unidades (2010). Algumas coisas simples que ocorriam deixava a categoria

por vezes indignada. Enquanto estive como ACS, por exemplo, nunca recebi uma blusa com o tema da vacinação, eu que estava lá tentando convencer as mães a levarem seus filhos para vacinar, mas o pessoal que atuava dentro da Secretaria de Saúde recebia esse material. Enfim, foram muitas dificuldades enfrentadas e não convém estender este relato concentrada nelas.

Ser ACS também tem seus pontos positivos. O primeiro deles é a liberdade para organizar as atividades, isto é, decidir por onde começamos as visitas e que dias separamos para realizar pesagem de crianças, por exemplo. Outro ponto positivo é a possibilidade de flexibilização de dias e horários. Quando era necessário fazíamos algumas adaptações, por exemplo, uma família que só era possível encontrar ao meio dia ou mesmo à noite, para visitá-la era preciso sair do horário normal de trabalho. Foram várias as vezes que fui à casa de pessoas no horário noturno para resolver diversas coisas. Caso houvesse alguma demanda específica que exigisse sair da área em horário e/ou dia de trabalho, era possível compensar aquele dia em qualquer outro, mesmo em feriados ou fins de semana, sem prejuízos ao serviço ou às famílias. Se, por exemplo, fosse necessário se ausentar vários dias da área, isto não trazia muitos danos ao trabalho já que poderíamos nos desdobrar para em um período mais curto "cobrir a área". Cobrir a área significa que foi feito o trabalho do mês conforme esperado, isto é, que todos foram visitados, pesados e assistidos.

Há ainda o fato de ser um trabalho que nos permite “sentir em casa” já que são territórios e pessoas conhecidas e com realidades próximas das nossas, por isto, mesmo sendo uma atividade profissional com suas exigências e responsabilidades, acontece no âmbito mais informal através de conversas mais abertas sem exigência de muitos protocolos, na verdade, o perfil das áreas/famílias/pessoas exige a criação de formas alternativas de tratamento. Não existe um jeito único, cada família tem sua particularidade que precisa ser levada em consideração cotidianamente e o ACS precisa encontrar o melhor jeito de lidar com aquela família/pessoa.

Estes aspectos de flexibilização, por assim dizer, nem sempre são vistos com bons olhos por algumas (ao que tudo indica muitas) pessoas, aqui e ali encontrávamos alguém comentando que ACS só fazia andar de um lado para o outro, que ACS não trabalha etc. Infelizmente esta ideia ainda é muito presente. Tais comentários indicam o quanto as pessoas sabem pouco sobre este trabalho.

No que se refere a momentos de capacitação, tivemos em 2006 a primeira etapa do curso técnico de Agentes Comunitários de Saúde como consequência da realização desta etapa em muitos municípios brasileiros, a segunda, no entanto, não aconteceu. Este foi um momento bastante significativo nos meus onze anos como ACS. Foi o momento de capacitação mais relevante devido a quantidade de horas e porque ocorreu numa dinâmica teoria-prática que permitia ter momentos de aulas teóricas e momentos nas áreas de trabalho que permitiam avaliar um pouco do que era aprendido. Nos permitiu refletir um pouco sobre o SUS e sobre nossas práticas. A realização da formação técnica foi um grande desafio para os/as ACS e somente em dezembro de 2020 o curso técnico foi instituído com o objetivo de oferecer formação técnica aos/as ACS e Agentes de Combate às Endemias – ACE mediante o ‘Programa Saúde com Agente’ através da portaria nº 3.241. A partir desta formação que será à distância, os/as ACS e ACE terão nível médio de formação¹⁶.

Até 2007 nenhum ACS da cidade de Mari tinha vínculo com o município. Por algum tempo, foram feitas algumas tentativas para que o grupo aceitasse assinar um contrato temporário que seria renovado a cada seis meses. Depois do insucesso de várias tentativas e da cobrança da categoria, conseguimos a efetivação por meio do reconhecimento da autenticidade dos processos seletivos públicos realizados pelo Estado desde 1994. Esta foi uma importante vitória por ter garantido estabilidade no serviço para todos os/as ACS. A partir de então passou-se a realizar concurso público para o ingresso de novos/novas ACS.

É importante registrar que em meio a tantas idas e vindas e dificuldades, a comunidade foi uma grande motivadora. Ali onde a vida era produzida cotidianamente, com suas durezas e faltas, era também com riquezas e presenças e onde se tecia uma dinâmica multifacetada, construída por diferentes elementos religiosos, culturais e sociais. Interessante que as pessoas mais pobres sempre foram as mais acolhedoras. Abriam suas casas sem receio de mostrar bagunça, sujeira e/ou qualquer ausência material. Minha área era um pouco mesclada, tinha 150 famílias aproximadamente, a maior parte bem mais carente que outra, algumas ruas ramificadas, que findavam o bairro, abrigavam as famílias mais pobres. Então, tinha algumas pouquíssimas famílias que dificilmente usavam os serviços da Unidade de Saúde, outras em

¹⁶ Portaria disponível em: < <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-ms-n-3.241-de-7-de-dezembro-de-2020-293178860>>.

condições de pobreza mais amena, isto é, tinha alguém da casa que tinha trabalho fixo, as crianças eram razoavelmente bem alimentadas e cuidadas, tinham vestir, enfim não chegavam a passar fome. E tinha aquelas famílias muito pobres, eram mais concentradas em duas ruas, viviam em condições mais difíceis, era comum chegar às casas e ser recebida pela fumaça do fogo de lenha porque nem sempre havia botijão de gás. Tinha uma casa que não tinha energia elétrica nem água. Em meio à fumaça surgia a mulher e as crianças nuas ou quase nuas deixando ver que naquele dia ainda não tinham recebido os devidos cuidados. Então encontrávamos um jeito de tratar do assunto e começávamos uma conversa cujo conteúdo era as dificuldades da família. Era recorrente me pedirem para arranjar roupas para as crianças.

Recordo uma casa que visitei muitas vezes e eu fiz parte da minha infância, era a casa de dona Celina, uma rezadora no bairro, muito respeitada pela comunidade. Todas as tardes em frente à sua casa se formava uma fila de mães com crianças para serem rezadas e mesmo adultos. Recordo-me de muitas vezes quando criança ter sido levada para ser rezada por Celina. As orientações de cuidados e retornos eram obedecidas com rigor. Trata-se na verdade, de alguém que colocavam seus saberes e experiências à disposição dos que precisassem, sem cobrar nada por isto. Em alguns casos, havia reconhecimento através da entrega de “agradinhos” como expressão de agradecimento já que não se podia pagar com dinheiro por dois motivos: as pessoas não tinham recursos e não era algo que se cobrava ou podia pagar. Quem queria e podia dava um “agrado”, que podia ser um pacote de biscoitos, uma galinha, um sabonete, um perfume, um cozinhado¹⁷ de batata-doce, feijão etc., e quem não podia, dava um obrigado e um “Deus lhe pague” e era tratado igualmente, quantas vezes precisasse. Eu não poderia imaginar que quando adulta voltaria à casa de Celina a trabalho. Celina não estava mais lá, sua família sim. A casa permanecia praticamente igual: o mesmo banco de madeira no mesmo lugar da sala no qual Celina sentava para rezar e no qual sentei todas as vezes que visitei seus parentes. Todas as vezes que visitava a casa recordava dos dias de reza. Talvez Celina não soubesse, mas fora antes de mim uma importante Agente Comunitária de Saúde daquela comunidade.

Algumas pessoas gostavam bastante de conversar, sobretudo as mais carentes e pessoas idosas por serem aquelas a quem às vezes, as famílias não davam a devida atenção. As pessoas

¹⁷ Expressão bastante usada no interior para designar certa quantidade de um alimento suficiente para um preparo.

idosas sempre me tocavam mais por serem em geral, as mais afetivas e mais sensíveis. Eu gostava de ouvir as histórias dessas pessoas, sabia que elas tinham muito a ensinar e além disso, percebia o quanto um pouco de atenção as fazia bem. Só precisávamos tomar cuidado porque nestas visitas, as conversas rendiam bastante e precisava sobrar tempo para cumprir as metas de visitas diárias (oito em média). Se deixasse ao gosto das pessoas eu passava uma tarde inteira ali conversando em uma mesma casa.

A dinâmica de vida e trabalho na/com a comunidade ensina muito e é ao mesmo tempo desafiadora. Andar de rua em rua, bater de porta em porta, às vezes tentar convencer as pessoas a fazer coisas que na verdade são direitos, como vacinar os filhos e leva-los à escola, por exemplo. Eu visitava várias mulheres jovens que não sabiam sequer fazer o nome e ao final das visitas tinham que marcar sua digital na minha ficha. Com frequência conversava com elas sobre um retorno à escola tentando animá-las e a resposta recorrente era: “não tenho cabeça pra isso mais não! ” Em outros casos, havia algumas senhoras de mais de sessenta anos bem animadas que frequentavam a escola. Uma delas, hoje falecida, sempre me falava com entusiasmo de suas histórias na escola, dizia que mesmo não entendendo muita coisa, gostava de ir porque se encontrava com as amigas, conversava e arejava a cabeça.

Outro elemento a ser destacado é a religiosidade muito presente na vida das pessoas. A fé católica prevalecia, mas o avanço da aderência ao protestantismo era perceptível, sobretudo de vertentes mais da “prosperidade”. As pessoas das classes populares têm a religiosidade como marca muito forte. Enfeitavam paredes com quadros e os móveis com imagens, outras deixavam uma rosa na entrada da casa, elementos que deixavam perceber claramente algumas preferências a partir das quais muitas vezes, eu começava a conversa.

Também era comum encontrar pessoas desenvolvendo determinadas práticas alternativas populares de cuidados em saúde, como por exemplo, chá de coco roxo para tratar icterícia (davam-se um gole para a criança tomar e colocavam o resto na água do banho (fazia por alguns dias ou até a pele e o olho do bebê clarearem); uso de chás “misteriosos” para crianças com asma, sem que elas soubessem o que bebiam, para não perder o efeito (em segredo as mães ou avós nos contavam que eram chás de fezes de galinha, por exemplo); coisas desse tipo, em geral, eram feitas em períodos alternados aos tratamentos médicos. Justificavam que para funcionar era preciso ter fé e não contar. Conheci duas senhoras que me disseram estar

tomando a própria urina, pela manhã, por um certo período de dias (não lembro para quê); Pessoas que em determinados estados de saúde, à certa altura da tarde, tomavam banho morno e era preciso fechar as portas da casa para que não entrasse vento, depois do banho morno, não podia “levar” vento; compressas e/ou emplastro de colorau (orgânico), vinagre e alho para torções e/ou pancadas; Emplastros de folha de pimenta ou a baba de erva babosa para fazer caroço sem “olho” estourar. Um dia encontrei uma senhora que estava com um unheiro e disse eu o médico recomendou mergulhar o dedo no pinho sol, ela fez e relatava melhoras. Com curiosidade, eu dava atenção a estas questões para que fossem praticadas com o devido cuidado, sem negligenciar outros procedimentos recomendados pelos médicos, em alguns casos.

Certa vez, minha irmã aos 7 meses de gravidez, ao ir à casa de minha avó teve um grande susto com um cachorro. Ao saber, minha avó disse que ela teria que tomar água da aliança batida na água com cinzas de fogão, mas não tínhamos cinzas, então depressa, fui até uma casa onde eu sabia que tinha fogo à lenha, para pedir cinzas à mulher, voltei com as cinzas, minha avó fez a mistura e minha irmã tomou.

Finalizo esta parte dos tratamentos alternativos com uma experiência pessoal. Iniciei um quadro de queixas de peso no peito e vômitos, depois de alguns dias fui levada ao hospital e fiquei internada por cerca de sete dias, mas ao retornar para casa voltei a sentir as mesmas coisas. Minha avó tinha muita fé em rezas e em experiências aprendidas com antepassados. Então, ela decidiu me levar à uma rezadora que disse que eu estava com espinhela (muito) caída e comentou que médico não curava aquilo, só reza. Nos primeiros dias foi preciso rezar de manhã e à tarde, depois apenas uma vez por dia. Depois de algumas rezas eu já conseguia me alimentar melhor e em aproximadamente oito dias eu estava praticamente curada. Estas coisas, a meu ver, nem sempre são passíveis de explicação, mas como é possível questionar a fé das pessoas? São experiências que vamos acumulando na convivência comunitária que despertam para outras percepções, visões e compreensões de mundo. São elementos da dinâmica dos sujeitos populares que não podem ser ignorados sob pena de não compreendermos a lógica a partir da qual organizam suas vidas.

Depois de algum tempo de trabalho eu conhecia todas as pessoas por nome, sobrenome e endereço, quem tinha este ou aquele problema, que remédio tomava e sabia em que horários encontrar determinadas pessoas. Sabia quem não aceitava realizar exame citológico, quem não

gostava de levar criança para vacina e nestes casos, tínhamos que combinar com a enfermeira para que no dia que a criança fosse levada ou a mulher aceitasse fazer o exame, não houvesse problemas. Em geral, quando na Unidade a enfermeira perguntava algo sobre alguém, não era preciso olhar fichas nem prontuários porque tinha na cabeça o mapa da área. O ACS é um facilitador, um mediador, sem o qual a eficiência dos serviços da atenção básica pode ser seriamente comprometida.

Nos dias de visitas às famílias mais pobres, eu me perguntava sobre o que dizer para aquelas pessoas. Perguntar o que era necessário para preencher fichas e ir embora parecia desrespeitoso, mas o fato é que o trabalho do ACS sozinho não podia transformar realidades. No atual estágio de organização dos serviços, é preciso haver intersetorialidade para que melhores resultados sejam alcançados.

Recordamos de um caso que nos deixou bastante indignada, certo homem que vivia sozinho em uma pequena casa sem água, nem energia, não trabalhava devido a problemas de saúde, sem familiares próximos e sem fonte de renda, sobrevivia de alguns favores. Impressionada por ele não ser atendido por nenhum programa social, perguntei se havia feito inscrição para o bolsa família e ele disse que sim, mas foi informado que, por ser homem e viver sozinho possivelmente não receberia. Fui à Secretaria de Ação Social procurar saber do caso dele e ouvi a mesma justificativa. Tentei argumentar, mas a conclusão foi a de que ele não se encaixava nos critérios. Este fato nos faz pensar na postura institucional extremamente desrespeitosa com a vida, uma postura que ignora as particularidades e deixa a vida subjugada às regras de um sistema e/ou jogo de interesses. Sempre que ia à casa deste moço voltava a perguntar o que fazer ali? Recolher uma assinatura para comprovar que tinha feito “meu trabalho”? O fato é quem nem sempre conseguimos ser elo ou porta onde estes eram necessários. As muitas visitas feitas àquele homem não “significavam” nada para mim, porque em nada considerei poder contribuir, mas sua contabilização era necessária para “alimentar o sistema”, um sistema que se alimenta de números, não importa o que tenha sido necessário para produzi-los.

A partir de 2014 muitas coisas mudaram na rotina de trabalho. O acréscimo de atividades burocráticas nos afastou da interação com a própria equipe: todos tão atarefados! A atividade que passou a nos ocupar bastante e exigir reorientação da organização das visitas foi

a digitação dos dados referentes aos registros do nosso trabalho, antes feito pela secretaria de saúde. Devido ao acréscimo de mais uma atividade, o tempo ficou mais curto e as visitas precisaram ser aligeiradas.

É verdade que a categoria conseguiu alguns avanços do ponto de vista trabalhista. Nos últimos anos, as lutas pela valorização da função têm se intensificado bastante e várias conquistas foram alcançadas como o piso salarial (Lei 12.99/2014) e a previsão legal das atribuições da categoria (Lei 13.595/2019; Lei 11.350/2006) entre outras coisas. Por outro lado, tem perdido espaço de interação e compartilhamento com as comunidades e na relação com a própria equipe e passamos a discutir pouco sobre o que fazíamos. Embora tenhamos ganhado espaço nas pautas nacionais, estamos localmente desarticulados, exemplo disso é o fato de um colega de Unidade ter se candidatado várias vezes a vereador e não ter tido apoio da própria categoria.

Hoje, depois dessa trajetória, é curioso notar que foi na academia e não no exercício da função que mais aprendi sobre o ACS, principalmente sobre o aspecto histórico. Os contatos com ACS de outros municípios se davam apenas ao acaso e individualmente, nunca tivemos momentos de encontros intermunicipais para troca de experiências. Em 2016, já durante o mestrado participei de um evento, o III Seminário Nacional de Pesquisa em Extensão Popular na UFPB para o qual inscrevi um trabalho, um relato de experiência como ACS e para minha surpresa havia no grupo duas outras ACS, uma de Manaus - AM e outra de João Pessoa e tive a oportunidade de ouvir um pouco sobre suas experiências. Um momento singular e incomum com potencial para o enriquecimento de nossas práticas. Pensei em como seria bom ter vários/várias ACS de diferentes lugares reunidos ali para falar de suas atuações. Infelizmente alguns gestores (ou muitos? Ou a maioria?) não se preocupam muito com estas questões.

Nos últimos anos, a dinâmica de visitar, pesar, informar, localizar pessoas e grupos, preencher fichas e digitar dados não deixava muito tempo para encontros coletivos e, portanto, para momentos de reflexão sobre as práticas. Enquanto equipe, nós alimentávamos um sistema com múltiplas informações, mas não nos alimentávamos com diálogos sobre nosso fazer e foi justamente da percepção desta falta que minhas inquietações nasceram. Encontrei na EP um lugar para reflexão sobre minhas práticas e não poderia imaginar que uma década depois, ainda como ACS estaria não somente pesquisando e aprendendo mais sobre a categoria, mas tendo a

oportunidade de fazer isto com a contribuição de pessoas que começaram esta história em diferentes vertentes.

Por estar entre a população e os serviços de saúde e sendo, ao mesmo tempo, cada um deles numa perspectiva micro social, o ACS constrói sua prática entre as duas instâncias sociais e um de seus grandes desafios é perceber que precisa realizar seu trabalho entendendo que as pautas das comunidades e não as do Estado devem ser prioridades. Mesmo estando entre duas instâncias e sendo também um pouco das duas, sempre há maior tendência para uma delas e nos faz pensar de que instância o ACS tem se aproximado mais. O sentido desta questão não é nova, o evangelista Mateus falou sobre isto ao dizer que ninguém pode servir a dois senhores; pois haverá de odiar a um e amar o outro, ou se dedicará a um e desprezará o outro (BÍBLIA, 2003, p. 1152), contudo, pensar sobre ela continua sendo uma necessidade.

1.4 . Delineamento da questão de pesquisa

Uma das minhas memórias da infância é de uma mulher chegando para falar com minha avó. Eu estava no terraço e deveria ter nove anos aproximadamente. Era Rosa, agente de Saúde. Dez anos depois me tornei ACS e companheira de trabalho de Rosa que, vez por outra, comentava misturando palavras e sorrisos, sobre quando ia à minha casa e lá estava eu, brincando no terraço. Esta imagem me veio à mente quando pensava nesse texto e me fez refletir sobre como o tear da vida surpreende. Achei que a memória seria interessante para iniciar este item.

Anotações pessoais.

Da vivência nos 11 anos como ACS surgiram as inquietações que atreladas à minha formação na área de educação motivaram minha vida de pesquisadora. Assim, esta pesquisa tem vinculação orgânica com minhas trajetórias de vida, formação e atuação profissional.

A ideia para a tese propriamente dita começou a ser gestada durante o mestrado (BANDEIRA, 2017), quando no trabalho de campo, ao entrevistarmos um grupo de Agentes Comunitários de Saúde composto dentre outros pelos primeiros que atuavam desde 1994, percebemos a frequente recorrência às memórias do início das atuações como um momento no

qual havia tempo para ações coletivas com a comunidade e com os pares. Paralelo a isto, referiam-se ao trabalho mais recente como um conjunto de ações mais individualizadas e preocupadas em cumprir protocolos e metas que não deixavam sobrar tempo para interações. Estas observações atreladas às leituras colocaram em evidência mudanças quanto à forma de pensar, organizar e executar as atividades apontando para uma mudança de perfil dos Agentes de saúde da década de 1990 em relação aos atuais.

A pesquisa de mestrado foi mostrando que os/as ACS atuais têm modificado a forma de organização das atividades se aproximado cada vez mais de um profissional técnico preocupado com um conjunto de afazeres que lhes foram definidos como atribuições específicas, embora seja um profissional de nível médio. Foi visto ainda que diferente do que ocorria nos anos 1990 há Agentes que não são originários das comunidades onde atuam e/ou pouco se relacionam com elas para além de um comportamento clientelista, ou seja, de uma relação de troca, neste caso de informações.

Tomando como referência o percurso histórico dos “Agentes Comunitários de saúde”, verificamos que este termo se refere a uma variedade de sujeitos/trabalhadores comunitários atuantes em diferentes frentes nas mais variadas tarefas de mobilizações comunitárias, promoção da saúde, prevenção de doenças e acompanhamentos de situações diversas.

Nas décadas de 1970 e 1980, estes vários agentes genéricos, identificados por várias denominações juntamente com outros sujeitos sociais, individuais e coletivos como profissionais da saúde, intelectuais, comunidades religiosas e estudantes cumpriram papel nos grupos de base articulados em torno de objetivos mais específicos e localizados como acesso à água, moradia, saneamento básico etc. ainda que inicialmente de forma fragmentada (VASCONCELOS, 1989); (BRANT, 1982); (TELLES, 1987); Em outros momentos essas organizações mais localizadas se moveram no sentido de interligar núcleos representativos dos diferentes grupos que encontraram apoio institucional, sobretudo nos trabalhos de base da Igreja católica criadora de espaços que nutriram e possibilitaram a organização dos grupos sociais surgidos da base (BRANT, 1982) e que foram em grande parte responsáveis por muitas lutas e conquistas sociais que ocorreram no Brasil.

O fato de em 1991 os/as muitos/as Agentes espalhados pelo país atuantes em diversas experiências de saúde localizadas terem sido incorporados pelo Estado e passarem a compor

uma política pública de alcance nacional, os aproximou cada vez mais da dinâmica de funcionamento do Estado, como se podia imaginar, o que gerou consequentemente um conjunto de atividades burocráticas (SOUSA, 2001); (BORNSTEIN, 2017). É importante lembrar também que em muitos municípios não havia trabalho de base, como Mari, por exemplo, e em casos como este, a existência e atuação dos Agentes está diretamente vinculada à implantação do PACS de forma mais verticalizada.

Estas constatações alcançadas pelo olhar histórico e pela pesquisa de campo indicaram a importância de aprofundar os estudos numa perspectiva mais próxima da EP, no sentido de dar mais ênfase às experiências que antecederam o PACS e neste sentido, os Agentes Comunitários de Saúde foram tomados como referência para pensar o aspecto organizacional da sociedade brasileira. Considerando que se trata de uma categoria cujo percurso histórico é rico e multifacetado e que permite pensar avanços e recuos ocorridos desde sua origem em confronto com a atual condição enquanto categoria de trabalhador no SUS, pretende-se perceber neste percurso, o que se foi modificando, o que foi ficando pelo caminho e o que foi mantido já que “A história nunca começa com contato dos profissionais dos serviços com as suas clientela. A história é anterior: há um passado que ainda vive, em sua virtualidade, no presente e está referido às experiências acumuladas [...]” (VALLA; STOTZ, 1993, p. 11). Diante disto, tornou-se um imperativo para a pesquisa conhecer os percursos históricos nos/dos quais emergiram Agentes de saúde e em que circunstâncias isto chegou ao âmbito nacional via Ministério da Saúde.

Pensar isto é urgente porque nos permite perceber/lembrar que a história se faz de experiências acumuladas em uma gama de alternativas e de lutas moleculares e coletivas que precisam ser resgatadas (VALLA; STOTZ, 1993), especialmente em um momento como o atual no qual os movimentos populares do Brasil precisam repensar criticamente formas e condições de organização social, na perspectiva de um retorno à ordem democrática em busca de justiça social. É urgente uma investigação crítica que nos remeta ao papel das organizações de base, nível social onde se pode construir e/ou reavivar uma consciência política capaz de mover os sujeitos para uma autonomia quanto à forma e pensar e agir politicamente, no sentido freireano da palavra. **Neste sentido, reiteramos considerar a seguinte questão como central para o**

estudo: que razões dos processos instituintes foram fragilizados/deixados para trás com a institucionalização do PACS?

1.5. Algumas considerações sobre produções em torno do tema ACS

Neste tópico pretendemos tecer algumas considerações em torno do tema do Agente Comunitário de Saúde, no tocante a alguns aspectos observados na produção literária vista nos últimos cinco anos, período no qual temos nos dedicado a estudar sobre esta categoria de trabalhadores.

Muito se tem produzido sobre Agentes Comunitários de Saúde. O ACS é um trabalhador de nível médio, exclusivo no âmbito do SUS, ocupa um lugar estratégico para o funcionamento do Sistema de saúde. Tem seu papel intermediário entre população e Estado, o que fica expresso na relação entre saber popular e o saber em saúde, ou dito de outra forma, entre a dimensão técnica universalista e a dimensão social comunitária conforme destaca Nogueira (2002). Ou seja, temos um tipo de trabalhador muito específico cuja constituição histórica nos remete a diferentes interesses e demandas sociais.

Em consulta a páginas como o banco de teses e dissertações da CAPES, por exemplo, a partir do uso da palavra-chave “Agentes Comunitários de Saúde” é possível verificar um grande volume de trabalhos. Em outras buscas abertas utilizando a mesma palavra-chave também verificamos muitos resultados expressos em diferentes tipos de trabalhos, embora nosso olhar estivesse mais voltado para dissertações e teses. Uma vez que o ACS se encontra situado no campo da saúde, observa-se que a prevalência dos trabalhos de teses, dissertações e artigos ocorre neste campo do conhecimento produzidos não somente por profissionais cujo trabalho está diretamente ligado ao ACS como médicos e enfermeiros, por exemplo, mas também outros tais como fisioterapeutas, odontólogos e nutricionistas. Nos chama atenção ainda o fato de que embora o profissional assistente social esteja implicado na origem desse profissional, a relação entre as categorias não tem sido explorada, em alguns casos, sequer mencionada/reconhecida, como exceção aos materiais aos quais tivemos acesso, lembramos Sousa (2002) por destacar o

papel social do ACS enquanto importante para o desenvolvimento comunitário a partir da compreensão de suas problemáticas, uma preocupação latente desde os primórdios do Programa. É neste sentido que a figura do assistente social ganha contornos na história dos/das ACS, notadamente de forma mais definida no contexto do Ceará e de Goiás, onde a assistência social se destacou na constituição desse trabalhador.

Outro fato a ser destacado é que não localizamos trabalhos em nível de pós-graduação (para onde estava direcionado nosso olhar) de autoria de ACS, o que não significa que inexistam, mas de qualquer forma, diante das muitas buscas realizadas (não somente para esta pesquisa) a falta deixa entender que existe uma lacuna neste sentido. Isto indica que o que tem sido escrito sobre ACS tem sido dito de fora para dentro a partir de leituras e percepções que não vêm de experiência própria. Isto também indica que os/as ACS não têm alcançado níveis mais elevados de escolarização ficando a cargo de profissionais de nível superior as discussões sobre a categoria e assim, temos uma contradição, pois as percepções, compreensões e interpretações legitimadas não são construídas pelos próprios trabalhadores, mas por outros. Aquilo que se reúne enquanto material empírico de pesquisa e que é submetido à análise nem sempre contém elementos necessários a compreensões mais aproximadas da realidade, o que não pode ser atribuído como culpa aos pesquisadores que na verdade fazem seu trabalho e se esforçam para alcançar os melhores resultados, mas o fato é que ninguém melhor que um médico para falar da prática da medicina, um enfermeiro da enfermagem, um ACS da sua prática e assim por diante. Em outras palavras, é preciso que ACS falem sobre si a partir de suas vivências.

Este comentário não pretende colocar em xeque as pesquisas sobre ACS tão pouco colocar a presente pesquisa e/ou pesquisadora em um lugar de destaque, mas sim chamar atenção para uma questão que pode estar passando despercebida e merece atenção, especialmente de nossa parte que falamos a partir da Educação Popular, não poderíamos deixar de ressaltar que os/as ACS enquanto sujeitos populares imersos no espaço de trabalho precisa se afirmar também enquanto produtor de conhecimento sobre si e sobre seu labor. Sem isto, caímos em condição de subordinação não apenas do ponto e vista da divisão social do trabalho, infelizmente, mas também do ponto de vista da compreensão dada pelos outros sobre nós.

Disto concluímos o quão significativo podem ser os registros informais sobre nossas atividades, a exemplo de diários. Esse tipo de registro tem se mostrado historicamente de grande importância para uma melhor compreensão sobre como de fato se constroem determinadas realidades, especialmente aquelas tidas como sem valor para o modelo de sociedade vigente. A título de exemplo cito o livro já mencionado ‘Quatro de despejo: diário de uma favelada’ (JESUS, 1960), que nos oferece uma visão da vida em favela impossível de ser descrita por alguém que não vivia as precariedades da vida em tal lugar.

Dito isto, temos um indicativo de que é uma necessidade real que ACS possam alcançar outros patamares de formação para produzirem reflexões sobre suas práticas. Sabemos que isto passa por várias questões e barreiras estruturais difíceis de transpor seja por falta de estímulo, incentivos, recursos, oportunidades ou outro aspecto, contudo, não poderíamos deixar de registrar aqui esta percepção sobre a importância do ACS tratar sobre seu fazer imprimindo sua visão e enriquecendo assim as percepções sobre si enquanto trabalhador.

Outro aspecto relevante quanto às produções e com implicações diretas nesta tese é o fato de haver algumas lacunas nas abordagens sobre a constituição histórica desse trabalhador, dentre elas, ressaltamos aqui a historicização das experiências que antecederam o PNACS, por serem pouco exploradas e quando aparecem de forma fragmentada não abarcam suficientemente conjuntos de experiências das quais os/as ACS se originaram, ou seja, as experiências populares e/ou de base em saúde comunitária, sobretudo, a partir da década de 1970 são em geral mencionadas, mas não contadas/exploradas.

Para o trabalho de tese, essa lacuna ganhou maiores contornos já que com vistas a compreender os processos de institucionalização do Programa Agentes Comunitários de Saúde foi preciso fazer um percurso histórico, assim, fizemos um esforço no sentido de (re)construir os percursos de constituição do ACS no cenário brasileiro desde as experiências de saúde comunitária da década de 1970, às experiências do Ceará até a criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde em 1991 pelo Ministério da Saúde. Deste modo, intencionávamos identificar trabalhos com abordagens voltadas para estes percursos e para isto utilizamos algumas palavras-chave, a saber: Agentes Comunitários de Saúde, organizações de base, institucionalização e Educação Popular combinadas de várias formas. A busca foi realizada de forma mais aberta, isto é, sem se limitar a determinadas plataformas e por isto, não

foi estabelecido nenhum recorte temporal. Esta busca pouco criteriosa, por assim dizer, justifica-se pelo fato de que nos interessava trabalhos com essa abordagem independente do período de produção.

Neste sentido, foram localizados dois trabalhos, sendo uma tese e uma dissertação. A tese data de 2003 intitula-se “A Educação Popular em Saúde no município de Recife-PE: em Busca da Integralidade” de autoria da médica Paulleti Cavalcante Albuquerque. A dissertação é de 2008 e intitula-se “A institucionalização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde em Recife” de autoria da fisioterapeuta Agleildes Arichele Leal de Queirós.

O trabalho de Albuquerque analisa ações de educação popular em saúde realizadas no nível da atenção básica em saúde em Recife, a partir de 2001, com a ascensão de um governo de esquerda. Para isto a autora faz uma retomada histórica da educação popular em saúde no Recife a partir da década de 1960 e é nesta parte do trabalho que menciona a existência de experiências importantes para nosso trabalho. Ao retomar o contexto político e social recifense nos anos 1960, a médica cita entre outras coisas a organização de moradores de um bairro onde teriam surgido os/as primeiros/as ACS de Recife, além disso, menciona um evento que reuniu experiências em saúde comunitária de vários lugares do país, o I Encontro Nacional de Experiências de Saúde Comunitária, o I ENEMEC. Estas duas menções de modo especial foram importantes para nosso trabalho conforme posto no item 4.

O trabalho de Queirós teve como objetivo apreender movimentos instituintes e instituídos que produziram historicamente o Agente Comunitário de Saúde enquanto trabalhador em Recife. Para isto, discute entre outras coisas os movimentos de lutas, contradições e negociações que permearam os processos. Assim como Albuquerque, Queirós menciona experiências de saúde comunitária em Recife. Convém destacar que após observar algumas aproximações entre os trabalhos verificamos que Albuquerque foi co-orientadora de Queirós. No entanto, devido ao objetivo do trabalho, Queirós dedica mais atenção aos movimentos instituintes que estão na origem da história da categoria ACS e por isto, desenvolve um pouco mais sobre as experiências comunitárias.

Estes dois trabalhos foram importantes para nós por terem apontado indícios sobre trabalhos em saúde comunitária, uma das abordagens necessárias à nossa investigação e por isto, contribuíram para a ampliação do desenho do nosso campo de pesquisa conforme posto

no item 2.6. A referência e observância mais específica a estes dois trabalhos não nega a existência de outros possíveis dedicados ao assunto.

Assim, tínhamos um ponto de referência para buscar melhor compreender a origem do ACS a partir dos trabalhos de base.

Bem, como se sabe, a história do ACS possui vários capítulos e em momento mais adiantado da pesquisa durante o esforço de melhor compreender a construção do ACS no Ceará surgiu a necessidade de identificar/reunir materiais que registrassem informações e/ou depoimentos da sanitarista Miria Campos Lavor¹⁸, (precursora dessa construção no Ceará junto com Carlile Lavor) devido à carência de registros escritos sobre sua ativa participação nesse processo. A necessidade de identificar registros referentes à atuação/participação de Miria Lavor no trabalho com ACS no Ceará se deve a dois motivos um já mencionado: os restritos registros sobre seu trabalho em pareceria com Carlile Lavor e o fato de ser assistente social e as implicações disso na constituição do ACS ser um aspecto praticamente apagado na história.

Neste sentido, identificamos uma dissertação de mestrado de autoria de Francisca Alzenita Alexandre intitulada “Ainda me lembro do seu caminhar: historicidade e práxis educativa no trabalho do Agente Comunitário de Saúde” de 2014 cujo objetivo foi historicizar o surgimento do Agente Comunitário de Saúde e os processos formativos vivenciados por este profissional, com vistas à efetivação de sua práxis educativa na Estratégia Saúde da Família – ESF de Sobral - CE. Para isto, a autora entrevistou entre outras pessoas, o casal Lavor. Há também um importante material produzido em formato de entrevista realizada com o casal por José Paranaguá de Santana e Janete Castro publicada em 2016. O material foi publicado como livro intitulado “Os sanitaristas de Jucás e o Agente de Saúde: entrevista com Carlile Holanda Lavor e Miria Campos Lavor” e faz um percurso panorâmico pela trajetória profissional do casal dedicada à saúde pública. Um pouco mais tarde, já em 2021 tivemos acesso a outra importante fonte, o livro ‘Silenciadores de sinos’ que se constituiu a principal fonte de informações sobre o casal conforme explicamos no item 5.2. Até onde temos conhecimento, trata-se do material que reúne maior número de informações sobre os sanitaristas.

¹⁸ Considerando que Miria Campos Lavor e Carlile Lavor são dois nomes citados com certa frequência neste trabalho e que em geral nos referimos aos sujeitos usando o sobrenome, neste caso como o “Lavor” é comum aos dois, optamos por usar também o primeiro nome a fim de evitar confusões durante a leitura.

Observamos também a produção da literatura sobre o tema. A partir do que temos conhecimento, podemos afirmar que esse tipo de produção sobre ACS é bastante limitado. Nos referimos a trabalhos completos dedicados ao assunto e não parciais como capítulos de livros, não por não serem importantes, mas devido ao fato de considerarmos a produção literária um importante indicativo do avanço de estudos sobre determinado tema. O fato, ao nosso ver é que os poucos livros dedicados ao tema explicitam uma lacuna literária que precisa de mais atenção por parte dos pesquisadores da área.

A fim de contribuir com outros pesquisadores, optamos por elencar aqui os livros por nós identificados cujo conteúdo dedica-se à exploração do tema Agentes Comunitários de Saúde. Antes, porém queremos fazer duas ressalvas: um dos livros que embora seja dividido em estudos temáticos sobre ACS (O Agente Comunitário de Saúde: práticas educativas) toma o tema em todos os artigos como centro das discussões por isto incluímos na lista, a outra ressalva trata-se do livro citado no parágrafo anterior constituído a partir de uma entrevista, o que torna seu formato diferenciado pela organização a partir de perguntas e respostas. Há ainda um livro que não entrou na nossa lista mas que pode ser tomado como referência para estudos por possuir um importante artigo sobre o tema, trata-se do livro ‘Bom governo nos trópicos: uma visão crítica’ de Judith Tendler (1998)¹⁹ que faz um estudo de quatro iniciativas de governo do Ceará entre 1986 e 1994 dentre os quais o Programa emergencial com Agentes de Saúde.

Em vista disso, temos os seguintes títulos organizados em um quadro e por ano da obra, para fins didáticos:

QUADRO 1 – Lista de Livros identificados sobre Agentes Comunitários de Saúde

ORDEM	TÍTULO	AUTORIA	ANO
1	Agente de saúde, agente de mudança? A experiência do Ceará	Maria Josefina da Silva	1997
2	O Agente Comunitário de Saúde: choque de povo	Maria de Fatima Sousa	2001
3	Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer	Joana Azevedo da Silva e Ana Sílvia Whitaker Dalmaso	2002
4	O Agente Comunitário de Saúde: práticas educativas	Luiz Fabio Mialhe	2011
5	Os sanitaristas de Jucás e o Agente Comunitário de Saúde	José Paranaguá de Santana e Janete lima de Castro	2016
6	Silenciadores de sinos*	Ivan Lavor	2018

Fonte: elaboração própria.

*No prelo

¹⁹ Tendler foi uma economista americana e seu livro foi editado nos EUA em 1997 e traduzido no Brasil em 1998.

2. RECORTES E COSTURAS METODOLÓGICAS

Este capítulo trata dos recortes e costuras realizados para a feitura da tese. Para conseguir compreender os processos de institucionalização do Programa Agentes Comunitários de Saúde foi preciso fazer movimentos teóricos e metodológicos que possibilitassem alcançar os objetivos da pesquisa. Convém esclarecer que os percursos foram sendo delineados à medida que a pesquisa se encaminhava e várias idas e vindas foram necessárias.

Para descrever os percursos, organizamos este capítulo em sete itens complementares, a saber: a hermenêutica como arte e rigor da compreensão, caracterização da pesquisa, os fios da meada, técnicas de costura, feitura do campo de pesquisa – Jucás- CE, feitura do campo de pesquisa – Recife – PE e os sujeitos participantes da pesquisa. No item **A hermenêutica como arte e rigor da compreensão** tratamos da hermenêutica como recurso utilizado para o trabalho de interpretação dos dados. No item **caracterização da pesquisa** apresentamos a caracterização da pesquisa bem como a metodologia utilizada como orientação para o trabalho com dados empíricos além dos aspectos éticos; O item **os fios da meada** aborda os principais autores e conceitos que serviram de fio/s condutor/es para a pesquisa e os principais conceitos com os quais trabalhamos; No item **técnicas de costura** tratamos das técnicas usadas para produzir e organizar o material empírico da tese. Os itens **feitura do campo de pesquisa**, tanto de Jucás – CE quanto de Recife – PE dedicam-se a tratar dos recortes do campo de pesquisa em dois momentos nos quais nos movemos em espaços geográficos diferentes em busca de dados para a produção da tese e no item **sujeitos participantes da pesquisa** tratamos de como ocorreram as descobertas dos sujeitos e os indícios encontrados, impasses e potencialidades surgidas no processo e como chegamos aos sujeitos participantes.

2.1. A hermenêutica como arte da compreensão

A hermenêutica se ocupa da arte da compreensão de textos, por isto, tem como atitude de investigação a compreensão, conforme destaca Minayo (2002), por isso foi usada como base para o trabalho de interpretação e análise dos dados.

Inicialmente, a hermenêutica foi usada como metodologia para interpretar textos sagrados, jurídicos e antigos correspondendo a diferentes tipos de hermenêuticas. Contudo, se desenvolveu historicamente como teoria filosófica ampliando assim seu foco de ação superando a ideia da hermenêutica como conjunto de técnicas e assumindo a condição de um modo de ser considerando que toda experiência humana em qualquer momento da sua existência é uma experiência de compreensão e interpretação seja de qual for o tipo de texto pois tudo é passível de interpretação. Dessa forma, a hermenêutica passou a ouvir a voz do outro expressando seu elemento ético. Hans Georg Gadamer é o principal responsável pelo pensamento sobre a hermenêutica contemporânea a partir de sua obra “Verdade e método”, publicada em 1960.

Nesta compreensão da hermenêutica, a preocupação central é colocar em questão as condições fundamentais para a própria compreensão da experiência humana isto porque Gadamer (2002) entende que a compreensão é um modo de ser do homem no mundo e não uma expressão da subjetividade frente a um objeto.

A divisão histórica entre objeto do conhecimento e sujeito investigador praticada pela ciência moderna é questionada pela hermenêutica, que coloca a compreensão como centro de sua elaboração (GHEDIN; FRANCO, 2008). A visão moderna ocasionou uma compreensão de mundo fragmentada entre sujeito cognoscente e objeto cognoscível e a hermenêutica se propõe a superar isto ao fugir desse isolamento, por assim dizer, e reconhece a existência de uma relação entre sujeito e objeto o que nega a neutralidade e entende que o próprio sujeito é ativo no processo de compreensão, de modo especial nas ciências do espírito, como denomina Gadamer as ciências humanas (GADAMER, 2002).

O que seria, pois, compreender? Segundo Minayo “Compreender implica a possibilidade de interpretar, de estabelecer relações e extrair conclusões em todas as direções” (2007, p.337). Compreender uma realidade significa buscar aquilo que à primeira vista é incompreensível. Sendo a realidade uma descoberta, uma interrogação e uma criação, nunca um dado, a tarefa do conhecimento é, pois, destrinchar sua complexidade, sem perder de vista o horizonte da totalidade daquilo que se mostra no particular (GHEDIN; FRANCO, 2008). Em outras palavras, podemos dizer que compreender é superar o dado, é buscar meios para alcançar o sentido correto do que um texto diz.

Para alcançar a compreensão de um texto, entendido aqui em um sentido amplo, isto é, diz respeito não somente a textos escritos, mas a entrevistas, documentos e livros, dentre outras formas de produção humana, é preciso levar em consideração não apenas o texto propriamente dito, mas também o autor e o leitor/pesquisador, pois o trabalho investigativo da busca pela compreensão é um processo contínuo de construção de sentidos e ao mesmo tempo de autoconstrução porque à medida que se busca conhecer e interpretar o mundo isso também se faz neste mundo e coloca em xeque seus preconceitos (MINAYO, 2007); (GHEDIN; FRANCO, 2008). Nesse horizonte, “interpretar é um exercício dos sentidos ausentes no momento da ação” (GHEDIN; FRANCO, 2008). Esta relação implica uma não neutralidade no processo de investigação e nos remete a uma dimensão dialética. “As coisas não se realizam passivamente, mas são sempre contradições [...] O processo de conhecer interfere radicalmente em sua maneira de ser. O sujeito é transformado à medida que mergulha num universo em construção” (GHEDIN; FRANCO, 2008, p. 142). O pesquisador assume, pois, a condição de um intérprete da realidade através do que estuda, dessa forma, a interpretação nunca é fechada.

Também podemos dizer da ‘compreensão’ por via da negação, o que ela não é: um procedimento mecânico e fechado, pois nada que é interpretado o é de uma vez por todas; um comportamento subjetivo frente ao dado; uma busca pela intenção do autor; uma contemplação de algo; um mero captar da vontade das pessoas (MINAYO, 2007). Frente a isto, podemos dizer que a compreensão é aberta porque pode haver diferentes interpretações de um mesmo texto porque cada leitor pode encontrar diferentes sentidos para o que foi dito; A intenção do autor pode ter sido uma e a interpretação pode seguir outra direção. “[...] a compreensão supõe uma reflexão analítica e crítico-criativa que possa, com base no fazer-ser pedagógico, superar os enganos cognitivos que dificultam o conhecimento das próprias práticas” (GHEDIN; FRANCO, 2008, p. 144).

A linguagem enquanto característica humana está na base da hermenêutica, é através dela que o sentido acontece de modo que a hermenêutica não é possível sem a linguagem, pois a mais simples expressão que se queira manifestar e/ou conhecer se materializa através da linguagem (KRONBAUER, 2011), (GHEDIN; FRANCO, 2008).

Outro elemento da investigação hermenêutica é a consciência histórica. É preciso ter claro sempre que o homem faz parte de um sistema político-econômico-social de modo que

toda ação humana está inserida em um contexto e por isto precisa ser interpretado para que seja possível uma aproximação do conhecimento do mundo. É preciso estar atento ao fato de que quando procuramos compreender um fenômeno histórico a partir da nossa distância histórica não podemos ter como referência principal nossos preconceitos e padrões, mas o horizonte histórico do fenômeno, disto emerge a exigência da hermenêutica de termos de nos colocar no lugar do outro para assim podermos trilhar o caminho da compreensão (GADAMER, 2002).

Ainda segundo o mesmo autor, a tarefa da hermenêutica é “[...] defender o sentido razoável do texto contra toda imposição” (2008, p. 417). O mundo é fonte inesgotável de interpretações e há aquelas que são sobrepostas a outras com o intuito de atender a determinados interesses políticos e econômicos de um determinado tempo e contexto social conforme destaca Ghedin e Franco, “A interpretação político-econômica é falsificadora da realidade. Trata-se de uma forma de simplificação cujo fim é impor dada interpretação de mundo que justifique as ações do próprio sistema” (2008, p. 167). Neste sentido, é preciso estar atento a toda imposição que se relaciona à negação da interpretação como construção e autoconstrução, exercício que permite ao homem descobrir sua potencialidade de transformação social, isto é, descobrir que outra realidade é possível. Dentro dessa lógica, compreender é também compreender-se.

Assim, cabe ao pesquisador assumir o papel de intérprete da realidade que se apresenta diante dele e para tanto, precisa dirigir seu olhar para as as relações para trazer à luz aquilo que não conseguimos perceber cotidianamente tal como afirma Ghedin e Franco “O pesquisador é como a fênix: faz renascer das cinzas esquecidas do tempo os sentidos que o fogo aquecido da História queimou em seu calor cotidiano” (2008, p. 163). Mas, é preciso reconhecer, conforme lembram ainda Ghedin e Franco, compreender o fazer humano não é uma tarefa simples em uma sociedade fortemente marcada pelo utilitarismo na qual as interpretações tendem a refletir os interesses de uma ordem hegemônica e aqui reside a dimensão política do trabalho hermenêutico.

Uma pesquisa à luz da hermenêutica traduz-se em uma tríplice relação entre o texto, o contexto e o intérprete/pesquisador, pois o texto por si só não diz tudo daí a necessidade de busca de sentidos, de interpretação “[...] interpretar é um exercício de preenchimento de sentidos ausentes no momento da ação e, ao mesmo tempo, uma construção, no aspecto de presumir ou de ver aquilo que não estava evidente na ação” (GHEDIN; FRANCO, 2008, p.

160). Neste sentido, o investigador precisa emergir no contexto que pesquisa a fim de observar atentamente seus principais elementos constituintes (SIDI; CONTE, 2017).

Considerando esta relação, é preciso ter em vista que o pesquisador/leitor participa desde o primeiro momento do processo interpretativo através de suas estruturas prévias de compreensão, isto é, seus preconceitos, suas vivências. A presença de preconceitos não significa um problema insuperável para a investigação pois no decorrer do processo de pesquisa são postos em questão e surgem reflexões que podem permitir superação de seus pontos negativos. Este envolvimento expõe a não neutralidade do pesquisador e reconhece sua subjetividade como elementos constituintes da investigação, esta é a principal expressão de superação do modo moderno de fazer ciência (KRONBAUER, 2011).

A contínua e necessária relação entre texto, contexto e leitor indicam um raciocínio circular próprio do exercício hermenêutico denominado de círculo hermenêutico. É preciso ter claro que não se trata de um processo linear e que não é possível compreender as partes sem uma compreensão do todo e que o todo só pode ser compreendido a partir da compreensão das partes. “Cada individualidade é uma manifestação do viver total e que, por isso, “cada qual traz em si um mínimo de cada um dos demais”” (GADAMER, 2002, p. 295). Se, por exemplo, temos uma sentença como todo e as palavras como partes, observamos que se não compreendemos uma palavra de uma sentença esta não fará sentido e se não compreendemos a sentença inteira as palavras não são bem compreendidas (KRONBAUER, 2011).

Sobre a circularidade do compreender Gadamer afirma:

O compreender é sempre mover-se nesse círculo, e portanto, é essencial o constante retorno do todo às partes e vice-versa. A isto acrescenta-se que este círculo está sempre se ampliando, e a integração em contextos cada vez maiores afeta sempre também a compreensão do individual (2002, p. 297).

À medida que a compreensão avança, os círculos compreensivos se ampliam, temos assim a imagem de um espiral e não de um conjunto de círculos, uma vez que se trata de um processo inacabado cujo movimento se dá entre o intérprete e o que se investiga e nesse círculo acontece a leitura e releitura de mundo numa dialética aberta.

A ideia de circularidade é sintetizada por Ginzburg, à luz de Bakhtin, expressando-se como um movimento recíproco considerando que

entre a cultura das classes dominantes e a das classes subalternas existiu, na Europa pré-industrial, um relacionamento circular feito de influências recíprocas, que se movia de baixo para cima, bem como de cima para baixo (exatamente o oposto, portanto, do “conceito de absoluta autonomia e continuidade da cultura camponesa”) (GINZBURG, 2006, p. 10).

A noção de circularidade é importante para problematizar o lugar que o ACS ocupa nas instituições públicas, ela se expressa desde a dinâmica territorial dos Agentes em sua rotina na qual cada um deles faz um movimento constante de idas e vindas no território no qual atua, bem como na mediação de saberes fazendo-os circular.

Ginzburg fala em desníveis culturais originados pelas sociedades civilizadas nas quais prevaleceu a ideia de que os saberes das camadas populares representavam um “[...] acúmulo inorgânico de fragmentos de crenças, ideias e visões de mundo elaborados pelas classes dominantes” (2006, p. 12). A ideia de circularidade questiona este entendimento colocando em xeque a ideia de subordinação da cultura das classes subalternas às das classes dominantes sugerindo um movimento recíproco, conflitivo e circular entre os dois níveis de cultura.

Neste sentido, ao pensar o ACS como intermediário reconhecemos a influências dos diferentes níveis de conhecimento nas relações entre os sujeitos, embora pensemos em uma maior incidência da influência das instituições a partir da ocupação do espaço estatal, há um movimento de baixo para cima que rompe com a cultura médica, por exemplo, na medida em que os saberes intergeracionais são transmitidos e utilizados como recurso para cuidados em saúde predominantemente através da oralidade, isto é, o discurso da fala, o que Ghedin e Franco (2008) chamam de discurso primário, ao passo que o trabalho do pesquisador responde a um discurso de segunda ordem uma vez que exige um pensar e repensar diferenciado daquele presente na ocasião da produção do discurso de primeira ordem em busca de sentidos ausentes na ocasião de sua produção, busca esta possível de ser efetivada devido a possibilidade de olhar para os contextos de um outro momento histórico e panorâmico.

A dinâmica relacional em comunidade foi o principal elemento promotor do ACS desde as organizações de base. As reuniões comunitárias, os grupos de estudos bíblicos ou teóricos, a organização coletiva para a realização de projetos locais são exemplos de situações de convivência que fortaleceram a circularidade.

2.2. Caracterização da pesquisa

Então escrever é o modo de quem tem a palavra como isca: a palavra pescando o que não é palavra. Quando essa não-palavra - a entrelinha - morde a isca, alguma coisa se escreveu. Uma vez que se pescou a entrelinha, poder-se-ia com alívio jogar a palavra fora. Mas aí cessa a analogia: a não-palavra, ao morder a isca, incorporou-a [...].

Clarice Lispector

Toda pesquisa é uma busca pelo ainda não dito, pelo não escrito, pelas entrelinhas, pela ainda não-palavra tal como sugere a escritora em seu fragmento que expressa em nosso entendimento aquilo que se constitui a atividade/o esforço de um pesquisador: trazer à luz aquilo que está encoberto, o não explícito, é o que Ghedin e Franco dizem: “O pesquisador tem de dirigir o olhar para as profundezas das relações a fim de ler o que está escondido por trás das aparências, e não ficar apenas no reflexo da superficialidade” (2008, p. 173). Eis pois, a tarefa de quem se propõe a pesquisar.

Ainda de acordo com os autores, podemos dizer que, o descortinar dos horizontes escondidos por trás das aparências é justamente o que significa conhecer, assim, se pesquisar é um exercício constante para conhecer determinada coisa, o resultado dessa busca é necessariamente produto de uma relação entre o sujeito que busca e o objeto investigado o que implica ao mesmo tempo em conhecimento e autoconhecimento. Este movimento de busca no qual o sujeito se relaciona com aquilo que pesquisa é um encontro com a perspectiva investigativa da pesquisa social.

A pesquisa apoia-se em uma abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa se justifica pela natureza social e a intencionalidade de aprofundamento da compreensão sobre determinado fenômeno, algo não atingível pelo viés quantitativo. A abordagem qualitativa em

pesquisa em educação é segundo Richardson uma “[...] tentativa de compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, em lugar da produção de medidas quantitativas de características ou comportamentos” (1990, p. 90).

A julgar pelo verbo propositor da pesquisa, explícito no objetivo geral, isto é, compreender, esse tipo de abordagem possibilita fazer uso de estratégias que permitem uma aproximação do universo de significados, motivações e intencionalidades dos sujeitos e/ou grupos pesquisados. Sobre isto, Minayo afirma:

O verbo principal da análise qualitativa é compreender. Compreender é exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro, tendo em vista que, como seres humanos, temos condições de exercitar esse entendimento. Para compreender, é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total. Mas também é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere (2012, p. 623) (grifo nosso).

A compreensão enquanto esforço para alcançar sentidos atribuídos às situações vividas é condição necessária para a interpretação do que se investiga. Temos assumido que queremos compreender os processos de institucionalização dos Agentes Comunitários de Saúde. Isto, porém, nos coloca diante de outra questão: é possível compreender determinado/s processo/s social/is uma vez que há aí uma ligação necessariamente a outros fenômenos e que todos estão em constante processo de transformação e ainda que nós estamos vivendo este processo? Sobre isto Ghedin e Franco afirmam: “O pesquisador procura compreender determinado contexto recortado do real e vê sua margem de erro ampliar-se, uma vez que o real não pode ser captado infinitamente com uma possibilidade finita de conhecer” (2008, p. 173). Neste sentido, acreditamos que a resposta mais segura é que, por maior que seja o esforço do pesquisador, a compreensão será sempre parcial e provisória uma vez que o pesquisador está historicamente situado e sua condição é dialética já que ele é produto e produtor de tempo histórico (KONDER, 1981); (MINAYO, 2007).

Considerando que a apreensão, compreensão e interpretação da realidade são constantes no percurso de pesquisa, é preciso reconhecer ainda que a realidade é infinitamente mais rica e complexa que nossa capacidade de compreendê-la e, por isto, é necessário utilizar seu caráter

dinâmico como caminho para a própria investigação. Dentro da perspectiva dialética, a realidade não é apenas o que está posto já que isto por si não diz muita coisa, pois as coisas são como são por alguma razão e por vezes, aquilo que tomamos por realidade tenta nos enganar por não se deixar mostrar facilmente, assim, o que está posto precisa ser compreendido e interpretado conforme Kosik “O conhecimento da realidade histórica é um processo de apropriação teórica – isto é, de crítica, interpretação e avaliação dos fatos – processo em que a atividade do homem, do cientista é condição necessária ao conhecimento objetivo dos fatos” (1969, p. 45); (WACHOWICZ, 2001). De acordo com Freire (1990), a realidade concreta é constituída pelos fatos e a percepção que as pessoas têm deles constitui uma interpretação, um movimento dialético entre objetividades e subjetividades.

Feitas essas colocações sobre a abordagem da pesquisa, consideremos sua finalidade. Trata-se de uma pesquisa exploratória, justificada pela necessidade de maior aproximação com algumas faces do problema de pesquisa ainda pouco exploradas pela literatura (GIL, 2002). Para Minayo (2007) esta fase compreende desde a construção do projeto até os procedimentos de preparação para entrada em campo. Nesta pesquisa, a fase exploratória ganhou considerável relevo devido ao fato de termos encontrado aspectos pouco claros para a compreensão de algumas situações significativas para a investigação de modo que foi necessário um trabalho de observação e valorização de indícios que foram aos poucos aclarando os caminhos e permitindo trazer à luz aspectos e situações que estavam como que em um quarto escuro da temática.

A busca por indícios fez com que esta etapa se entendesse por um bom tempo, haja vista que uma coisa nos remetia a outra/s e aos poucos fomos reunindo as pistas encontradas e construindo uma lógica que nos aproximasse de compreensões necessárias para os próximos passos. Por isto, até certa altura do percurso foi necessário deixar que os elementos emergentes no processo de busca conduzissem os passos mesmo tendo ciência que em determinado momento precisaríamos encerrar esta fase para encaminhar outra etapa. Isto é claro demandou mais trabalho, contudo, apostamos nos ganhos que a investigação poderia ter com este prolongamento e de fato foi bastante produtivo por ter possibilitado a identificação de elementos que teriam continuado desconhecidos para nós caso tivéssemos aligeirado a fase exploratória. É possível afirmar que esta fase se constituiu como uma das fases mais ricas da pesquisa, o que vai ao encontro da afirmação de Minayo, com a qual encerramos esta questão:

“A fase exploratória de uma investigação é tão importante que ela em si pode ser considerada uma Pesquisa Exploratória” (2007, p. 171).

Trata-se ainda de uma pesquisa documental, em parte. Uma fase do percurso da investigação nos levou para o estudo de um documento, isto é, de uma fonte que pode receber tratamento analítico de acordo com os objetivos da pesquisa (GIL, 2002) e por isto permite tal caracterização. De acordo com Marconi e Lakatos “A característica da pesquisa documental é que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias” (2002, p. 174). Um dos documentos estudado foi o dos Anais de um evento ocorrido no ano de 1980, cuja descrição encontra-se no item 3.5.

Considerando-se que se trata de uma pesquisa situada no campo da Educação Popular, em primeiro lugar convém esclarecer, que entendemos que uma pesquisa é além de um trabalho acadêmico, uma manifestação da dinâmica da vida, já que é construída a partir de experiências vitais e de um posicionamento ético e político e por isto se reveste de sentidos, sendo necessário perguntar “A quem sirvo com a minha ciência (FREIRE, 1990, p. 36)?” Com isso, reafirmamos que não há aqui nenhuma neutralidade. A nossa pesquisa busca servir às classes populares e mais especificamente aos Agentes Comunitários de Saúde e sujeitos interessados e envolvidos com a compreensão do tema da educação popular em saúde. Trata-se de, conforme destaca Lander (2005), um esforço de produzir ciência como alternativa à imposição do pensamento liberal para o qual a objetividade e universalidade são parâmetros válidos. Ao direcionar o olhar para sujeitos em condições de vulnerabilidade social e reconhecer suas experiências localizadas apontando conflitos e contradições sociais, caminhamos no sentido contrário da lógica hegemônica que incide na naturalização das relações sociais, em detrimento da condição humana de produtores da História.

Sendo um trabalho situado no campo da educação popular e sendo resultado e/de um trabalho coletivo que tem como centro sujeitos populares, é importante que seja uma escrita compreensível e a serviço destes sujeitos, sem os quais a pesquisa não seria possível, significa dizer que sem acessar as trajetórias e os conhecimentos de vida desses sujeitos, não haveria pesquisa em Educação Popular. A participação é na pesquisa em Educação Popular um imperativo ético e político, tão importante que questiona a possibilidade da própria pesquisa. Tal participação se dá não somente no nível da objetividade, isto é, no fato de os sujeitos se

disponham e falar sobre suas experiências, no nível da subjetividade dos sujeitos, quando expressam em suas falas, gestos, percepções, jeitos e interpretações próprias das realidades. Há, pois aí uma relação dialética que constitui a participação na pesquisa, sem a qual, os sujeitos se converteriam facilmente em meros objetos de pesquisa (FREIRE, 1990).

Assim, é importante termos um trabalho de tese como um esforço de escrita que pretenda ser ao mesmo tempo acadêmico/científico e de interesse popular, que pretenda ser algo produzido na perspectiva do serviço ao oprimido. Significa o esforço de trazer à luz aquilo que, muitas vezes, está escondido na dinâmica social das camadas populares e muitas vezes, ignorado.

Evidenciar o valor de nosso trabalho como ACS tanto por vias de discussão acadêmica e por vias do campo popular, especialmente por esta apontada nesta pesquisa como aquela mais fragilizada com o aprofundamento das raízes da institucionalização. É no espaço de produção da vida, nas comunidades onde os/as ACS estão (e onde um dia também estivemos) com os pés fincados produzindo diariamente alternativas de cuidado em saúde que os vínculos comunitários e a solidariedade devem ser fortalecidos. Estes são dois princípios originários do ACS que precisam ser investigados, compreendidos e ressignificados pelos próprios ACS através da sua presença política e força coletiva. Por isto, este trabalho pretende ser acessível aos companheiros e companheiras Agentes Comunitários de Saúde.

Para Minayo, a pesquisa social compreende “[...] vários tipos de investigação que tratam do ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica” (2007, p. 47). Esse tipo de pesquisa tem natureza predominantemente qualitativa uma vez que esta possui significativa relevância para estudos das relações sociais devido à pluralização das esferas da vida que, por sua vez, exige certa sensibilidade para essas questões (FLICK, 2009).

Há, pois, diferentes formas de abordar, explorar e analisar as realidades e/ou fenômenos²⁰, uma vez que os sujeitos sociais são dotados de consciência histórica e possuem diferentes formas de compreensão e interpretação do mundo, neste sentido Chizzotti afirma: “O pesquisador é um ativo descobridor do significado das ações e reações que se ocultam nas

²⁰Optamos por utilizar o termo fenômeno/s para abarcar a complexidade e riqueza das pesquisas sociais, em oposição a uma perspectiva positivista.

estruturas sociais” (2009, p. 80). Para Ghedin e Franco (2008) é para as profundezas das relações que o pesquisador deve direcionar o olhar a fim de superar a superficialidade do dado. Pesquisar é enfim, tarefa de escavação, de busca da profundidade, de penetrar os alicerces e desconfiar do dado.

Pensando especificamente no campo da Educação Popular, pesquisar é buscar uma aproximação das formas de compreensão e interpretação que emergem dos próprios sujeitos das classes populares, de suas faces que, conforme lembra Ginzburg (1989), são mais ricas que qualquer codificação escrita e nascem da concretude da experiência. Este esforço é desafiador e nega compreensões, interpretações e explicações vindas de outros níveis sociais, o que poderia ser considerado um desnível.

Fora disso, temos apenas nossas compreensões e interpretações orientadas pelos nossos preconceitos e visões de mundo que frequentemente estão em crise, como advertiu Valla (OLIVEIRA, 2003). Os sujeitos das classes populares possuem conhecimentos muitas vezes diferentes daqueles considerados corretos e válidos pelas epistemologias dominantes, não refletir sobre isto é potencialmente arriscado porque tende a nos levar a compreensões limitadas, equivocadas ou mesmo pouco precisas em relação ao que investigamos. Olhar para esta dimensão também nos ajuda na busca por uma maior clareza quanto à valorização daquilo que é produzido pelos sujeitos das classes populares, bem como quanto à negação da ideia de que os conhecimentos daí oriundos são pouco importantes ou que não são mais que uma reprodução defasada ou reflexo daquilo que as classes dominantes lhes dão. Para Valla (2003), no campo da saúde esta ideia é reforçada quando profissionais acreditam que os sujeitos das classes populares precisam aprender a partir deles a cuidar melhor da saúde já que teoricamente são os profissionais que possuem conhecimentos corretos sobre como fazer isto.

Assim, para uma pesquisa social e no campo da educação popular (mas não apenas nele) os sujeitos entram como participantes, não apenas como fontes de dados, mas como portadores de conhecimentos ainda não suficientemente explorados, compreendidos e disseminados. Fazer valer as formas de compreensão destes sujeitos no sentido de sermos fiéis aos seus posicionamentos se constitui também como tarefa do pesquisador social. É nesta etapa que o pesquisador é por vezes colocado em xeque quando os resultados se distanciam de suas hipóteses e reconfigurar os caminhos nem sempre é tarefa fácil.

Dessa forma, compreender e interpretar são categorias de ordem metodológica, que precisam ser pensadas com o intuito de iluminar todo o percurso da pesquisa e isto provoca dois importantes deslocamentos, o do pesquisador saindo de um lugar privilegiado de detentor do saber e o movimento dos processos metodológicos que jogam luz e o de inserir-se nas estruturas microssociais, isto é, onde estão os diversos grupos e sujeitos que em seus afazeres cotidianos constituem um amplo tecido social (VALLA; STOTZ, 1993).

Uma pesquisa, tal como temos dito, supõe uma construção compartilhada do conhecimento, produzida de dentro para fora e/ou de baixo para cima, o que exige constante reelaboração de concepções, posturas, metodologias e sentidos, caso contrário o pesquisador faz uma forçada adequação da realidade aos seus interesses e a pesquisa perde sua riqueza heurística.

Em tese, a tarefa de todo pesquisador é trazer à luz o que está encoberto, sendo honesto com os que participam de sua elaboração. Em termos práticos, importa construir caminhos orientadores a partir do fenômeno pesquisado, são eles que em parte determinam as direções da pesquisa e não somente o pesquisador, a quem cabe organizar os elementos encontrados e ordená-los de forma que sejam capazes de dar respostas aos objetivos traçados. Sobre isto, Minayo (2007) lembra que se a teoria, o método e as técnicas são indispensáveis para a investigação social, a experiência do pesquisador e sua capacidade criadora também devem ser consideradas muito importantes.

Diante disto, depreende-se que não há fórmulas assim como também não há resultados totalizadores e permanentes, pois assim como é certo que os fenômenos sociais possuem várias faces e se transformam, também é certo que por maior que seja o esforço do pesquisador a compreensão sempre será parcial e inacabada, não por isto, pouco significativa.

Para finalizar este item, esclareço sobre o uso da metáfora da costureira para dar nome aos títulos desta pesquisa, o que pode parecer estranho já que não se trata de uma pesquisa sobre uma temática de moda, por exemplo, mas sobre educação popular e saúde e aqui encontra-se o primeiro ponto que justifica a escolha, a ‘costura’ dos dois campos do conhecimento.

Temos considerado que a escrita desta tese se deu de forma análoga à produção de um tecido, por exemplo. Para construí-lo foi preciso escolhas. Avaliar o que tínhamos à mão e o que ainda era preciso, foi preciso julgar a melhor forma de fazer e dedicar tempo ao projeto.

Foi preciso avaliar as etapas da produção e verificar se os resultados parciais se aproximavam da ideia do projeto final para se necessário, reformular o projeto inicial.

Além disso, por se tratar de uma abordagem ancorada no referencial teórico da Educação Popular, consideramos ainda que a costureira é uma figura muito presente nas classes populares, muitas mulheres, principalmente, desenvolvem esta atividade como meio para ganhar a vida, criar filhos e sustentar a casa em meio a dificuldades financeiras. Fazem além de roupas, outras peças a partir de retalhos de tecidos, constroem e inventam coisas às quais atribuem significados, produzem mais que coisas, produzem sentidos para a vida. Ao ir à casa da conhecida comprar uma linha, um zíper ou botões, por exemplo²¹, constroem teias sociais, fabricam amizades e impregnam de sentido afetivo ao seu ofício, de modo que ser costureira para uma mulher das classes populares significa produzir muito mais que peças de tecido.

Por último, justificamos que a escolha da metáfora/imagem da costureira/costura como referência principal devido ao significado afetivo que tem para nós, pois nossa avó materna foi costureira, uma mulher simples que não fez curso de corte e costura mas aprendeu o ofício com a mãe e além de fazer isto como forma de ganhar algum dinheiro para nosso sustento na infância, também produziu roupas para nós, com sobras de tecido e entre um ponto e outro produziu sentidos para nossas vidas.

Considerando que uma pesquisa de tese é algo de grande importância por representar o momento em que alcançamos o ponto mais elevado de nossa formação ‘escolar’, algo muito significativo para quem vem de família humilde que sempre estudou em escolas públicas com muito esforço da nossa avó e mãe, utilizamos este momento para homenagear nossa avó ao construir os títulos da tese, o resultado de um processo de costuras da vida.

2.3. Os fios da meada

Neste item trataremos de forma introdutória dos principais conceitos usados para a construção da tese, mas não os aprofundaremos visto que isto ocorrerá no decorrer dos capítulos

²¹ Prática ainda recorrente no interior onde nem sempre há lojas de aviamentos.

subsequentes. O que será feito aqui será uma breve apresentação com o intuito de situar o leitor sobre os conceitos chave que surgirão no decorrer do texto.

Entendendo por conceitos unidades de significação historicamente construídos que definem a forma e o conteúdo de uma teoria, são considerados um caminho de ordenação teórica dos fatos, processos e relações sociais que, pelo confronto com o campo empírico, devem ser permanentemente recriados (MINAYO, 2007). Assim, esta pesquisa foi ordenada a partir dos seguintes conceitos principais: **organizações (educativas) de base, solidariedade, Educação Popular, movimentos instituintes e instituídos, institucionalização e burocracia**. Outros aparecerão por vezes, atrelados a estes, contudo, ocorrerão de forma derivada, por assim dizer.

Para chegar a estes fios conceituais partimos da pergunta central da tese: **No decorrer do processo histórico, que razões de ordem política institucional interferiram nas atribuições do ACS o no território contribuindo para que deixassem para trás as relações mais espontâneas e de caráter mais coletivo após a institucionalização do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde?**

A questão em si já contém de forma explícita um dos conceitos citados (a institucionalização) e nos remeteu a um olhar histórico sobre o surgimento e evolução dos Agentes Comunitários de Saúde e a partir disso, outros conceitos emergiriam.

Alguns conceitos foram definidos previamente com base na direção apontada pelo objetivo geral e também pelos conhecimentos acumulados sobre a temática da pesquisa que já permitiam um primeiro desenho conceitual. Foram os seguintes: **institucionalização, organizações (educativas) de base, solidariedade e Educação Popular**. Explicaremos brevemente porque se constituíram de forma prévia.

Uma vez que a palavra **institucionalização** implica os percursos dos/das ACS desde diferentes origens até o Programa Nacional, o PNACS, ocupou um lugar de destaque na pesquisa desde o início se tornando o primeiro conceito chave cuja exploração se fazia necessária. Decorrente deste emergiu o conceito de burocracia uma vez que a realização da institucionalização deságua no espaço estatal e este é por natureza marcado pela **burocracia**.

Além destes, a partir da observância aos elementos da questão bem como dos conhecimentos prévios sobre a categoria Agentes Comunitários de Saúde emergiram os conceitos de **organizações (educativas) de base e solidariedade**. Sabendo que o surgimento

dos/das ACS se deu no campo popular a partir de demandas, movimentos e organizações locais, o conceito de organizações de base despontou como potencial para o estudo e a solidariedade como motor de engajamento e ação desses grupos (e não como assistencialismo tal como tem se difundido nos últimos tempos) apareceu como característica desse tipo de organização. O conceito de **Educação Popular** atravessa o de organizações de base e solidariedade, no primeiro caso, sobretudo, pela ênfase dada à dimensão educativa desse tipo de organização, por isto, a expressão foi grafada com o acréscimo da palavra “educativas” posta entre parêntese com o intuito de chamar atenção para este aspecto, nem sempre explorado de forma explícita.

Com o aprofundamento das leituras, tais conceitos prévios foram se afirmando e alguns deles produziram desdobramentos como é o caso de “institucionalização” cuja compreensão passa pelo entendimento sobre “movimentos instituintes” e “instituídos”. Feitas estas explicações passemos à apresentação introdutória dos conceitos.

O conceito de organizações de base não está situado em um autor chave, mas atravessa discussões sobre educação popular, movimentos sociais e organizações sociais, por exemplo, a partir de vários autores, assim, o entendimento de **organizações de base** presente nesta pesquisa apoia-se em diferentes referências tais como: Wanderley (2010), Brant (1982), Singer (1982), Sherer-Warren (1987), Krischke (1987)²² e Matos (2003). A partir deles, compreendemos como organizações de base uma forma de organização social realizada nas e pelas classes populares que constituem um esforço coletivo contra opressões sociais, muitas delas, senão todas, construídas de forma defensiva como reação à ausência do Estado no atendimento às necessidades essenciais e/ou às ingerências da máquina administrativa quando usada para oprimi-las.

Sherer-Warren e Krischke (1987) destacam que, as organizações de base debruçam-se com mais força sobre os problemas cotidianos que atingem seus participantes podendo ser entendidas como formas micro revolucionárias de fazer política nestes espaços.

Disto, depreende-se que ao tratar de organizações de base estamos nos referindo a uma trama de sociabilidades tocada por dramas cotidianos resultantes de demandas imediatas e necessárias a uma vida digna.

²² O fato de a maior parte da literatura citada como referência para este conceito ser da década de 1980 se justifica pela não localização de literatura recente sobre o assunto.

Quando acrescentamos a palavra “educativas” à expressão elaborando assim a construção “organizações (educativas) de base” objetivamos chamar atenção para a dimensão educativa presente nesse tipo de organização social e inseri-la na discussão. Significa reconhecer que as classes e grupos populares são produtores de processos e espaços educativos em suas cotidianidades e a condição de pobreza em termos econômicos não deve ser estendida a todos os sentidos da vida desses sujeitos, o que é recorrente. Este reconhecimento desloca nossa compreensão de educação muitas vezes atrelada, ainda que de forma involuntária, ao âmbito formal por força da cultura hegemônica/escolar/institucional mesmo tendo consciência de que a educação perpassa e se constrói nos processos sociais diversos.

Neste sentido a **Educação Popular** emerge como referencial teórico para pensarmos esta dimensão, ancorada sobretudo, na característica que dá singularidade a esta educação: sua opção pelas classes populares assumindo aqui predominantemente um sentido de trabalho de libertação através da educação conforme Brandão (2012).

Mas ainda que não anunciássemos este sentido, a Educação Popular (doravante EP) se afirmaria/afirma por conceituação, afinal como falar das formas de organização das bases sem falar em EP, vez que esta se afirma na luta dos sujeitos contra condições de injustiça e subalternidade que os mantêm na condição de oprimidos? Trata-se de práticas sociais cuja intencionalidade é contribuir para que as classes populares se constituam protagonistas de uma transformação social em função de seus interesses (BRANDÃO, 2013); (CARRILLO, 2011), diferenciando-se assim de outros sentidos atribuídos historicamente à EP como democratização do saber escolar e processo de reprodução do saber das comunidades.

Não se trata de uma definição acabada de EP, pois conforme alerta Torres (1987), isto poderia pôr fim à própria EP, pois ela pode ser dita de várias maneiras tanto a partir de uma perspectiva mais teórica enquanto corrente pedagógica latino-americana quanto a partir de uma perspectiva de caráter mais prático reconhecida como instrumento de luta dos setores populares, não sendo exclusivamente nenhuma delas porque é práxis, é relação, é teoria a partir da prática e não sobre a prática. Diante das inúmeras possibilidades de dizer a EP, uma das mais importantes coisas é que ela tem sua razão de ser nos sujeitos populares, suas dinâmicas, formas organizações, seus saberes, suas lutas, seus objetivos (CARRILLO, 2011); (OLIVEIRA, 2007);

Desta forma, pensarmos as organizações de base a partir da perspectiva dos que a constituem implica necessariamente pensá-la a partir da EP.

Igualmente atrelado à organizações de base está o **conceito de solidariedade**, discutido aqui principalmente a partir de Freire e Laville. Para Freire, a solidariedade é princípio de fazer “com” e não “para” ou “sobre”, trata-se de uma prática que afirma a vocação natural das pessoas, a possibilidade de ser ativo no processo de (re) construção social em favor de uma sociedade digna e justa (FREIRE, 2016); (ADAMS, 2010). Para Laville (2005) a solidariedade pode ser de dois tipos: horizontal ou vertical. A horizontal também denominada por ele de ‘solidariedade como princípio de democratização societária’ é a que serve de referência para nós, ela se baseia tanto na ajuda mútua como na expressão reivindicativa, corresponde à forma de auto-organização dos indivíduos com vistas à solução de problemas que lhes são comuns. Já a solidariedade vertical também chamada pelo autor de ‘filantrópica’, diz respeito à ação compensatória do Estado e “[...] tem por objeto o alívio dos pobres e sua moralização por meios do emprego de ações paliativas” (LAVILLE, 2005, p. 310).

Há correspondência entre as concepções dos autores por assumirem ambas, um sentido de uma ação que é construída coletivamente com vistas ao bem comum contrariando assim qualquer sentido de solidariedade como assistencialismo, concepção muito disseminada e recorrente em nosso tempo. Como é possível perceber, a solidariedade guarda relação com os conceitos apresentados anteriormente.

No que se refere ao conceito de **institucionalização** trata-se do resultado de uma relação dialética entre instituído e instituinte resultando no ato de institucionalizar, isto é, de tornar/transformar algo em instituição (L’ABBATE, 1997); (LAVALLE, 2018). O instituinte diz respeito aos processos que ocorrem em escalas particulares, de relações mais localizadas e por isto, carrega elementos diferenciadores e aqui correspondem às organizações de base. O instituído possui caráter mais/quase universal e permite construir denominações como Escola, Igreja e hospital, por exemplo, aqui corresponde ao âmbito do Estado (LOURAU, 2016); (LAPASSADE, 1977); (L’ABBATE, 1997).

Assim, a institucionalização é um movimento que constrói a dinâmica social a partir de relações e por isto, nunca está acabada e por definição está atrelado ao instituinte e ao instituído. Dessa forma, quando falamos de institucionalização nesta tese nos referimos aos processos nos

quais/através dos quais os/as ACS emergidos das organizações de base se constituíram Agentes Comunitários de Saúde de um Programa de Estado, inicialmente denominado de PNACS.

Sendo o Estado o espaço onde a institucionalização se materializa, por assim dizer, o conceito de **burocracia** é evocado e aqui usado a partir de Max Weber (1982) que a definiu como um aparato técnico-administrativo elaborado que orienta racionalmente o funcionamento das tarefas dentro do sistema, neste caso, a estrutura estatal. Desse modo, todo aquele que se insere nesta estrutura precisa se submeter às exigências de seu funcionamento. A presença do funcionário, isto é, aquele que ocupa determinado cargo nessa estrutura é fundamental para seu funcionamento e aqui o Agente Comunitário de Saúde enquanto trabalhador que passou a fazer parte dessa estrutura encontra-se com o conceito.

2.4. Técnicas de Costura

Para reunir dados necessários à pesquisa foi preciso fazer uso de diferentes procedimentos que aqui optamos por denominar técnicas de costura. Diferentes fontes foram usadas de forma complementar para coleta de dados, a saber: levantamento bibliográfico, pesquisa documental, entrevistas, entrevista *on line* e nossa experiência pessoal como ACS.

Considerando que revisão de literatura se constitui uma etapa imprescindível a toda pesquisa, realizamos um levantamento bibliográfico com o objetivo de reunir trabalhos voltados para o tema da pesquisa. Nesta fase, concentrou-se o esforço de levantamento da produção sobre o tema da pesquisa a partir da verificação da produção de conhecimento que permitisse perceber “[...] que aspectos e dimensões vêm sendo destacados e privilegiados em diferentes épocas e lugares, de que formas e em que condições têm sido produzidas certas dissertações de mestrado, teses de doutorado [...]” (FERREIRA, 2002, p. 258). Esse tipo de trabalho comumente denominado de “estado da arte” ou “estado do conhecimento” é importante dentre outras coisas por permitir identificar incidência de determinado/s aspecto/s bem como as lacunas nas abordagens (SOUSA, 1987, p. 3).

No que se refere às entrevistas, a maior parte delas foram realizadas de forma convencional, isto é, em um encontro com os participantes. É importante deixar isto claro, uma

vez que boa parte do tempo de produção da tese se deu no contexto de pandemia e isolamento social o que sugeriu a realização de encontros virtuais, todavia, conseguimos realizar a maior parte das entrevistas de forma presencial por tê-las feito antes da pandemia.

Tínhamos a preocupação de não tentar amarrar as entrevistas a um modelo e com isto perder facetas das falas das pessoas. De qualquer forma, é preciso um alinhamento técnico que possibilite identificar os caminhos percorridos nos processos de investigação. Assim, nos orientamos pelos princípios da entrevista guiada. Segundo Richardson, este tipo de entrevista:

[...] é utilizada particularmente para descobrir aspectos de uma determinada experiência. O pesquisador conhece previamente os aspectos que deseja pesquisar. As perguntas dependem do entrevistador, e o entrevistado tem a liberdade de expressar-se como ele quiser, guiado pelo entrevistador (1999, p. 212).

Embora as entrevistas tenham sido guiadas por um roteiro previamente elaborado (Apêndices 2,3,4,5,6,7) consideramos que as questões orientadoras não estavam fechadas a fim de permitir às pessoas entrevistadas certa liberdade de expressão, fato que em certa medida permite caracterizá-la como conversa mais informal. As entrevistas presenciais foram realizadas entre agosto e dezembro de 2019, foram gravadas através do uso de aparelho celular utilizando um aplicativo de gravação de voz e posteriormente transcritas. A transcrição do conjunto de entrevistas resultou em um volume de noventa e seis páginas. Os relatos foram reproduzidos textualmente sem fazermos nenhum tipo de correção ortográfica por entendermos que as formas de expressão das pessoas devem ser respeitadas e que a preservação do formato original valoriza a cultura e o aspecto coloquial das pessoas. A opção por manter as falas originais se deu ainda por entendermos que não comprometeu a compreensão das mensagens.

Também utilizamos a técnica da entrevista *on-line* para a coleta de dados junto a quatro participantes uma vez que estes se encontravam em territórios diferentes e devido ao contexto de pandemia não foi possível realizar entrevistas presenciais. Três entrevistas foram realizadas através do google meet e uma através de texto escrito. As entrevistas resultaram em arquivos de áudio, cuja transcrição se deu sem alterações. Ainda foi produzido na modalidade on line

que aqui estamos considerando também como entrevista, trocas de e-mails com o médico Carlile Lavor.

A técnica da entrevista *on-line* é para Flick (2009) uma forma de adaptação às entrevistas convencionais porque ocorre por meio da internet seja de forma síncrona quando pesquisador/ra e sujeito conversam/trocam mensagens em tempo real (*on line*) ou, assíncrona quando o pesquisador/ra envia as perguntas e o participante envia as respostas em outro momento não sendo necessário que ambos estejam conectados ao mesmo tempo.

No caso desta pesquisa, usamos o e-mail para mantermos contato com dois dos participantes estabelecendo assim uma comunicação assíncrona. Tal comunicação ocorreu predominantemente com o médico Carlile Lavor, desde a nossa ida a Jucás em agosto de 2019 e se prolongado até meados de 2021 quando várias questões surgiram no decorrer do percurso da escrita.

Foi utilizada também como técnica, a pesquisa documental. O documento estudado foi o livro dos Anais do I Encontro Nacional de Experiências de Medicina Comunitária – I ENEMEC, publicado em 1980 pelo Instituto Paulista de Promoção Humana – IPPH. O material usado foi uma cópia do livro cedida pelo médico Celerino Carriconde, um dos sujeitos da pesquisa, conforme veremos. O documento contém 338 páginas e foi utilizado para a escrita do item 4 da tese. Foram realizadas várias leituras sendo que cada uma delas se preocupou gradativamente em aprofundar a compreensão do texto. Em um primeiro momento foi feita uma leitura de reconhecimento do material, em seguida uma leitura para uma primeira apropriação do conteúdo, nesta fase já nos detivemos nas marcações e em alguns apontamentos. Em um terceiro momento procuramos identificar as partes do conteúdo que seriam usados com mais especificidade na pesquisa observando os objetivos pretendidos e enriquecemos as anotações sobre estas partes. Feito isto, foram feitas visitas posteriores ao documento de formas pontuais obedecendo ao interesse da escrita.

No que se refere à nossa experiência pessoal como ACS, utilizamos a familiaridade com o tema como recurso para pensarmos a pesquisa a partir de um movimento de dentro para fora. Para isto, construímos um memorial a fim de situar nosso lugar de fala e oferecer elementos da vivência como ACS. Nossa experiência nos permitiu estabelecer comparativos quanto às mudanças do Agente Comunitário de Saúde no decorrer do percurso histórico.

2.5. Feitura do campo de pesquisa: Jucás – CE

Considerando campo de pesquisa como o recorte espacial referente à abrangência empírica correspondente ao que se investiga (MINAYO, 2007), nosso ponto de partida para o delineamento do campo de pesquisa foi nosso conhecimento prévio sobre o histórico da categoria Agentes Comunitários de Saúde no Brasil e também a lacuna percebida no que se refere à historicização das primeiras experiências ocorridas no Ceará.

Durante o percurso investigativo sobre experiências com ACS, descobrimos Jucás, uma cidade no sertão cearense que guarda a história das primeiras experiências com Agentes Comunitários de Saúde no Ceará. A partir de então, o município se tornou para nós uma referência para pensar uma das origens dos Agentes Comunitários de Saúde. Vários textos lidos fizeram menções sobre a existência das experiências locais ocorridas em Jucás ainda na década de 1970, mas nenhum deles fez qualquer descrição ou detalhamento sobre como de fato aconteceram. Em geral, a criação do Programa Agentes de Saúde no Ceará é tomada como marco inicial para os estudos embora a contratação emergencial de mulheres ocorrida em 1987 seja mencionada várias vezes. Mas incomodava a ausência de relatos sobre estas experiências, como elas aconteceram? Porque não há registros sobre as primeiras ACS, sobre as mulheres da época da emergência? Porque Jucás permanecia tão apagada dos escritos sobre ACS? O médico Carlile Lavor, o precursor do trabalho com Agentes de Saúde no Ceará, reconhece que ainda há muito a ser dito sobre Jucás e o Ceará: “É muito importante escrever sobre as nossas experiências; é uma das maiores necessidades do Ceará” (SANTANA; CASTRO, 2016, p. 44).

O fato é que mesmo sabendo que o Ceará e Jucás eram (e são) importantes marcos territoriais para o assunto Agentes Comunitários de Saúde, a história não estava clara e com base nessa lacuna e no fato de que a década de 1980 foi um período de intenso trabalho de base no Brasil (com destaque para alguns Estados, inclusive o Ceará) construímos o pressuposto de que a origem dos/das ACS no referido Estado estaria ligada a iniciativas de organizações de base e para verificar isto, seria necessário ir à Jucás e assim, a cidade sertaneja seria nosso campo empírico de pesquisa.

Este desenho inicial não negava que outras experiências pelo Brasil também tivessem dado origem a outros tipos de Agentes Comunitários de Saúde, isto porque no Brasil

profundamente marcado por desigualdades sociais, especialmente o Nordeste, as classes populares e seus aliados produziram grande força criativa para abrir caminhos e engendrar jeitos de superar as adversidades e resolver da maneira possível, suas demandas ignoradas pelo poder público. Mas, era preciso ir por partes e ir à Jucás à procura de mulheres que atuaram como as primeiras ACS era uma necessidade pois não queríamos prosseguir e apenas repetir o que já se sabia sobre Jucás.

Após cursar as disciplinas do Curso, começamos a planejar a viagem para Jucás. A primeira necessidade foi identificar alguém que pudesse auxiliar na identificação de pessoas em Jucás com quem conversar. Sem nenhuma referência pensei: – quem afinal poderia me ajudar? Me veio à memória Carlile Lavor, o médico jucaense, precursor das experiências com ACS no Ceará e sobre quem havíamos lido algumas coisas. Sabíamos que ele não vivia naquele momento em Jucás, mas pensamos que se conseguíssemos fazer contato seria interessante pelo fato de ter bastante conhecimento local o que possibilitaria fazer conexões mais facilmente.

Após localizar um endereço de e-mail institucional de Carlile Lavor na internet, fizemos a primeira tentativa de contato em novembro de 2018 apresentando e expondo a justificativas para o contato. Para nossa surpresa, dezessete dias depois, Carlile Lavor respondeu ao e-mail se dispondo a ajudar na pesquisa, fato que nos provocou sentimento de felicidade. A partir de então, trocamos vários e-mails através dos quais Carlile Lavor enviou alguns materiais sobre Agentes Comunitários de Saúde, além de prestar vários esclarecimentos iniciais.

Em meio a estes planos, ainda no primeiro semestre de 2019 optamos por cursar mais uma disciplina e para nossa surpresa, um dos colegas de turma, o Douglas Abreu da turma de mestrado, vinha do Ceará, mais especificamente da cidade de Iguatu, vizinha a Jucás, o que nos deixou animada. Conversamos sobre nossas pesquisas e ele se colocou à disposição para ajudar.

Ao concluirmos a disciplina e com preocupação pelas ameaças de corte da bolsa, optamos por não esperar mais e organizamos a ida à Jucás. Organizamos um roteiro para realizar as entrevistas, marcamos a data da viagem e entramos em contato novamente com Carlile Lavor. Alguns dias antes da ida, ele informou que havia providenciado uma pessoa que estaria à nossa espera em Jucás para ajudar na localização das pessoas com quem fosse preciso conversar, essa pessoa foi a Aparecida, que por sua vez, entrou em contato, dois ou três dias antes, para confirmar a viagem e combinar algumas coisas. Aparecida é pedagoga, funcionária

pública em Jucás, vereadora de Jucás na ocasião da nossa ida (2019) e prima de Carlile Lavor. Aparecida esteve envolvida com os primeiros trabalhos com Agentes de Saúde em Jucás e por isto, além de ter sido a pessoa que nos recebeu em Jucás, é também sujeito participante da pesquisa conforme consta no quadro 2.

Com as passagens compradas saímos de João Pessoa com destino a Jucás. Fui acompanhada de minha mãe que naquela ocasião foi também minha auxiliar de pesquisa. Atravessamos a Paraíba e depois de 11 horas e meia de viagem chegamos a Iguatu, cidade vizinha a Jucás e até onde o ônibus vai. Nosso primeiro longo percurso de ônibus, com várias paradas e muitos sonos. Enfim às 10h: 30min chegamos a Iguatu. Adoramos a viagem!

De Iguatu saem diariamente várias vans que fazem os percursos locais entre as cidades próximas porque não há linhas de ônibus operando entre elas. A cooperativa que gerencia as vans promete que de segunda a sexta o tempo de espera não ultrapassa quinze minutos. Tomada de ansiedade para conhecer a pequena cidade que nos últimos três anos havia aparecido com frequência em nossas leituras, uma van chegou no tempo previsto.

Pedimos para sentar no banco da frente para ver melhor o caminho. Conversamos um pouco com o motorista e o cobrador que foram atenciosos a alguns questionamentos. Em certa altura do percurso perguntaram de onde éramos e o que tínhamos ido fazer em Jucás, falamos sobre os motivos e eles acharam curioso e disseram não saber que ali havia surgido o Programa Agentes Comunitários de Saúde, fato que demonstrou que a história local ainda é pouco valorizada do ponto de vista de registros e divulgação.

Comtemplamos a paisagem à beira da estrada ao mesmo tempo que lembrávamos do que havíamos lido sobre Jucás. A estrada estava boa, na verdade nova e a paisagem seca nos acompanhou por todo trajeto, havia em um canto ou outro, um pouco de verde quebrando o tom escuro da vegetação seca, os juazeiros, por sua natureza, resistiam verdes em meio à paisagem cinzenta. O motorista comentou que ainda havia o verde, mas logo acabaria, a paisagem cinzenta é mais frequente por ali. Vi um boi morto à beira da estrada e muitos urubus, a imagem chamou atenção por nunca tínhamos visto aquilo antes e também me remeteu aos relatos lidos sobre as épocas de seca e fome que assolaram o Ceará. Alguns pequenos barreiros (poços d'água barrenta) surgiam à beira da estrada e muitas casas de taipa também compunham a paisagem.

Meia hora depois, após um percurso de 33 km finalmente chegamos a Jucás. É muito bom conhecer um lugar que até então só existia na nossa imaginação, fruto das informações de leituras! Na entrada da cidade, duas bonitas fileiras de árvores sombreavam as laterais da pista. Ao adentrá-la vimos bonitas pracinhas verdes e bem cuidadas em pleno sertão, coisas que não vejo com frequência nem em cidades na zona da mata, fartas em água. Deixamos a van e caminhamos um pouco pelo centro da cidade, que demonstrou ser pacata, característica comum de cidades do interior, onde o tempo parece ser mais gentil e passar devagar.

Seguimos em direção à igreja matriz lugar onde havíamos combinado de esperar Aparecida que não se demorou. Nos levou à sede da Empresa de Assistência Técnica e extensão Rural do Ceará – EMATER-CE onde trabalha. Da calçada da EMATER, localizada em um ponto alto da cidade foi possível notar casas e bairros novos e muito perto, muitas casas de taipa compondo a paisagem urbana, um contraste com a boa impressão de cidade bem cuidada, inclusive no setor saúde, bem organizado e eficiente ao que pareceu pelas informações obtidas.

Receptiva, Aparecida, conversou conosco e logo providenciou o contato com algumas mulheres que tinham participado das primeiras experiências com ACS para nossas conversas/entrevistas. Enquanto fazia isto, continuou a falar e nos contou que fez parte da equipe de profissionais que atuou na estruturação das primeiras experiências em Jucás, de forma mais ativa as experiências da Fundação do Bem-estar do menor no Ceará – FEBEM – CE e das Creches sobre o que falaremos no item 5.3.

De acordo com o IBGE, Jucás tem uma área de 937, 189 km² e uma população estimada em 24.833 pessoas em 2019, a maior densidade populacional encontra-se na zona rural. Foi fundada em 17 de outubro de 1823 tendo portanto, 197 anos (em 2019). O nome Jucás advém de uma tribo indígena primitiva, “tapuia dos jucás” que habitava a região, às margens do rio dos jucás em várias terras do Ceará e também de uma árvore utilizada pelos indígenas para fazer instrumentos²³. Atualmente está administrativamente dividida em seis distritos: Sede, Baixio da Donana, São Pedro do Norte, Poço grande, Mel e Canafístula. Ficamos uma semana em Jucás.

²³ Informações disponíveis em: <https://www.jucas.ce.gov.br/a-cidade/>.

A ida a Jucás mostrou que as experiências lá ocorridas não tiveram relação com trabalhos de base impulsionados institucionalmente pela Igreja Católica, por exemplo. A grande marca da história dos/das ACS no Ceará foi a crise produzida pela seca e a partir dela um casal de profissionais interessado em fazer alguma coisa para mudar o estado de coisas daquele contexto.

Tivemos nosso pressuposto negado naquele contexto, mas voltamos de Jucás com a bagagem cheia de ricas e inspiradoras histórias para contar conforme veremos no capítulo 5.

2.6. Feitura do campo de pesquisa – Recife – PE

Após o retorno de Jucás foi preciso reorganizar os planos devido à necessidade de identificar experiências de saúde que tivessem relação com trabalhos de base exitosos. Assim, o próximo passo era mapear experiências em saúde comunitária.

Conforme já indicado, a literatura aponta para as décadas de 1970 e 1980 como importantes marcos de movimentações de base em vários cantos do país, contudo, ainda deixa muito a desejar por falar sobre as experiências, mas não falar delas, o que indica que ainda não foram suficientemente exploradas, isto é, nem todas as suas facetas são claras. Importava identificar indícios que indicassem um caminho, pensamos então que explorar a literatura poderia ser uma primeira alternativa.

Desse modo, fizemos várias buscas por trabalhos sobre ACS que tivessem relação com nossa temática. Nessas buscas chegamos a dois trabalhos que ofereceram algumas pistas sobre trabalhos de base com ACS. Um tratava sobre EP em saúde em Recife (ALBUQUERQUE, 2003) e o outro sobre a institucionalização do trabalho dos Agentes em Recife (QUEIRÓS, 2008). Neles, encontramos referências a experiências populares em saúde em Recife. Ambos fazem referência ao Projeto de Saúde Casa Amarela – PSCA e a um movimento de saúde comunitária no bairro dos Coelhos.

O trabalho de Albuquerque trouxe um novo elemento ao mencionar um evento ocorrido na década de 1970 que reuniu experiências de saúde comunitária, trata-se do Encontro Nacional

de Medicina Comunitária – ENEMEC que objetivou reunir e discutir experiências populares em saúde espalhadas pelo país tendo como referência teórica e prática a Educação Popular (QUEIRÓS, 2008).

De acordo com Albuquerque (2003) os Anais do evento relatam com detalhes diversas experiências com Agentes Comunitários de Saúde de vários cantos do país a partir de experiências locais de saúde comunitária, tendo sido a troca de experiências um dos interesses da organização do encontro (ANAIS I ENEMEC, 1980), por isto, os Anais se constituem, segundo a autora, como documento histórico e ao que parece pouco conhecido e explorado.

Tendo ciência desse documento iniciamos buscas na internet a fim de localizá-lo, mas infelizmente o mesmo não se encontra disponível na rede nem mesmo um exemplar físico à venda nos sebos virtuais.

A referência ao documento nos chamou atenção por indicar ser uma rica fonte de relatos de experiências que podiam indicar várias vertentes de origem de Agentes Comunitários de Saúde além de formas de trabalho do próprio povo em defesa da saúde. Em outras palavras, o documento podia oferecer elementos sobre como várias comunidades de vários lugares engendraram “seus Agentes”. Despertou-nos interesse ainda devido à lacuna observada na literatura em relação ao registro desse tipo de experiência, muito se fala “sobre” mas não “das” experiências de saúde nas organizações de base, de modo que o documento poderia se constituir fonte para um esforço de construção de novas produções e entendimentos sobre o assunto.

O passo seguinte foi localizar um exemplar do documento. A tentativa foi fazer contato com a própria autora que o mencionou. Em outubro de 2019 enviamos um e-mail para Albuquerque que em resposta afirmou não possuir o documento, mas usou uma cópia pertencente à uma pessoa que participara do encontro e com quem trabalhara. Sugeriu que tentássemos contato com algumas pessoas cujos nomes aparecem no trabalho. Acontece que três dos quatro nomes aparecem incompletos e a outra pessoa infelizmente é falecida desde 2017 (Tereza Ramos). Identificamos um deles, Paulo Santana Roberto (citado como Paulo Santana) para quem enviamos e-mail, mas não obtivemos resposta, o segundo nome não foi identificado por completo (citado apenas como Paulo Costa).

Outro nome citado no trabalho embora também incompleto é incomum e por isto talvez, tenha sido mais fácil identificar, tratava-se do médico Celerino Carriconde. Albuquerque

comenta que ele já trabalhava em comunidades do Recife na década de 1970 e diante desta afirmação, ele se tornou alguém de nosso interesse porque possivelmente possuiria um exemplar do documento procurado ou ao menos nos daria nova pista e além disso, poderia nos ajudar a identificar e compreender experiências de saúde comunitária em Recife.

Em conversa com nosso orientador sobre estes encaminhamentos, descobrimos que ele conhecera Carriconde na década de 1980 e chegaram a trabalhar juntos, contudo, há tempos não mantinham contatos. Nos ocorreu de localizá-lo através do currículo na plataforma lattes onde possivelmente constaria um e-mail, acontece que não se trata de um médico no sentido hegemônico do termo até onde verificamos e por isto, Carriconde não possuía Currículo lattes.

Seguimos as buscas por outras vias virtuais e descobrimos que o médico preside o Centro Nordestino de Fitoterapia em Recife – PE e por meio de um contato do Centro conseguimos algumas informações.

Feito um contato, tivemos êxito e ao explicar os motivos, conseguimos marcar um encontro que se realizou em novembro de 2019. Carriconde e sua esposa nos receberam de forma muito acolhedora, tivemos um encontro muito rico com conversas sobre algumas de suas experiências e nesta ocasião descobrimos que o médico possuía um exemplar do documento que procurávamos, os Anais do I ENEMEC. Finalmente havíamos chegado ao documento! Mas, infelizmente, na ocasião não foi possível fazer uma cópia, tarefa que ficou planejada para um segundo encontro que ocorreria possivelmente em fevereiro de 2020, o que não foi possível por questões pessoais do médico. Depois disso, começaram as restrições sociais devido à pandemia e em seguida o isolamento social propriamente dito, fato que impossibilitou o retorno à Recife e consequentemente o acesso ao documento.

A alternativa foi esperar o quadro melhorar para marcarmos um novo encontro, contudo, a pandemia não foi controlada, ao contrário, os números só aumentavam e as restrições sociais foram mantidas pelos mais cuidadosos.

Após alguns meses do nosso encontro e sem previsão de uma melhora significativa no quadro pandêmico, decidimos buscar outras alternativas a fim de dar continuidade às atividades de pesquisa com o referido documento, pois assim como nós, Carriconde e sua família manteve o isolamento e todas as restrições possíveis. Então entramos em contato mais uma vez e conversamos sobre a possibilidade de produção de uma cópia do documento e seu envio pelos

correios, gentilmente o médico se dispôs à tarefa e assim procedeu, cerca de quinze dias depois recebemos o material o que possibilitou dar continuidade às atividades de pesquisa com o material.

A partir do documento, pudemos conhecer as experiências de saúde comunitária apresentadas no evento, dentre elas, as do Recife já mencionadas neste item e comentadas brevemente por Albuquerque (2003) e Queirós (2008).

2.7. Os sujeitos participantes da pesquisa

Apresentaremos a seguir os participantes da pesquisa, através de um breve perfil de cada um deles. A apresentação pretende situar os sujeitos a partir dos quais uma parte do material empírico foi produzido. É importante dizer que a produção do material ocorreu entre a segunda metade de 2019 e a segunda metade de 2021, por meio de entrevistas guiadas e *on line* no caso destas, utilizando o Google Meet e-mail como canal. Este período foi dividido/organizado da seguinte maneira: em 2019 entrevistamos cinco ACS de Jucás – CE, uma Agente Comunitária de saúde de Iguatu – CE, uma pedagoga de Jucás – CE e um médico e fitoterapeuta em Recife – PE; Entre Agosto de 2019 e junho de 2021 mantivemos contatos via e-mail com um médico de Fortaleza – CE através dos quais realizamos algumas entrevistas. No caso deste sujeito da pesquisa, a realização de mais de uma entrevista se deveu ao fato de ele ter se colocado à disposição para quando precisássemos de esclarecimentos sobre as questões que surgissem no decorrer do processo de escrita; em junho de 2021 entrevistamos o médico Halim Girade e a enfermeira Diana Mores e em setembro de 2021 entrevistamos uma enfermeira de Brasília – DF e professora da UnB, Fatima Sousa.

A escolha prévia das ACS se deu por entendermos que elas poderiam oferecer relatos que além de indicar como as coisas aconteceram em suas experiências pessoais, nos favoreceriam na historicização da experiência de Jucás propriamente dita. A seleção dos demais participantes se deu no percurso da pesquisa à medida que avançávamos e percebíamos a necessidade de integrá-los no grupo de sujeitos pensados inicialmente. No caso das participantes de Jucás, foram estabelecidos como critérios terem participado das experiências

com e como ACS em Jucás e se disporem a falar sobre o assunto. No caso dos demais participantes, o critério foi a relação direta com o tema e com experiências com ACS e a disposição para falar sobre o assunto.

Assim, cada um dos participantes tem relação direta com o tema pesquisado e com as etapas do percurso histórico dos Agentes Comunitários de Saúde, a saber, as agentes participaram das primeiras experiências com agentes no interior do Ceará, a pedagoga participou da equipe do projeto piloto com ACS em Jucás – CE, o médico sanitário de Fortaleza é precursor do trabalho com Agentes de Saúde no Ceará, desde as primeiras experiências em Jucás até a institucionalização do Programa Agentes de Saúde no Estado. O médico e fitoterapeuta e sua esposa, a enfermeira Diana participaram dos movimentos de base da década de 1980 em Recife onde havia presença de Agentes Comunitários de Saúde surgidos nas/das organizações de base; O médico Halim Girade desenvolveu experiência institucional com Agentes Comunitários de Saúde em Goiás e posteriormente atuou na institucionalização do Programa pelo Ministério da Saúde e na formação de Agentes Comunitários no Amazonas; A enfermeira, atualmente professora na UNB, encampou a luta pela implantação do Programa Agentes Comunitários de Saúde na Paraíba e participou ativamente da luta pela nacionalização do Programa tendo sido a segunda coordenadora nacional do PACS.

Das ACS de Jucás, quatro residem na zona rural e duas na zona urbana. Quatro delas foram entrevistadas em suas próprias casas (sendo duas da zona urbana e duas da zona rural) onde nos receberam de forma muito acolhedora e alegre. As outras duas residentes na zona rural estavam na cidade no dia da entrevista e vieram até nós, uma pela manhã e outra à tarde. Conversamos em uma sala reservada no prédio da EMATER – CE, em Jucás, onde também conversamos com a pedagoga. A sala, local de trabalho da pedagoga, foi gentilmente por ela cedida. São pessoas simples, muito receptivas, alegres e demonstraram gosto em conversar sobre o assunto.

Com cada pessoa entrevistada estabelecemos uma relação de modo que as conversas se desenvolveram de forma muito tranquila. As Agentes de Saúde de Jucás, especialmente, falaram de suas memórias e experiências de forma muito prazerosa. Fomos por cada um dos/das entrevistados/das muito bem recebidas, seja pessoal ou virtualmente. Algumas participantes demonstraram interesse em manter um contato para saberem do andamento e da conclusão da

pesquisa. À todas nos colocamos e colocamos nossos contatos à disposição. Vez por outra falamos com algumas ACS de Jucás que nos perguntam sobre quando voltaremos para visitá-las.

É necessário demarcar ainda que tínhamos como pretensão entrevistar a assistente social e sanitaria Miria Lavor, esposa de Carlile Lavor. A ideia era na verdade visitar o casal no primeiro semestre de 2020, contudo, devido à pandemia não foi possível realizar os planos e em junho de 2020, lamentavelmente, a sanitaria faleceu. Neste caso, Miria não é entendida como sujeito da pesquisa, mas como sujeito nela implicado, o que significa que mesmo sem a possibilidade de contato direto, utilizamos fontes documentais que permitiram registrar sua efetiva participação na história da construção do Agente de saúde no Ceará e posteriormente na Paraíba.

Uma vez que envolveu seres humanos, a pesquisa nos colocou diante de questões éticas que precisaram ser consideradas, exigindo a submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFPB, situado no Centro de Ciências da Saúde – CCS. Esta etapa foi cumprida em 2019 e a aprovação do projeto se deu em outubro do mesmo ano obtendo o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE nº 20160019.4.0000.5188.

Para acessar os sujeitos participantes da pesquisa foi preciso obter anuência/concordância oficial de cada um deles por meio de assinatura, para tanto, foi elaborado um documento, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 7) constando as principais informações da pesquisa bem como os contatos da pesquisadora.

No que se refere aos nomes usados para identificar os sujeitos da pesquisa, nos deparamos com a seguinte situação: alguns participantes são pessoas de relevância pública cujos nomes já estão registrados nas narrativas sobre a constituição dos/das ACS no Brasil e por isto, no caso dessas pessoas, os nomes reais foram utilizados na tese. No caso dos outros sujeitos que não são figuras de reconhecimento público, utilizamos nomes fictícios para a identificação e considerando que se trata de um contexto nordestino, os nomes utilizados para identificar os sujeitos foram nomes comuns a esse contexto. No quadro 3, os sujeitos cujos nomes são reais estão identificados com asterisco.

Apresentaremos a seguir os sujeitos da pesquisa primeiro através de um quadro identificador e quantificador destes sujeitos e em seguida contaremos muito brevemente um

pouco de suas histórias profissionais que nos acompanharão nesta tese e sem os quais ela não teria o mesmo sentido. Temos assim, doze participantes distribuídos em quatro categorias profissionais e localizados geograficamente da seguinte forma:

QUADRO 2 - Demonstrativo dos sujeitos participantes da pesquisa

MUNICÍPIO/ESTADO →	Jucás – CE	Iguatu – CE	Fortaleza – CE	Recife – PE	Brasília – DF	Goiás – GO	Total
CATEGORIA ↓							
Agentes Comunitárias de Saúde	5	1					6
Pedagoga formadora	1						1
Médico sanitarista			1				1
Médico e fitoterapeuta				1			1
Enfermeira				1			1
Enfermeira					1		1
Médico						1	1
TOTAL DE PARTICIPANTES DA PESQUISA							12

A seguir apresentaremos um breve perfil dos participantes da pesquisa. Ressaltamos que o perfil das ACS difere dos demais profissionais devido a informações que são importantes e específicas da categoria:

Nome: Tereza	Sexo: F	Idade: 52	Estado civil: casada
Ocupação: aposentada (como ACS)			Escolaridade: ensino médio
Cidade onde vive: Jucás – CE; Zona rural		Ano em que começou como ACS: 1988	
Escolaridade na época em que começou como ACS: ensino fundamental			
Vínculo com a comunidade quando começou como ACS: catequista			
Trabalho anterior ao de ACS: monitora de creche			

Nome: Severina	Sexo: F	Idade: 60	Estado civil: viúva
Ocupação: aposentada (como ACS)			Escolaridade: ensino superior
Cidade onde vive: Cariús – CE; Zona urbana		Ano em que começou como ACS: 1981	
Escolaridade na época em que começou como ACS: ensino fundamental			
Vínculo com a comunidade quando começou como ACS: nenhum específico			
Trabalho anterior ao de ACS: atuou no MOBREAL			

Nome: Josefa	Sexo: F	Idade: 63	Estado civil: casada
Ocupação: aposentada (como ACS)			Escolaridade: ensino médio
Cidade onde vive: Jucás – CE; Zona rural		Ano em que começou como ACS: 1988	
Escolaridade na época em que começou como ACS: ensino fundamental			
Vínculo com a comunidade quando começou como ACS: nenhum específico			
Trabalho anterior ao de ACS: agricultora			

Nome: Joana	Sexo: F	Idade: 57	Estado civil: casada
Ocupação: ACS		Escolaridade: ensino médio e auxiliar de enfermagem	
Cidade onde vive: Jucás – CE; Zona rural		Ano em que começou como ACS: 1988	
Escolaridade na época em que começou como ACS: ensino fundamental incompleto			
Vínculo com a comunidade quando começou como ACS: catequista			
Trabalho anterior ao de ACS: professora de educação infantil			

Nome: Anália	Sexo: F	Idade: 60 anos	Estado civil: casada
Ocupação: ACS			Escolaridade: ensino fundamental
Cidade onde vive: Jucás – CE; Zona rural		Ano em que começou como ACS: 1987	
Escolaridade na época em que começou como ACS: sexta série do ensino fundamental			
Vínculo com a comunidade quando começou como ACS: participava de atividades da Igreja			
Trabalho anterior ao de ACS: do lar			

Nome: Maria	Sexo: F	Idade: 64	Estado civil: viúva
Ocupação: ACS aposentada			Escolaridade: ensino médio
Cidade onde vive: Iguatu – CE		Ano em que começou como ACS: 1988	
Escolaridade na época em que começou como ACS: ensino fundamental			
Vínculo com a comunidade quando começou como ACS: nenhum específico			
Trabalho anterior ao de ACS: do lar			

Nome: Aparecida*	Sexo: F	Idade: 61	Estado civil: divorciada
Ocupação: servidor público estadual		Escolaridade: ensino superior	
Cidade onde vive: Jucás – CE			

Nome: Carlile*	Sexo: M	Idade: 80	Estado civil: viúvo
Ocupação: médico representante da Fiocruz – CE		Escolaridade: ensino superior	
Cidade onde vive: Fortaleza – CE			

Nome: Celerino Carriconde*	Sexo: M	Idade: 81	Estado civil: casado
Ocupação: médico aposentado		Escolaridade: ensino superior	
Cidade onde vive: Recife			

Nome: Diana Mores*	Sexo: F	Idade: 76	Estado civil: casada
Ocupação: enfermeira		Escolaridade: ensino superior	
Cidade onde vive: Recife			

Nome: Fatima Sousa*	Sexo: F	Idade: 61	Estado civil: solteira
Ocupação: professora Universitária		Escolaridade: doutorado	
Cidade onde vive: Brasília – DF			

Nome: Halim Girade*	Sexo: M	Idade: 69	Estado civil: casado
Ocupação: médico		Escolaridade: mestrado	
Cidade onde vive: Goiânia – GO			

* Nomes não fictícios.

2.8. Tratamento do material empírico

O processo de análise e interpretação do material empírico foi feito à luz da hermenêutica em observância à ideia de circularidade como um movimento próprio do trabalho hermenêutico no qual a compreensão se dá de forma circular de idas e vindas entre o todo e as partes.

Por ter a compreensão como eixo, a hermenêutica não aponta regras a serem seguidas, mas exige um esforço contínuo no qual o interprete deve se reconhecer como parte do mundo que pretende compreender conforme destacam Ghedin e Franco

A leitura do mundo mostra-se significativa quando o sujeito se compreende como parte dele. Ao longo da história do conhecimento, tem-se isolado o objeto do pesquisador que o investiga [...] A busca pelo conhecimento constitui, no fundo, uma tentativa de compreender quem se é e como se é neste mundo (2008, p. 149).

Para a pesquisa observamos a diferenciação que Ghedin e Franco (2008) fazem a respeito do discurso caracterizando-o como primário e secundário, uma diferenciação importante e necessária ao trabalho científico, isto porque o discurso primário é aquele produzido no ato da fala dotado de sentidos e movimentos reflexivos que são mais comuns ao cotidiano, seus sentidos também são considerados primários porque são construídos no mesmo tempo histórico da ação e por isto, não permite aos sujeitos um olhar mais apurado, por assim dizer, sobre os acontecimentos. O discurso de segunda ordem se caracteriza como um processo de pensamento sobre a fala dotado de sentidos diferentes daqueles criados no momento da ação, pois como ocorre em um momento diferente, permite perceber de um modo diferente e consequentemente o desenvolvimento de um movimento reflexivo diferente, dotado de um viés mais crítico.

Neste sentido, para compreender os processos em questão na pesquisa com base em uma perspectiva hermenêutica foi preciso recorrer a um discurso de segunda ordem a partir dos discursos de primeira buscando construir sentidos ausentes nos atos de fala e a partir disso, alcançar pretensões científicas (GHEDIN; FRANCO, 2008). Os discursos de primeira ordem são aqueles presentes/construídos nas experiências em escalas menores apresentadas nos itens 4, 5 e 6, dotadas de especificidades próprias aos contextos e tempos nos quais se desenvolveram. Dentro dos termos da hermenêutica, estas experiências seriam o que chamamos de partes de um todo que embora situadas em recortes territoriais diferenciados se relacionam com o contexto maior do país que corresponde justamente ao que nos referimos como todo – o todo e as partes –. Para Ghedin e Franco (2008), a particularidade se conjuga à totalidade ao passo que vai evidenciado aspectos específicos de um todo.

O olhar para as partes está condicionado ao constante olhar para o todo, de modo que a relação entre as experiências se constitui também como um movimento circular que as entrecruza projetando um quadro maior que visto a partir de outro momento histórico, distante do momento das ações, revela sentidos não claros aos sujeitos no momento em que produziam e vivenciavam as experiências. É neste sentido que o discurso de segunda ordem se constitui como um trabalho analítico que toma como base estas experiências tomando também como referência para a compreensão o lugar que ocupamos enquanto ACS. Esta compreensão se dá dentro de um outro quadro histórico no qual estamos inseridos dentro de um outro modelo de

organização que é o público/ institucional, ainda inexistente para os Agentes das experiências relatadas, mas não uma condição alheia, pois já era pauta promotora de discussões entre grupos.

Os elementos reunidos na experiência pessoal dentro desse modelo público/institucional nos levaram à preocupação em entender estes movimentos históricos que significam para nós também uma compreensão do nosso lugar nesse traçado. Assim, nossa busca por compreensão se revelou um imperativo do nosso modo de ser ACS. Desde o momento em que despertamos (desde o mestrado) para uma busca de compreensão pela história da categoria e seus elementos constituintes temos assumido a condição de intérpretes e consequentemente um modo diferente de ser ACS já que não nos satisfazia o reduzido aparato histórico, por assim dizer, que estava disponível.

Neste sentido, as falas dos diferentes sujeitos produzidas a partir de diferentes referenciais territoriais e históricos se constituíram como discursos de primeira ordem e expressaram diferentes formas de compreensão a partir de diferentes visões de mundo (expressos na parte 2 do trabalho).

A análise dos discursos foi feita a partir de leituras repetidas do material produzido. As leituras foram feitas a partir de um esforço de aprofundamento à medida que as repetições ocorriam buscando ao mesmo tempo interligar aspectos presentes em outras falas, retornando em seguida para o entendimento geral que por sua vez foi seguido por outros retornos às partes a fim de nos aproximarmos dos significados presentes nos discursos. Considerando que o trabalho hermenêutico tem como um dos elementos a historicidade dos sujeitos revelados em seus contextos de vida, os discursos primários foram tratados tendo como referência os momentos históricos vivenciados pelos sujeitos.

De posse das narrativas, a análise foi organizada a partir de temáticas tendo em vista os objetivos do estudo bem como as lacunas percebidas nas leituras empreendidas. Cada grupo de experiências explicitou elementos próprios ao contexto de modo que as temáticas destacadas para exploração foram organizadas (não necessariamente de forma sequencial) em observância às narrativas em seus tempos históricos que foram constituindo o inventário. Isto nos permitiu uma aproximação com os diferentes papéis dos diferentes tipos de Agentes em seus espaços de atuação. Com isto foi possível notar que mesmo em territórios diferentes, as experiências se interligavam pelo papel de determinados profissionais de saúde e pelo contexto maior de

ausência de condições razoáveis à vida dos grupos populares no âmbito social, econômico e político.

3. LINHA HISTÓRICA

Neste capítulo procuramos explorar alguns movimentos históricos que permeiam a trajetória histórica dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil. Os cinco tópicos nos quais está dividido o capítulo pretendem oferecer ao leitor um breve panorama a respeito de algumas questões importantes para a discussão da presente tese. Em primeiro lugar, no item denominado **Antecedentes institucionais de experiências com trabalhadores do tipo Agente de Saúde** observamos experiências institucionais com trabalhadores cuja proposta de trabalho lembram os Agentes Comunitários de Saúde; Depois, no item **A dialética das organizações sociais** abordamos um pouco das três formas de organização social se expressam, embora de acordo com Matos (2003) tenhamos três níveis de organização social (organizações de massa, de base, e institucionalizadas) nos detemos mais em dois deles (os dois últimos) devido aos interesses da pesquisa; No item seguinte **Fio histórico das organizações de base no Brasil** abordamos um pouco de como este nível de organização se organizou no país; Em seguida, no item **Medicina comunitária: uma prática construída a partir das bases** tratamos da medicina comunitária como uma prática que se diferencia da medicina tradicional pela participação ativa da comunidade na produção da vida. Por fim, temos o item **O Primeiro Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária – I ENEMEC: uma reunião de experiências de base** no qual apresentamos um breve resumo do evento cujo eixo de discussão foi a medicina comunitária como alternativa à prática médica mercantilizada.

3.1. Antecedentes institucionais de experiências com trabalhadores do tipo Agente Comunitário de saúde

Embora este trabalho se dedique em parte à construção de uma historiografia do ACS no Brasil com ênfase para experiências originadas no/do campo popular, isto é, não institucionalizadas bem como os processos que as conduziram para o âmbito das políticas públicas da saúde, existem importantes antecedentes no nível da esfera governamental que devem ser lembrados para uma melhor contextualização e ainda para destacar influências e

aspectos dessas iniciativas. Neste sentido, faremos uma breve digressão para identificarmos no contexto brasileiro iniciativas de ação em saúde institucionalizadas que utilizaram trabalhadores similares ao ACS, é o que aqui estamos chamando de diferentes versões de trabalhadores do tipo Agente Comunitário de Saúde.

Como se sabe, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em 1987 em Alma Ata, recomendou aos países a organização dos sistemas de saúde com vistas ao alcance de condições aceitáveis de saúde dos povos e para isto, recomendou também ampla participação comunitária na organização destes serviços. O Brasil foi um dos poucos ausentes na conferência. A pretensão era usar tecnologias simples, práticas e socialmente aceitáveis como meios para que todos os povos tivessem saúde até o ano 2000 (ALMA ATA, 1987); (SILVA; DALMASO, 2002). Contudo, muito antes da conferência, muitos países já faziam uso de diferentes tipos de Agentes Comunitários de Saúde tanto no âmbito institucional como fora dele.

Conforme destacam Silva e Dalmaso (2002), sua constituição responde a especificidades locais bem como a racionalidades econômicas, políticas, técnicas e científicas, reúne atribuições de diferentes níveis de complexidade e apresenta-se sob diferentes denominações em diferentes lugares do mundo, tais como: médico rural/médicos de pés descalços na China, promotores voluntários de saúde no Peru, auxiliares de enfermagem na Venezuela, Agentes de saúde comunitários no Sudão, Agentes Comunitários de Saúde na Bolívia, auxiliares de saúde comunitária na Jamaica e Agente de saúde do povo na Nigéria, dentre outros (SANTOS, 2006). No contexto brasileiro, é possível identificar nomenclaturas como: auxiliares de saúde, auxiliares de saneamento, orientador de saúde e saneamento, visitantes sanitários, Agentes sanitários, guardas sanitários, guardas da malária, enfermeiras visitadoras e Agentes de Saúde, por exemplo (SANTANA; CASTRO, 2016); (CASTRO, 2017); (ALEXANDRE, 2014); (NOGUEIRA, 2002); (SANTOS, 2006); (I ENEMEC, 1980). Todos estes, foram de certa forma um tipo de Agente Comunitário de Saúde.

Assim, essa forma de nos referirmos decorre do fato que o Agente Comunitário de Saúde, atualmente um trabalhador do SUS e por isto uma nomenclatura recorrente no contexto de saúde pública brasileira, designa um tipo de trabalhador existente em vários países voltado para práticas em saúde que vão desde cuidados paliativos, promoção, prevenção até

mobilização da comunidade para participação ativa no processo de cuidado da saúde (ABREU, 2009); (SANTOS, 2006); (OVIROMAR, 2007); (LIMA, 2016). Estes trabalhadores possuem em comum o fato de constituírem uma tecnologia prática e de baixo custo no campo da atenção primária à saúde (ABREU, 2019); (ALMA ATA, 1987).

No que se refere ao Brasil, antes do PACS existiram diferentes expressões desse tipo de trabalhador oriundos de diferentes iniciativas governamentais ou não, como formas de organização e ação em torno de demandas urgentes do/no setor saúde, conforme destacam Santos, Pieratoni e Silva (2010), Silva e Dalmaso (2002) e David (2017) entre outros autores.

No campo institucional, a literatura dá ênfase ao período a partir da década de 1940 com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, uma vez que neste já se fazia uso de pessoas para a realização de visitas domiciliares, até a década de 1980 em referência ao Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS. Não é pretensão nossa explorar detalhadamente estas experiências, mas situá-las e apresentar de forma relativamente breve alguns de seus traços.

Antes disso, porém, vale destacar a observação de Mazza (1994) em relação à década de 1920, segundo a autora neste mesmo ano fora criado o serviço de visitadoras sanitárias voltado para ações de profilaxia da tuberculose e que utilizavam visitas domiciliares para atividade em saúde como parte do Departamento Nacional de Saúde Pública vinculado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Este fato ao que parece é pouco recorrente na literatura, talvez devido ao fato de que até a década de 1930 as ações eram desenvolvidas sem relevante organização institucional já que até então não existia um órgão responsável pela normatização de políticas de saúde no país.

Posto isto, temos em 1942 a criação do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP vinculado ao então Ministério da Educação e Saúde. A criação se deu como resultado de um acordo entre Brasil e EUA representado pelo Instituto de Assuntos Interamericanos – IAIA. O objetivo inicial era melhorar as condições de saúde nas regiões da Amazônia e Vale do Rio Doce, isto é, nas áreas de extração da borracha e minérios usados na guerra, através do controle da febre amarela e malária que atingiam os trabalhadores (COSTA, 2018); (FONSECA, 2010). Este fato da origem do SESP aponta que sua instituição responde especialmente a interesses dos EUA, maior interessado na questão da produção da matéria prima para uso na guerra, fato

corroborado pelo fato de ter recebido financiamento de 90% do país americano. Isto indica que a criação do Serviço não teve como principal interesse a preocupação com a saúde de sua população brasileira, embora seja verdade que os desdobramentos do SESP constituíram importante marco no processo de institucionalização da saúde pública brasileira.

Além dos trabalhadores vindos do Nordeste para exploração da borracha na Amazônia, foram assistidos por serviço semelhante, os trabalhadores da exploração da mica e cristal de rocha no Espírito Santo, Minas Gerais e Goiás e os trabalhadores da Estrada de ferro Vitória-Minas da Companhia do Vale do Rio Doce (SILVA; DALMASO, 2002); (COSTA, 2018). De acordo com Costa, a concentração de mão de obra na região de Minas Gerais levou a criação do Programa da Mica.

No ano seguinte, com financiamento de 50% dos EUA, o SESP se ocupou também da formação de profissionais da saúde e a partir da década de 1950 expandiu sua área de atuação. Foi criado inicialmente o programa do Vale do Rio São Francisco objetivando atender regiões de Alagoas, Pernambuco, Bahia, Minas Gerais e Sergipe. Realizou ainda um acordo com o Ceará em 1954 visando a implantação de um programa de abastecimento de água. A esta altura estava vinculado ao Ministério da saúde (COSTA, 2018).

O SESP pretendia estender as ações de saúde para além do modelo dos Centros de Saúde preconizando uma prática mais abrangente que conjugava os modelos de medicina preventiva e curativa. Embora os profissionais das unidades sanitárias se envolvessem em certa medida com ações de educação, cabia à visitadora sanitária maior aproximação com as famílias. Em algumas ocasiões a visitadora sanitária realizava visitas de forma conjunta com uma enfermeira o que ressalta o aspecto de integração dos serviços. Um importante aspecto do SESP que vemos refletido hoje como princípio do Programa Saúde da Família – PSF é o enfoque familiar e não individual (SOUSA, 2016).

Como podemos notar, o SESP tinha várias frentes de atuação e foi a primeira iniciativa governamental a aproximar serviços de assistência médica das populações mais longínquas através de atendimentos médicos e também de visitadoras sanitárias atuavam junto às famílias. Sobre isto, a certa altura do relato de sua experiência como médico do SESP, Costa (2018) comenta que os agentes de saúde, os guardas sanitários e as visitadoras sanitárias assumiram um papel fundamental para ampliação da cobertura sanitária, sobretudo para ações preventivas

e de rotina, de modo que sem esse tipo de trabalhador seria impossível cobrir grandes contingentes populacionais.

Em 1960 o contrato entre Brasil e EUA foi extinto e o SESP foi transformado em Fundação, a **F.SESP** que passou a atuar em todas as unidades federativas. Silva e Dalmaso (2002) afirmam que a Fundação foi importante para organização de um modelo que refletiu na estruturação do PACS e posteriormente do PSF. Na F.SESP, visitantes sanitários e auxiliares de saneamento atuavam no atendimento a famílias de determinadas áreas sob orientação de enfermeiros realizavam visitas domiciliares atividade de promoção da saúde e prevenção de doenças. A Fundação tinha dentre os onze itens que compõem seus objetivos básicos, dos quais destacamos os seguintes:

Promover a formação e o treinamento de pessoal técnico e auxiliar necessário à execução de suas atividades;
Desenvolver programas em cooperação com os Estados, o Distrito Federal, os Territórios ou os municípios, visando à higienização dos bairros pobres e a solução de problemas de saúde pública (BRASIL, 1960).

O destaque aponta para a observância ao uso de pessoal auxiliar com vistas à operacionalização das ações da Fundação em áreas economicamente desfavorecidas. Depois de três décadas, a F.SESP foi incorporada a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública – **SUCAM**.

Assim, o SESP e a F. SESP foram pioneiros no Brasil em ações que são referenciais para o tema da estruturação da saúde pública brasileira por terem antecedido os programas de extensão e cobertura que objetivaram contribuir com a melhoria das condições de vida das populações através da implantação de uma estrutura básica de saúde pública nas comunidades que embora não universalizadas tiveram significativa relevância para a construção da história da saúde pública brasileira. Para Silva e Dalmaso (2002), a Fundação funcionou como um laboratório de práticas e diretrizes e princípios que hoje estão presentes no Programa Saúde da Família – PSF tais como: a adscrição de clientela, trabalho com a comunidade, a abordagem integral da família, a visita domiciliar realizada por visitantes sanitários e auxiliares de saneamento para atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças além de monitoramento de grupos de risco. Sobre o trabalho com visitadoras sanitárias, as autoras

destacam que “[...] desenvolviam o atendimento aos indivíduos e às famílias, na unidade e na comunidade, sob supervisão e orientação do enfermeiro, e mediante protocolos estabelecidos” (Ibidem, p. 27).

Ao observar ainda que brevemente algumas ações deste período, é possível verificar que tais serviços além de terem significado um avanço na estruturação institucional dos serviços de saúde, impulsionaram significativamente a formação profissional, por outro lado, observa-se também a consolidação de uma estrutura centralizada na qual os municípios não tinham participação o que colocava em xeque o caráter democrático da estruturação dos órgãos. Tal postura se alinhava ao ideário do sanitarismo desenvolvimentista cuja ênfase era a relação entre desenvolvimento econômico e saúde conforme destaca Fonseca (2010).

Posteriormente foram desenvolvidos os Programas de Extensão e Cobertura – **PEC** defendidos e divulgados por organismos internacionais, incluídos no Plano Decenal de Saúde para as Américas (1971 – 1980) e previsto nas recomendações da V Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1975. O Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento – PIASS foi o que ganhou maior expressão no Brasil, criado pelo Decreto n. 78.307 de 24 de Agosto de 1976.

O PIASS funcionou em duas etapas, entre 1976 e 1979 e 1980 e 1985. A primeira etapa atendeu a região Nordeste do país com o objetivo de implantar estrutura básica de saúde pública e sanear a região. Como resumo dos objetivos do Programa temos: Ampla utilização de pessoal de nível auxiliar, recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas, desenvolvimento de ações de saúde de baixo custo, ênfase no combate às doenças transmissíveis e encaminhamentos de doentes e disseminação de mini postos de saúde além de e ampla participação da comunidade²⁴.

Escorel (1999) comenta que a escolha do Nordeste deu-se devido ao fato de que além de ser uma região carente e com grande dimensão populacional, era uma área fora dos interesses do setor privado em saúde devido às condições econômicas desfavoráveis da população.

O PIASS tinha como uma de suas diretrizes a ampla utilização de pessoal recrutado das comunidades prevendo reduzir os custos e estabelecendo assim uma ponte entre o nível técnico

²⁴ Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v29n4/0034-7167-reben-29-04-0005.pdf>. Acesso em 01 de nov. de 2020

e a população constituindo assim uma “tecnologia apropriada para a interiorização das ações de saúde” (ESCOREL, 1999, p.167).

Consideramos pertinente abrir um parêntese para destacar algumas iniciativas de caráter mais pontual ocorridas de forma paralela às aquelas dirigidas pelo governo federal a partir da década de 1970 quando emergiram várias iniciativas locais em torno das demandas de saúde mais urgentes potencialmente influenciadas pelo modelo de medicina comunitária que ganhou força no Brasil a partir da década de 1960/1970. Vários Estados do país desenvolveram projetos voltados para um modelo de atenção primária à saúde, a exemplo de Minas Gerais, Paraná e São Paulo com destaque para os programas de saúde do Centro Executivo Regional do Vale do Jequitinhonha, iniciados em 1971 e o Projeto Montes Claros em 1975.

No Rio de Janeiro ganhou visibilidade o trabalho realizado em Mangueiras na década de 1980 (SOUSA, 2016); (GIFFIN; SHIRAIWA, 1989). Muitas dessas iniciativas, se não todas, tinham Agentes de saúde como elemento chave da organização das ações.

A literatura aponta ainda para experiências no Estado de São Paulo, em São José dos Campos desde 1979 e a partir da década de 1980 um projeto de reestruturação da rede de serviços em saúde através do Programa Metropolitano de Saúde – PMS dirigido pela Secretaria Estadual de Saúde como resposta à movimentos de moradores que exigiam do Estado melhorias no setor saúde (SILVA; DALMASO); (GUEDES; SANTOS; LORENZO, 2011).

Posto isto, fechamos o parêntese para retomar o PIASS em sua segunda etapa, iniciada em 1980 e estendida até 1985 conforme previu o Decreto n. 84. 219 de 14 de novembro de 1980. Além da extensão do período houve também ampliação do campo de cobertura do Programa. A expansão previa ações em todo o território nacional observando áreas prioritárias e tinha como objetivos:

I - implantar e operar rede de Unidades Sanitárias destinadas ao desenvolvimento de ações integrais de saúde em localidades de até 20 mil habitantes; II - instalar e operar sistemas simplificados de abastecimento de água e soluções domiciliares para destino de dejetos em povoados, vilas e cidades de pequeno porte; (BRASIL, 1980).

De acordo com Lima (2016) o Programa pretendia causar impacto e ser um meio de legitimação do regime militar na medida em que expandia ações de saúde para a população com

prioridade para os lugares de maior densidade de pobreza, para isto foi necessário a utilização de recursos humanos locais, conforme consta no item III, dentre outros que constituem as diretrizes do Programa:

Ampla utilização de pessoal auxiliar no desenvolvimento de ações integradas de saúde, com ênfase na prevenção e controle de doenças transmissíveis, através das atividades de imunização, educação sanitária, saneamento básico e atenção às nosologias mais freqüentes; (BRASIL, 1980).

Das regiões de destaque para as ações do PIASS nesta segunda etapa encontra-se o Estado de São Paulo representado pelas regiões de Sorocaba e Vale da Ribeira. As ações do PIASS no Vale da Ribeira também identificadas como Programa Devale contavam com participação de agentes de saúde em postos rurais. A participação da comunidade na escolha dos agentes era um dos objetivos do programa. Silva e Dalmaso (2002) comentam que as pessoas custaram acreditar que participariam de um processo de escolha desse tipo, possivelmente devido aos reflexos do sistema político antidemocrático instalado.

Nas reuniões com os moradores onde se discutia sobre a escolha dos Agentes, foram elencados alguns critérios tais como: morar no bairro, saber ler e escrever, ter comprometimento com a comunidade, ser de qualquer sexo e maior de idade, entre outras coisas. Depois disso ocorreu o momento de sugestões dos nomes. A votação dos indicados ocorreu de forma improvisada em pedaços de papel dobrados e reunidos em um recipiente. Em seguida acontecia a apuração na presença dos participantes. Observou-se que a maioria dos escolhidos foi do sexo feminino e que estes já tinham desempenhado na comunidade alguma função similar à do Agente (SILVA; DALMASO, 2002).

A proposta de ação para o Agente Comunitário de Saúde incluía como atividades específicas, a feitura de curativos, vacinas, diagnósticos e tratamentos de doenças mais recorrentes, atendimento à criança e à gestantes, encaminhamentos e primeiros-socorros, o trabalho ancorava-se em uma visão global do indivíduo compreendendo seu papel na comunidade, os agentes deveriam também organizar a comunidade para lutar pela saúde (Ibidem).

Fizemos estes destaques em relação aos processos de escolha e atuação dos Agentes a fim de oferecer um breve quadro que sirva de referência comparativa em relação ao perfil dos Agentes de Saúde quando do início do Programa pelo Ministério da Saúde em 1991.

O fato é que tanto o SESP quanto o PIASS não se baseavam em uma estrutura que garantisse universalização das ações, o que só se efetivou legalmente a partir de 1988 com a Constituição Federal e efetivamente a partir de 1991 de forma paulatina com a criação do PNACS.

3.2. A dialética das organizações sociais

Sem a pretensão de dar conta da questão das organizações sociais, um tema complexo e digno de um estudo específico, dedicamos este item a algumas considerações sobre os níveis de organização social tendo em vista que ao buscar aprofundamentos de alguns conceitos da tese fomos remetidos à discussão sobre as organizações sociais, especialmente dois dos níveis, a saber, organizações de base e organizações institucionalizadas. Além destes, há um terceiro, as organizações de massa que não se constitui como categoria central neste estudo, por isto, a ele dedicaremos pouca atenção fazendo apenas uma breve menção a fim de não ignorar sua existência e importância na estruturação social.

O olhar mais específico para dois dos níveis se justifica pelo objetivo do trabalho e a maior ênfase dada às organizações de base se justifica pelo fato de constituírem uma estrutura social potencialmente capaz de gerar novas formas de transformação social enquanto os outros dois níveis, especialmente o institucionalizado/instituído dificilmente será promotor destas transformações uma vez que está atrelado a interesses e projetos políticos partidários e econômicos das classes dominantes cujos privilégios querem manter, ainda que à custa do empobrecimento de muitos e miserabilidade de tantos outros (MATOS, 2003).

Sabemos que os níveis de organização se constroem historicamente, não existem separados, mas se constituem a partir de relações de interdependência e são marcados por tensões e permeadas por influências e interesse diversos, por isto, nem sempre as fronteiras são bem definidas.

Assim, tratar da dinâmica da organização social exige uma reflexão sobre a própria complexidade dessa dinâmica para pensarmos inclusive o lugar que temos ocupado nela e isto pode colocar em xeque nossos discursos particulares sobre nossa impotência para produzir transformações sociais. Sobre isto, consideremos o comentário de Konder “O indivíduo isolado, normalmente, não pode fazer história: suas forças são muito limitadas. Por isto, o problema da organização capaz de levá-lo a multiplicar suas energias e ganhar eficácia é um problema crucial para todo revolucionário” (1981, p. 76).

A sociedade, como se sabe, expressa-se historicamente de diferentes formas. No caso de uma sociedade de classes como a nossa, a crescente ampliação de formas de dominação de uma pequena parcela da sociedade sobre a maioria promoveu ao longo do processo histórico certa dinâmica social. A pequena parcela, isto é, os dominantes, teve sempre em vista a manutenção de privilégios para suas classes enquanto que a grande parcela, os dominados, teve sempre em vista o ganho e/ou ampliação de espaço nas decisões sobre os rumos da sociedade e para isto, constituíram formas de organização social. É claro que existem elementos intermediários entre os grupos, isto é, não há em todos os momentos uma clara definição de dois grupos em posições contrárias, inclusive porque existem estratégias de convencimento da parte dos que tentam manter o domínio para forjar na consciência das classe populares uma ideia de que seu projeto de sociedade é o melhor e neste momento, há uma mistura de realidade e idealização da realidade cujas fronteiras, muitos parecem não conseguir enxergar e incutem a ideia. É o que Freire chamou de introjeção do oprimido conforme destacam Ghiggi e Kavaya “[...] introjeção é mecanismo pelo qual, inconscientemente, alguém assume uma concepção ou uma prática que lhe é externa, adotando-a como parte do seu mundo” (2010, p. 232), mecanismo este largamente usado pelas classes dominantes para a manutenção do domínio.

Mas a introjeção do projeto dominante não é uma regra, há os que superam tal condição ou mesmo não chegaram a vivenciá-la e a partir destes, os grupos sociais criaram mecanismos próprios para se moveram historicamente em favor da causa dos dominados/oprimidos. Este mover se expressa através das formas de organização social.

De acordo com Matos (2003), **existem três níveis de organização social**: organização de massa, organização de base e organização institucional. São diferentes e ao mesmo tempo complementares já que não existem em estado puro, como já posto, porque em alguma medida

estão afetados por outro nível, embora seja possível observar sobreposições de um/uns em relação a outro/s em diferentes momentos do processo histórico. Segundo Konder, no movimento dialético não se pensa o todo negando as partes nem estas abstraídas do todo e conclui “Quem achar que já “sacou” intuitivamente o todo não precisará examinar cuidadosamente as partes. Mas também, não terá uma compreensão clara das conexões e conflitos internos e ficará com uma totalidade um tanto nebulosa” (2008, p. 44). Entendemos que a grande contribuição das pesquisas é justamente explicitar os conflitos e interpretar a construção da realidade.

A partir deste entendimento e do que é pretensão nossa (aproximarmo-nos de uma compreensão das principais mudanças ocorridas com os/as ACS nas organizações de base a partir do processo de institucionalização do PACS) observaremos o comportamento das organizações sociais em seus diferentes níveis mas com maior ênfase em dois deles num esforço de olhar para o passado à luz do que acontece no presente e dialogar com este e questioná-lo a fim de perceber sinais sobre o que poderá ser e assim, criar possibilidades reflexivas com vistas ao futuro do qual, todos estamos prenhes. Esta deve ser a tarefa dos que pesquisam no campo social, portanto, nossa. Para usar termos freireanos (embora a ideia esteja presente em outros autores), significa perceber situações-limite²⁵, isto é, situações que produzem nos sujeitos uma compreensão fatalista do que lhes acontece e das quais eles não têm consciência da submissão a que estão submetidos por não perceberem as contradições sociais. Quando os sujeitos percebem as contradições e conseguem a partir delas conceber o futuro como possibilidade e não como algo inexorável caminham no sentido de superar tais situações e produzem inéditos viáveis (OSOWSKI, 2010); (FREIRE, 2010); (FREIRE, 2016).

Ao discutir as facetas do neoliberalismo e as alternativas à sua lógica, Lander afirma que

A busca de alternativas à conformação profundamente excludente e desigual do mundo moderno exige um esforço de desconstrução do caráter universal e natural da sociedade capitalista-liberal. Isto requer o questionamento das pretensas objetividade e neutralidade dos principais instrumentos de naturalização e legitimação dessa ordem social (2005, p. 8).

²⁵ Freire não cunhou esta expressão, mas a buscou em Álvaro Viera Pinto.

Superar situações-limite significa ter compreendido a perversa lógica neoliberal como instrumento de domínio social e não como única forma possível de organização e manutenção da vida. Daí a importância de buscarmos compreender a sociedade em suas dinâmicas, o que por si já afirma uma não estaticidade.

Considerando os níveis de organização social (organização de massa, organização de base e organização institucional) vejamos brevemente algumas de suas principais características e diferenças.

O nível da **organização de massa** é aquele que tem como referência grandes contingentes de pessoas e se expressa nas mobilizações coletivas nas quais as pessoas se envolvem por identificação com um objetivo, uma causa comum. Em geral, verifica-se a presença de líderes nos quais os coletivos projetam aquilo que idealizam, lhes conferindo poderes para orientá-los e além de se estabelecerem como referência, cumprem o papel de transmitir entusiasmo necessário para manter a mobilização ativa (MATOS, 2003).

Para Lapassade (1977) este nível se constitui como grupo dos grupos e faz uma mediação entre a base e o Estado, suas normas diferem daquelas que orientam os grupos menores. Possui considerável capacidade atrativa devido aos aspectos afetivos que lhes são agregados bem como o uso de estratégias de marketing como músicas, imagens e símbolos, por exemplo, que cumprem o papel de afetar as pessoas em termos emocionais. Sobre este aspecto, Matos (2003) afirma que ocorre por identificação com modelos idealizados o que provoca uma tendência ao maniqueísmo funcionando como mobilizador do comportamento das pessoas para completa identificação ou antagonismo em relação à causa do grupo. O autor diz ainda que “Essas abordagens mobilizam o lado impulsivo do comportamento humano, fundamentalmente influenciado por instâncias do imaginário, investido de posições ideológicas que sacralizam ou demonizam figuras públicas” (2003, p. 16). Este nível de organização se expressa com frequência em épocas de disputas políticas e/ou quando alguma questão assume relevância e gera repercussão social ao ponto de mobilizar grandes contingentes.

O nível da **organização de base** é em um primeiro momento autoexplicativo se consideramos que intuitivamente sabemos que “base” é aquilo que compõe a primeira camada/parte de uma estrutura, neste caso, a sociedade sendo a base sua estrutura fundamental. Segundo Wanderley (2010), a base é constituída por pessoas pobres, marcadas pela exclusão e

desigualdade social, excluídas do ser, do ter e do poder. Contudo, é preciso aprofundar nossa compreensão.

A base é onde o cotidiano é construído nas relações diretas a partir de laços primários de solidariedade e afetividade muitas vezes com raízes históricas profundas. Conforme afirma Freire, o ser humano é um ser de relações e não de contatos, por isto, “[...] a organização jamais será, a justa posição de indivíduos que, gregarizados, se relacionem mecanicistamente” (1987, p. 11-112). Daí que para ser organização é preciso que haja um motor movido por valores e interesses coletivos.

As relações entre pessoas e grupos ocorrem sem intermediação formal de um líder, os indivíduos falam por si em seus pequenos grupos e assim constroem espaços propícios para reflexões sobre vivências e problemas coletivos a partir das quais é possível construir consciências sociais críticas. Neste caso, a figura do líder deve ser entendida de forma diferente do nível anterior por ocupar uma posição horizontal em relação aos demais membros do grupo do qual faz parte exercendo um papel de mediação e não assumindo uma posição superior, isto porque a **dinâmica da base é orientada pelo princípio da horizontalidade**.

Com o objetivo de apontar algumas características da base, Matos (2003) afirma:

[...] a base se constitui nos núcleos comunitários, nas relações de vizinhança, nos coletivos de interesse em comum, nos grupos de trabalho, nas lutas conjuntas, onde as pessoas se conhecem mutuamente, **se relacionam diretamente**, umas com as outras e não por intermédio de representantes; escutam-se mutuamente, desenvolvendo laços afetivos e construindo juntas suas histórias individuais e coletivas (MATOS, 2003, p. 21,22) (grifo nosso).

Uma importante característica das organizações de base é sua expressão (no sentido de movimento) “para fora”, isto é, as ações/iniciativas são originadas dos/pelos próprios sujeitos e grupos e não motivadas por uma intervenção externa/verticalizada como ocorre nas organizações de massa, por exemplo. Embora seja comum a presença de alguém que de certa forma sirva de referência, ele/ela não assume papel de comando no sentido hierárquico do termo.

Nesse contexto da coletividade em seu nível primário, a solidariedade emerge como valor fundamental e possibilitador da construção de vínculos sem os quais qualquer movimento

político dos grupos ficaria comprometido. De acordo com Brant (1982), a solidariedade é um laço primário que se constrói nas relações de parentesco, de vizinhança e compadrio ou amizade e “Foi em boa parte do desenvolvimento desses laços diretos entre pessoas, que confiavam umas nas outras, que deu origem a vários movimentos de base” (1982, p. 13). Para Freire (2016) cuja obra é atravessada pelo conceito de solidariedade, ela tem como princípio o encontrar soluções “com” o povo e nunca “para” ou “sobre” ele por considerar que os sujeitos devem manter-se ativos e atuantes nos processos sociais (ADAMS, 2010). É justamente neste sentido de um fazer partilhado entre os próprios sujeitos populares que este valor é fundante na dinâmica das organizações de base.

De acordo com Laville (2009) existem dois tipos de solidariedade que remetem a dois projetos de sociedade opostos, a solidariedade como princípio de democratização que tem sentido horizontal e a solidariedade filantrópica de sentido vertical. Na primeira assenta-se a ideia de ajuda mútua no sentido de auto-organização, a segunda concentra-se no atendimento de urgências e pretende preservar a paz social. A concepção de Laville reforça o sentido de horizontalidade como princípio desse nível de organização, conforme se pode verificar na fala do autor: “Convém distinguir a solidariedade horizontal da solidariedade vertical. A primeira consiste na auto-organização dos indivíduos para a solução dos problemas comuns (associações, sindicatos...), a segunda consiste na ação compensadora do Estado” (MATIAS, 2005, p. 2).

A prática da solidariedade como princípio democrático é uma concepção possível a partir da tomada de consciência por parte das classes populares das desiguais condições estruturais de vida e seus determinantes, por isto, mais preocupada com a conquista de bens coletivos e inegociáveis. Não se trata de negar a solidariedade filantrópica por ser necessária em certa medida em determinados contextos, trata-se de termos claro que esta concepção de solidariedade é limitadora em vários sentidos, inclusive no sentido político por impedir a reunião de forças para em algum momento esta solidariedade não seja tão praticada quanto a solidariedade democrática, na verdade o ideal social é que em algum momento ela não seja necessária, o que significa que todas as pessoas terão trabalho e condições mínimas para viver.

Esta concepção de solidariedade é o que Freire chama de **assistencialismo** que para ele é antieducativo por negar a dimensão radical dos sujeitos²⁶ reduzindo-os à prática e consciência do assistente (KIELING, 2010), ele é na verdade, o contrário da solidariedade democrática. Em extensão ou comunicação, o autor afirma que o assistencialismo anestesia os sujeitos e os deixa acríticos e ingênuos diante do mundo de modo que os impede de ver a si mesmo como assistidos. Isto não significa, contudo, que os sujeitos não possam superar tal condição, mas para isto, é preciso se afirmarem na ação e assumirem seu lugar na participação das decisões, algo dispensável para a/na recepção da ação assistencialista já que não pretende promover e/ou impulsionar transformações sociais (FREIRE, 1983).

É importante lembrar que as fronteiras entre os tipos de solidariedade nem sempre são claras na realidade social, uma vez que os movimentos populares são atravessados pelas contradições das classes e seus projetos de sociedade em constante disputa. É preciso considerar que a incidência de influências de setores hegemônicos nos movimentos populares, em maior ou menor grau é uma realidade e que o assistencialismo ainda é necessário, infelizmente.

Tendo isto em vista, o ‘fazer com’ e a ‘solidariedade’ como características das organizações de base somos remetidos a outra concepção que os tem como princípios fundantes, a EP enquanto teoria e prática educativa preocupada com a ação política coletiva dos sujeitos com vistas a transformação das condições injustas de vida, não de forma paliativa mas através de mudanças sociais estruturais. Segundo Ghedin e Franco (2008), o ser humano é o único capaz de fazer seu mundo e fazer-se no mundo, todavia, “[...] por conta do sistema político-econômico-social, tal dinâmica é permanentemente negada à humanidade, uma vez que essa negação, simultaneamente, cala no ser humano a potencialidade de construir outra realidade, diferente da vivida no dia-a-dia” (Ibidem, p. 152). A solidariedade afirma e o sistema político-econômico social nega que outro mundo é possível.

Considerando que a base social é constituída por sujeitos pobres, subalternos e marginalizados marcados pela exclusão social, é possível verificar que é justamente no espaço de vida desses sujeitos que a EP habita. Em espaços onde não há estes sujeitos, a EP fica por

²⁶ Em Freire a radicalidade diz respeito ao exercício da crítica e da autorreflexão, é a rejeição da doutrinação, do colonialismo, da doutrinação, da solução pronta. Para maiores esclarecimentos, conferir McLaren (2010) In: Dicionário Paulo Freire, STRECK; REDIN E ZITKOSKI (orgs.). Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010.

definição impedida de acontecer, desta forma, observamos que não é possível dissociar os conceitos de organizações de base e EP (BRANDÃO, 2013); (STRECK, 2006); (EGGERT, 2013).

É importante termos claro que a marginalização não pode ser entendida em sentido único. É verdade que o sentido aqui usado remete à ideia de ‘à margem’, ou seja, os que estão ‘fora de’ o que nos leva a pensar na inclusão destes ao centro, por assim dizer, contudo, não podemos pensar a inclusão/incorporação como solução possível para o problema da exclusão social porque aí reside a armadilha da manutenção da estrutura desigual. Seria igualmente enganoso porque fica subentendido que esta inclusão/integração seria feita por parte das classes dominantes e sobre isto Freire nos alerta dizendo que seria ingênuo esperar da parte das classes dominantes atitudes desse tipo (FREIRE, 2016).

O terceiro nível de organização, isto é, a **organização institucional** tem como essência o conceito de instituição. Trata-se de um conceito complexo que atravessa a história da sociologia definida no começo do século XX como a ciência das instituições. Neste trabalho a organização institucional diz respeito ao espaço estatal e quando falamos em institucionalização estamos nos referindo ao percurso dos Agentes Comunitários de Saúde desde as organizações de base ao Estado quando foi criado em âmbito nacional o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde.

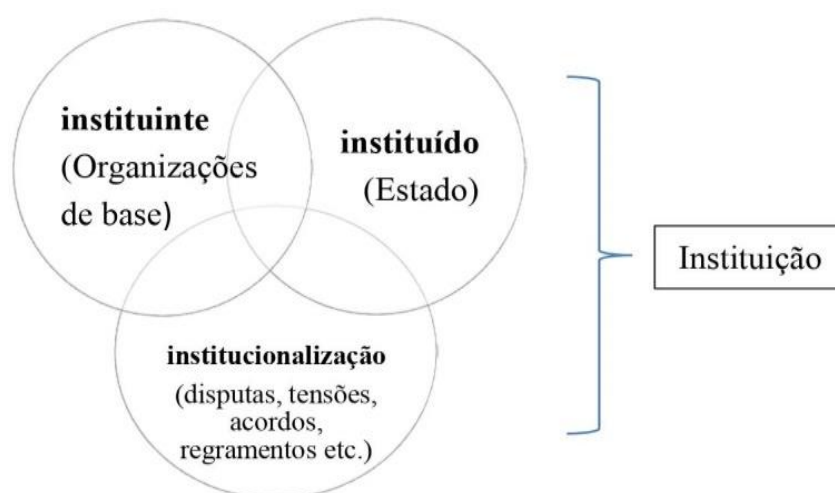
Matos destaca que o nível institucional “[...] se estrutura sistematicamente com base em contratos sociais mais ou menos formais, nos quais se ordenam normas funcionais para a sociedade [...]” (2003, p. 17). Lourau (2016) e Lapassade (1977) chamam atenção para o fato de que cotidianamente utilizamos a palavra ‘instituição’ para designar uma escola, um banco ou outra empresa qualquer, mas os sentidos atribuídos aos usos correntes não significam a mesma coisa, contudo, é preciso analisar o conceito dialeticamente, pois, constitui-se de três momentos: o instituído (universalidade), o instituinte (particularidade) e a institucionalização (singularidade). O momento do instituído é aquele que abrange sistemas de normas consideradas como valores máximos em uma sociedade, o instituinte corresponde as relações e processos que ocorrem determinados pela concretude da vida material e a institucionalização é o momento dialético por excelência por se configurar em uma relação entre os elementos do

momento o instituído e o instituinte (LOURAU, 20116); (LAPASSADE, 1977); (LINS et al., 2008).

Assim, nos termos das categorias desta pesquisa, a investigação considera as organizações de base como movimentos instituintes nos quais vários processos fizeram emergir um tipo de Agente Social que pode ser entendido como Agente Comunitário de Saúde embora as denominações sejam as mais diversas, isto é, aquele sujeito atuante e oriundo na/da sua comunidade, em contextos particulares e dotados de especificidades pertencentes aos grupos sociais populares. No tocante ao instituído, nos referimos ao Estado entendido como instituição de maior força na sociedade. A institucionalização, portanto, refere-se justamente ao processo através do qual e no qual, os movimentos instituintes se tornam instituídos.

A figura abaixo representa as relações entre estes movimentos bem como a correspondência com os níveis de organização social.

Figura 1 – Relações entre movimentos institucionais e níveis de organização social



Fonte: elaboração própria

A institucionalização se trata por excelência de um resultado de uma relação de forças entre o instituinte e o instituído, dessa forma, não se trata de algo estático, mas que se faz no processo histórico. Investigar esse processo permite notar aspectos dos dois lados, isto é, as

normas sociais que tem incidência dominante na sociedade e as forças que reclamam participação e mudança na construção da sociedade conforme nos referimos no início desta seção.

Frente ao exposto é possível notar que o processo de institucionalização que propomos investigar é produzido pelos/nos momentos instituinte e instituído e se materializa na instituição através da institucionalização. Sobre esta relação L'abbate (1997) comenta:

A mesma é uma relação dialética entre três momentos: **o instituído**, ou seja, o conceito definidor, de caráter quase universal, que é o que nos permite, por exemplo, nomear uma instituição onde o objetivo é educar de escola, ou a instituição onde se cuida da saúde de Centro de Saúde; **o instituinte**, ou seja, o conjunto de processos, de relações, enfim, que fazem aquela escola, aquele Centro de Saúde funcionar de forma diferente de outros [...]; e, finalmente, o momento da **institucionalização**, produto da relação dialética entre o instituído e o instituinte, que permite visualizar momentânea e localizadamente como os processos mais formais e mais inovadores se relacionam, até para entender limites e possibilidades de transformação (1997, p.280) (grifo nosso).

Diante disto, importa apreender os movimentos instituintes e instituídos que produziram ACS e observar que tipo de agente foi produzido por cada um deles. Para isto, foi necessário identificar e explorar experiências que permitissem compreender como os níveis de organização social produziram seus Agentes e a partir disso, identificar as como estes Agentes sofreram transformações no decorrer do processo histórico.

A partir desse entendimento fizemos um esforço de construção e reconstrução histórica das origens dos/das ACS no contexto brasileiro a partir de três olhares: das organizações de base, do contexto cearense e por último a institucionalização do Programa pelo governo federal.

3.3. Fio histórico das organizações de base no Brasil

Entendendo organizações (educativas) de base como uma forma de organização social realizada nas e pelas classes populares através das quais estas travam lutas conjuntas orientadas por interesses coletivos e contra formas de opressão social (BRANT, 1982); (SINGER, 1982); (BOFF, 1986); (MATOS, 2003), é possível afirmar que o Brasil é rico em dinâmicas de

organizações populares e lutas de resistência nascidas das bases da sociedade. Palmares, a Inconfidência Mineira, Canudos e as Ligas Camponesas são alguns exemplos marcados na História de organização e força popular contra formas de opressão social.

Esta forma de organização social é uma expressão responsiva da produção histórica de desigualdades sociais provocadas entre outras coisas, pelo ideal de desenvolvimento das grandes cidades o que ‘empurrou’ a população pobre para os limites territoriais dos centros onde as populações se instalavam sem nenhuma estrutura de saneamento. De acordo com Singer (1982) as primeiras formas de organização surgiram como resultado da aglutinação de moradores de áreas pobres a fim de se ajudarem mutuamente e isto produziu paulatina e consequentemente mobilizações de reivindicação ao acesso aos recursos necessários à vida urbana.

O processo de urbanização promovido pelo processo de industrialização como a abertura de estradas e avenidas, a especulação imobiliária, entre outros fatores, obrigou muitos grupos sociais a saírem de áreas onde viviam para se instalar em outros lugares sem receberem para isto a devida assistência por parte do Estado (I ENEMEC, 1980).

O crescente desenvolvimento industrial promoveu grande movimentação de pessoas para os centros urbanos em busca de trabalho e isto contribuiu para o crescimento dos aglomerados marginalizados que acabaram por se tornar bairros. As primeiras cidades industriais não tinham coleta de lixo, rede de água, transporte, iluminação pública, escolas e serviços de atendimento médico, entre outros recursos, estas ausências tornavam a vida nesses lugares precária (SINGER, 1982).

Tendo isto em vista, é possível que estas organizações tenham tido início nos anos quarenta quando as populações periféricas passaram a congregar núcleos locais a partir de reuniões de vizinhos e posteriormente do surgimento de movimentos de bairro e associações de amigos de bairro que por sua vez constituíam “[...] formas de solidariedade e coesão comunal e de luta por melhores condições de vida da população pobre [...] no sentido de reivindicar junto aos poderes públicos a satisfação de demandas que decorrem das próprias exigências da vida urbana” (SINGER, 1982, p. 83). As pautas das organizações se faziam em torno das diversas problemáticas e, torno de demandas e serviços básicos necessários à vida urbana, tais como:

habitação, sistema de água, esgoto, iluminação, moradia digna, terra, trabalho, melhores salários, educação, serviços de saúde, etc.

As organizações de base no contexto da América Latina ganharam maior expressão a partir dos anos 1960 quando o aprofundamento do sistema capitalista produziu contradições sociais diretamente sentidas pelas camadas populares que foram marginalizadas em face das vantagens do desenvolvimento. Até 1964, as formas de organização social urbanas eram representadas basicamente pelas Associações de Amigos de Bairro e Sociedades de Amigos de Bairro mas foram reprimidas pelo regime político e somente a partir de 1970 novos movimentos populares surgiram e ganharam força porque souberam reelaborar estratégias e formas de luta e resistência a partir da organização a nível primário, isto é, dos vizinhos e companheiros de luta onde as relações eram produzidas de forma imediata, direta e igualitária (BOFF, 1986); De acordo com Sá Junior (1987) no período ditatorial, o setor saúde foi o mais prejudicado e a involução sanitária no período é fato incontestável o que se pode verificar pela presença de doenças evitáveis.

É consenso entre vários autores que a década de 1970 foi fecunda para a emergência desse tipo de organização social no Brasil, sobretudo pelo contexto de desigualdades intensificado pelas políticas ditatoriais. O contexto social foi contraditoriamente um grande mobilizador de iniciativas dos grupos populares, segundo Brant, “Estimulou o uso dos laços primários de **solidariedade** na sobrevivência diária da população” (1982, p. 13) e o estreitamento destes laços foi importante para fortalecer as pessoas em um contexto social de medo.

Por este motivo, as décadas de 1970 e 1980 guardam talvez, as maiores expressões das organizações de base da história Brasil do século XX. A marcante presença da Igreja Católica no contexto político brasileiro a partir da década de 1960 e a partir dela o surgimento das CEBs nos remete necessariamente ao tema destas comunidades como parte da história das organizações de base no país e sem as quais a compreensão fica comprometida de modo que não é possível tratar de organizações de base no contexto em questão sem nos referirmos às CEBs conforme faremos a seguir.

O surgimento das Comunidades Eclesiais de Base – CEBs²⁷ na segunda metade da década de 1960 foi significativo para o fortalecimento e crescimento de núcleos populares existentes e de um modo geral desse nível de organização social, as organizações de base, especialmente pelo contexto político do país a partir da década de 1960, pois a Igreja se manteve livre das interferências do poder político do regime ditatorial e deu cobertura institucional às pastorais e comunidades de base se constituindo um espaço possível de acolhimento e reunião para as organizações populares tidas como subversivas pelo regime.

A nova postura da Igreja assumida a partir do Concílio Vaticano II²⁸ significou o aprofundamento das dimensões comunitária e missionária da Igreja no mundo assumindo um papel espiritual e humano ao mesmo tempo, conforme destaca o bispo de Lins – SP:

A Igreja é o povo de fé comunitária, essencialmente missionária. Ela crê na salvação para todos, em missão de gratuidade comunitária, de serviço desinteressado aos irmãos, sem fins de dominação e lucro [...] Esta missão foi vivida e legada por **Jesus** [...] numa disponibilidade plena par servir a outros, em meio a um mundo rebelde, egoísta e dominador, **combateu a alienação, a enfermidade, o sofrimento, o desespero, recusando trilhar outro caminho que não o do amor servidor.** (I ENEMEC, 1980, p. 4-5) (grifo nosso).

Como efetivação desta postura, a Igreja ampliou a possibilidade de participação dos leigos na vida da instituição orientada por uma nova perspectiva de Igreja dirigida por um referencial religioso que tinha como base uma doutrina social traduzida em uma compreensão do evangelho como instrumento de libertação do povo, uma visão que fundou a Teologia da Libertação “[...] evidenciando os aspectos: povo de Deus, comunidade, comunhão, missão, participação, compromisso e ministérios” (FAVRETTO, 1994). Neste sentido, a ‘opção preferencial pelos pobres’ expressão que orientou a ação da Igreja progressista no Brasil,

²⁷ De acordo com a CNBB, as CEBs são redes de comunidades que constituem um novo jeito de ser Igreja e são marcadas por algumas características dentre as quais: são espaços onde as pessoas experimentam um novo jeito de ser Igreja, de se relacionar, ler a bíblia e participar da vida social e política descobrindo seu papel social em busca da construção de uma sociedade sem dominação e sem exclusão. Disponível em <<https://cnbbs2.org.br/comunidades-ecclesiais-de-base-cebs/>>.

²⁸ O concílio Vaticano II foi uma série de conferências realizadas entre 1962 e 1965 consideradas um marco na história da Igreja Católica no século XX. Teve como objetivo modernizar a Igreja, atrair os cristãos afastados e repensar a relação da instituição com as sociedades.

significava além de ações pastorais e evangelizadoras, uma compreensão sobre o papel histórico das classes subalternas e os processos de exclusão social; O evangelho iluminava esta compreensão à luz da mensagem de Cristo traduzida na oferta de vida e vida em abundância²⁹.

As pastorais da saúde³⁰ como um dos braços pastorais da Igreja foi um importante eixo de ação da Igreja cujos desdobramentos apontavam para um entendimento político do conceito de saúde conforme destaca o seguinte trecho:

[...] pastoral da saúde não é apenas o consolo dos aflitos, dos doentes, mas é efetivamente a consciência do povo, é fazer com que o povo se torne consciente de que sua doença maior é ocasionada pelo pecado maior da injustiça social e dentro desse nível, todos nós, solidários para construir uma sociedade mais justa, mais solidária, mais humana. Isto devia ser efetivamente o exemplo das comunidades de base (I ENEMEC, 1980, p. 24).

Trata-se de um trabalho eclesial em saúde, mas não limitado à concepção física e espiritual da condição de saúde/doença, mas uma visão ligada a tudo que se refere à vida humana e às condições de produção desta.

Diante disso, a Igreja deslocou suas atividades centralizadas nos templos para os espaços de vida das pessoas, as comunidades onde as relações se davam de forma direta e horizontal entre familiares, vizinhos e conhecidos próximos caracterizando a construção de laços relacionais primários. É importante ressaltar, contudo, a não homogeneidade desta vertente de ação da Igreja, havia os setores mais outros menos progressistas, por assim dizer. Os setores progressistas assumiram de fato um trabalho religioso enviesado por princípios de um projeto de sociedade mais igualitário, leia-se não dominado pela ordem econômica hegemônica, o que passará a ser combatido a partir de João Paulo II a partir do discurso de que a Igreja deve se preocupar com questões espirituais e não políticas (CONTINI, 1991).

Em todo caso, os setores progressistas fizeram eclodir muitos trabalhos de organização e fortalecimento de base. As primeiras iniciativas eram a formação de pequenos grupos e partiam dos chamados agentes pastorais, que eram em geral leigos, líderes de comunidades

²⁹Bíblia, Evangelho de João, 10,10.

³⁰De acordo com Pegorer, 1975, pode-se entender a Pastoral da Saúde como atualização da pastoral dos enfermos. Cf. PEGORER, Valter. Pastoral da Saúde: uma exigência da Igreja hoje, 1975. Edições Paulinas.

arregimentados pela Igreja para o trabalho de aproximação desta com a vida das pessoas em suas comunidades. Estes Agentes eram pessoas que assumiam o compromisso de trabalho com o povo, não para coordenar, mas para assessorar, sem impedi-lo de ser ativo na construção da sua história (BETTO, 1985).

A formação dos grupos era iniciada pelos Agentes pastorais motivada por questões/problemas das próprias famílias das/nas comunidades o que atraiu cada vez mais a atenção das pessoas e o interesse em participar. À luz da mensagem do evangelho, os problemas cotidianos eram discutidos e problematizados e isto permitia ao mesmo tempo, a construção e o estreitamento de relacionamentos solidários entre os participantes. Apesar de serem espaços de representação da Igreja nas comunidades, as CEBs criaram e foram espaços de construção de consciência política à medida que se discutia causas dos problemas e não sua solução imediata, apenas. Percebe-se uma Igreja que concebe um Evangelho-vida apoiado numa visão realista da dinâmica de vida das pessoas o que sugere uma superação de uma visão fragmentada, típica de uma consciência alienada (BOFF, 1986).

Há uma fala do III Encontro Nacional das CEBs³¹ mencionada por Camargo, Sousa e Pierucci (1987) que expressa este sentido, diz a participante: “Em tudo a gente deve partir sempre de nossos interesses de povo pobre e não dos interesses dos que hoje se encontram no poder. Toda essa opressão que chega sobre nós tem sua raiz no pecado [...] Esse grande pecado é agora social e se chama sistema capitalista” (IBIDEM, p. 76). A fala expressa uma percepção religiosa da realidade ancorada na compreensão de determinantes sociais e não apenas espirituais, por assim dizer, do conceito de pecado expressando a superação de uma consciência alienada, um traço da Teologia da Libertação (BOFF, 1986).

O terreno de ação era dado pela própria dinâmica da vida das comunidades e por isto, as CEBs não tinham uma forma única de ação mas é fato que todas elas seguiam uma linha de ação política “A Igreja é política, mas é uma outra política: ela procura melhorar a situação do povo” (CAMARGO; SOUSA; PIERUTI, 1982, 1982). É importante ressaltar que tal intenção transformadora deveria se efetivar pelo próprio povo e não surgir de outra parte para ele.

³¹ Ocorrido em Julho, de 1978, em João Pessoa – PB.

Uma das grandes contribuições das CEBs para as organizações de base foram os espaços formativos, de discussão e problematização das situações da vida. Estes espaços foram fecundos para a emergência de diferentes tipos de agentes. As CEBs estão na raiz de muitos movimentos populares e contribuíram significativamente para a formação de lideranças sociais e políticas. A própria dinâmica das comunidades fundadas num exercício de encontros e discussões nos quais e das quais todos os membros tinham espaço aberto para se expressar afirma seu viés democrático e educativo. Em esfera micro social, tais espaços de relações horizontalizadas se constituíam também espaços de libertação e transformação de uma dimensão da vida, a local/comunitária.

Um depoimento sobre o trabalho comunitário da Igreja é bastante interessante para ilustrar esta perspectiva de formação política das CEBs. Uma recifense disse sobre a Igreja:

[...] deu **oportunidade para** nós nos reunirmos e aprender a dizer alguma coisa, a **refletir sobre nossos problemas**. Foi através dessa oportunidade que a Igreja nova nos deu, ao pobre, é que nós **estamos descobrindo que se nós não temos terra para trabalhar, foi alguém que tomou de nós. Se nós não temos mais emprego**, somos marginais e vivemos de apanhar lixo para comer, **foi alguém que veio de fora, usou uma máquina e tirou 100 operários e deixou na rua**. Então nós estamos aprendendo, quem é que está fazendo isso conosco (I ENEMEC, 1980, p. 217); (grifos nossos).

Esta nova postura da Igreja foi fundamental para o fortalecimento de setores populares e a tomada de consciência das reais produções das realidades. Com os canais de organização e representação popular como sindicatos e associações, por exemplo, haviam sido bloqueados pela repressão e perseguição política (BRANT, 1982); (VASCONCELOS, 2004); (VASCONCELOS, 2017), as CEBs assumiram esse importante lugar de formação.

Assim, muitas iniciativas de organizações existentes nos bairros encontraram nas CEBs espaço de fortalecimento da coletividade; Em outros casos, as CEBs foram inspiração e motor para organizações de bairros; Em outros casos ainda, a depender da tentativa de influências políticas externas nos grupos de bairros como Associações de Amigos de Bairro, por exemplo, havia tensões entre estas e outros movimentos de bairro suscitados pelas CEBs, conforme aponta o depoimento de uma moradora de bairro de São Paulo sobre uma Associação de Amigos de Bairro: “A Igreja e a SAB têm os mesmos objetivos; devia lutar junto, mas não luta.

A linha, o modo de fazer (deles) não é igual a gente. Eles visam a política para subir. Nós não estamos pensando em ninguém subir. É para o povo subir” (CAMARGO; SOUSA; PIERUTI, 1982, p. 93). Com isto, os autores chamam atenção para a falta de uniformidade política entre as CEBs e/ou outros movimentos surgidos a partir delas com algumas outras instâncias de organização, mesmo fazendo parte de um mesmo nível social.

Usamos esta citação para exemplificar o fato de que mesmo falando no nível da base, é preciso ter claro que não podemos considerar as organizações um todo homogêneo haja vista a possibilidade da presença de interferências e interesses externos provocadores de tensões internas que podem desvirtuar, em alguns casos, os reais interesses da base social.

De qualquer forma, com a multiplicação e o amadurecimento dos grupos, movimentos de bairro, pastorais e das CEBs surgiram novos grupos/movimentos reivindicatórios que ultrapassaram questões locais unificando os grupos em torno de pautas mais amplas e preocupadas com questões de setores da sociedade como habitação, educação e saúde, por exemplo, culminando com movimentos ou o movimento pela democratização do país superando assim o localismo (SHERER-WARREN, 1987); (TELLES, 1987). Com isto, cresciam e se fortaleciam as organizações de base e a consciência da necessidade de luta por uma justiça social.

Freire nos chama atenção para o fato que conceitos como o de organização e união, por exemplo, são considerado perigosos para os opressores uma vez que sua praticização é indispensável à prática libertadora porque “O que interessa ao poder opressor é enfraquecer as oprimidos mais do que já estão, ilhando-os, criando e aprofundando cisões entre eles, através de uma gama variada de métodos e processos” (FREIRE, 1987, p.87). Por este motivo, qualquer sinal de organização e movimento popular era reprimido pelo regime ditatorial.

Este caldeirão de descobertas, formações e construção de consciências políticas fez surgir diversos grupos alinhados à questões diversas entre elas da saúde que por ser uma necessidade urgente em todos os cantos do país, se fortaleceu significativamente em defesa da bandeira da saúde para todos.

Considerando que as formas de organização não são fixas e se constroem no processo histórico, sofreram transformações motivadas pela própria dinâmica social e pelas tensões produzidas nos/pelos grupos além das mudanças sociais estruturais.

A mudança na configuração nas formas de organizações populares do século XX levou a uma nova caracterização dos movimentos populares e alguns autores passaram a tratá-los como novos movimentos sociais, dentre os quais estão: grupos de defesa dos direitos humanos, associações de bairro e de moradores, movimentos feministas e Comunidades Eclesiais de Base entre outros (SHERER-WARREN; KRISCHKE, 1987). Estes ‘novos movimentos’ carregam como marca distintiva dos antigos/tradicionais, a focalização nas relações sociais, nas demandas morais e inegociáveis em contraponto à postura de negociação de bens materiais e provisórios. Em outras palavras, esta mudança significa um redirecionamento do padrão orientador das relações.

Assim, já não mais se tratava apenas de adquirir e/ou ter acesso a bens sociais e materiais apenas, tratava-se, sobretudo, do reconhecimento dos sujeitos populares como sujeitos de direito o que os libertava da condição de submissão enquanto classe social (SHERER-WARREN; KRISCHKE, 1987). Isto traduz a concepção de solidariedade assumida como um projeto de sociedade, conforme destacou o sociólogo Betinho “Sem o norte de uma sociedade igualitária, libertária, democrática todo caminho é sem rumo” (1991, p. 9).

Fazendo uma correspondência com os conceitos de solidariedade em Laville (2005), é possível afirmar com base em Ilse Scherer-Warren (1982), Telles (1982), Cruz (1982), Mainwaring (1982) e Andrade (2007) que o comportamento dos movimentos tradicionais tende ao sentido da solidariedade filantrópica, isto é, centrado na ideia de que as classes populares devem receber auxílio dos que vivem em condições sociais favoráveis. Isto pode ser aplicado tanto aos cidadãos quanto às instituições, especialmente ao Estado por ser o maior interessado nesta forma de solidariedade já que sua ação remediadora e emergencial em favor das demandas das classes populares configura uma situação de dependência que lhe é útil, e é um dos elementos que condicionam sua hierarquia social (LAVILLE, 2005).

É importante aqui atentar para o fato de que quando falamos em ACS temos um determinado tipo de Agente em mente, este que está muito presente na realidade da saúde pública brasileira desde 1991. É preciso atenção para este fato porque definir o ACS a partir desse modelo e/ou suas atribuições significa pensá-lo a partir da referência temporal e institucional, de um modelo de Agente configurado pelo sistema estatal e isto pode

comprometer uma melhor compreensão sobre este ator social, justamente o que tentamos superar neste trabalho investigativo.

3.4. Medicina comunitária: uma prática construída a partir das bases

Conforme já chamamos atenção, o termo saúde comunitária não deve ser usado para fazer referência a quaisquer serviços ou práticas de saúde realizadas em comunidades, pois isto nos levaria a um entendimento superficial do sentido desta prática. Para que seja uma prática de saúde comunitária é preciso considerar a participação ativa dos membros da comunidade no processo de produção da vida e ter como ponto de partida suas realidades e necessidades concretas (XIMENES *et al.*, 2017); (GÓIS, 2008). Significa que não se trata de uma prática levada ou construída para a população por profissionais da saúde.

De acordo com Saforcada (2008) o principal diferencial da saúde comunitária de outros modelos é o fato de ter como referência o surgimento em comunidades, mais precisamente dos grupos populares marginalizados e excluídos a partir da tomada de consciência das causas dos problemas. Estamos tratando aqui por comunidades justamente estes grupos populares localizados nas periferias que vivem em condições pouco ou nada favoráveis a uma vida digna. De acordo com Góis, a Saúde Comunitária pode ser dita:

Como práxis de vida, libertação e cidadania na e em comunidade, constitui referência ou caminho para a redução efetiva dos problemas na atenção primária. Para tanto, os profissionais de saúde precisam compreender a saúde do pobre dentro de uma lógica social desumanizadora, numa realidade social que, também, apresenta um potencial transformador, capaz de levar a população a superar a ideologia de submissão e resignação e sua própria identidade de oprimido e explorado (2008, p. 103).

Como se pode depreender, a saúde comunitária abarca a dimensão social da vida dos sujeitos e por isto, distancia-se de uma concepção restrita de saúde preocupada com a doença e

os processos de cura sem considerar os problemas estruturais que produzem desigualdades e consequentemente doenças ignorando o fato de que a exploração e a opressão são sérios problemas sociais que impedem que uma sociedade seja sadia.

Neste sentido, a saúde comunitária está profundamente relacionada com a Educação Popular cujo ponto de partida a tomada de consciência das reais condições sociais injustas às quais as classes populares são submetidas, em contextos de profundos desníveis entre as classes, como é o caso do Brasil. Nela, considera-se o saber do povo para a partir dele pensar em saúde com e para o povo conforme corrobora o seguinte trecho: “Medicina Comunitária é a Medicina que não é feita apenas por médicos. É a medicina como um processo de prevenção e de cura, conduzida por técnicos, com a máxima participação popular” (I ENEMEC, 1980, p. 3), por isto, a discussão e prática da medicina comunitária trazem necessariamente para o centro a figura de outros profissionais da saúde e do Agente ou Auxiliar de Saúde.

Considerando, pois que não se trata de uma prática apenas médica, mas de qualquer pessoa preocupada com a transformação das condições injustas às quais são submetidas as camadas marginalizadas da sociedade “[...] temos que partir com a Medicina Comunitária, mas dentro de uma conscientização política, sabendo que a causa de todos os problemas de Saúde é exclusivamente social” (I ENEMEC, 1980, p. 307).

Temos, pois um deslocamento da figura do médico do centro considerando-o assim como outra pessoa, um Agente de Saúde, isto é alguém que atua em favor da comunidade multiplicando forças, socializando conhecimentos e promovendo transformações de mentalidades (I ENEMEC, 1980). Isto consequentemente também traz à tona discussões sobre a formação médica, a necessidade de articulação com os setores populares para que os profissionais possam desenvolver habilidades para atuar em espaços que não sejam unicamente hospitais com instrumentos especializados, apenas. Decorre daí também a discussão sobre a questão da formação técnica em medicina, algo que a categoria consegue até hoje evitar para manutenção do status profissional (I ENEMEC, 1980); (NASCIMENTO; CORREA; NOZAWA, 2007). Temos técnicos em muitas profissões, em medicina contudo, isto ainda não é uma realidade o que é um indicativo de hegemonia da categoria profissional.

Sobre este aspecto, Arns faz um comentário: “Não adianta fabricar mais médicos. Não vai resolver absolutamente a questão de saúde do Brasil. Eu acho que a questão básica está

realmente no aprendizado para pessoal auxiliar. Como fazer para realmente ter um melhor ensino e melhor acompanhamento deste pessoal auxiliar?” (I ENEMEC, 1980, p. 149). Neste sentido, quando falamos em saúde comunitária estamos falando de medicina comunitária e vice versa.

Como a questão da participação é central nesta discussão, é importante ter claro o que de fato significa participar já quem sem participação popular não é possível construir espaços e processos de transformação social, uma das premissas centrais da Educação Popular e que lhe é muito cara. Afinal, o que entendemos por participação?

De acordo com Torres (1988), participação pode aludir desde a simples presença física até a tomada de decisões, pode referir-se ainda a âmbitos reduzidos e específicos, etapas de um processo ou atividade, por exemplo. A questão da participação pode também ser associada à oralidade, isto é, o direito de pronunciar-se ao que se atrela a ideia de quantidade de intervenções realizadas/possíveis. Ammann (1980) nos chama atenção ainda para o fato de que às vezes confundimos participação com associativismo e é preciso estar atento ao fato de que este faz parte do participar, mas não o limita.

Segundo a mesma autora, participação social resulta da ação das camadas sociais em três diferentes e complementares níveis, a saber: “a) a produção de bens e serviços; b) a gestão da sociedade; c) o usufruto dos bens e serviços produzidos e geridos nessa sociedade” (1980, p. 17). Nesses termos, “Participar não é só produzir e gerir. Participar é também usufruir dos bens e serviços gerados pela sociedade” (AMMANN, 1980, p. 82). Assim, quando falamos em participação nos referimos a algo maior que ter oportunidade de estar presente e/ou para falar. Trata-se de uma qualificação dessa presença e fala, de discutir as ideias alheias, de discordar e intervir nos processos decisórios em todas as instâncias sociais além de possibilitar a ascensão dos sujeitos a níveis cada vez mais elevados de conhecimento crítico, o que para os setores populares significa tomar consciência das condições de injustiça produzidas sistematicamente pelo sistema capitalista (TORRES, 1988); (FREIRE, 2001); (WEYH, 2010).

Assim, não significa simplesmente a incorporação de representações dos setores populares em esquemas construídos pela ordem hegemônica, esta ideia ao contrário, preserva uma lógica estrutural desigual porque se apoia na ideia de que é preciso modificar os indivíduos

(que devem ser engajados, ativos e participativos) e não as estruturas sociais (AMMANN, 1980). Freire corrobora este entendimento quando afirma:

Para nós, a participação não pode ser reduzida a uma pura colaboração que setores populacionais devessem e pudessem dar à administração pública [...] Implica, por parte das classes populares, um “estar presente na História e não simplesmente nela estar representadas” (1991, p. 75).

Significa dizer que a participação só acontece e só tem sentido se objetivar e promover a transformação das estruturas que produzem desigualdades sociais (AMMANN, 1980); (TORRES, 1988), fora disso ela não é legítima porque contribui para a manutenção das estruturas e da ordem injusta.

A partir disso, podemos pensar nas experiências de saúde comunitária como uma expressão da vitalidade das organizações de base que foram fundamentais para o processo de redemocratização do país.

Nestes termos, a participação popular é uma ferramenta possibilitadora da transformação de uma sociedade marcada pela injusta, exclusão e elitismo em uma sociedade mais humana e o trabalho em saúde foi estratégico para o fortalecimento dessa ferramenta, sobretudo nas décadas de 1970 e 1980.

Com base nestes entendimentos, se constitui, sobretudo a partir da década de 1970, a discussão da educação popular em saúde surgida justamente das dinâmicas de organizações das classes populares, das lutas em defesa de uma vida mais digna e uma sociedade mais justa. O contexto de repressão e carências, a influência da medicina comunitária, as ideias de Paulo Freire e o apoio da Igreja convergiram no sentido de promover nas classes populares uma tomada de consciência da raiz dos problemas sociais e com isto se organizar para lutar.

O setor da saúde ganhou força e notoriedade entre outras coisas porque havia maior preocupação do regime militar com a educação, no sentido de inibir ações conscientizadoras e transformadoras, o que foi explicitado com a acusação de subversão e prisão de Paulo Freire que um ano antes do golpe tinha desenvolvido o método de alfabetização para trabalhadores em Angicos e se estenderia para o país, contudo, o golpe o suprimiu. Dentro desta lógica, o setor saúde que teoricamente não tinha o poder transformador da educação, teve mais espaço

para construir alternativas e discutir a necessidade e urgência da atenção primária em saúde para a população e junto a isto estavam agregadas uma série de questões sobre a realidade do país e os setores marginalizados e neste sentido, se fortaleceu enquanto campo de debate político.

A literatura dá ênfase às iniciativas de organização de base que voltadas para as questões de saúde a partir do período da ditadura militar, justificada pelo fato de os primeiros anos do regime terem sido chave para que a população empobrecida tomasse consciência dos verdadeiros motivos causadores das condições de pobreza, fome e injustiças sociais. Então, as organizações em torno destas questões assumem uma orientação teórica de base freireana de modo que a EP é usada como instrumento de reorientação da atenção à saúde. Também contribuiu para isto a aproximação de profissionais da saúde “[...] encantados com as potencialidades da Educação Popular para a promoção da saúde” (VASCONCELOS, 2017, p. 99) e consequentemente identificados com o ideal de justiça social com as classes populares (VASCONCELOS, 2013); (VASCONCELOS, 1989).

Diante de um contexto contraditório no qual havia de um lado, a expansão dos serviços médicos privados e o crescimento da economia e de outro, a falta de serviços e direitos essenciais, repressão social e aumento da pobreza e miséria, fez a população, aos poucos, se dar conta de que o desenvolvimento econômico se dava à custa da piora das suas condições de vida e essa tomada de consciência, por assim dizer, desencadeou nas classes populares uma percepção da necessidade de refletir sobre suas condições de saúde e reunir forças em busca de alternativas para superá-las (VASCONCELOS, 2013); (VASCONCELOS, 1989); (JACOBI, 1987).

Neste sentido, o setor saúde pode ser considerado aglutinador, um caminho para construção de um processo de consciência social através do qual os grupos descobrem e desenvolvem seu potencial político e assume a condição de partícipes do processo de transformação através de suas realidades, nos bairros, nas comunidades e setores marginalizados em geral.

As experiências de saúde construídas nesses lugares são expressões de organizações coletivas nas quais e partir das quais as pessoas compreendem as causas das reais condições de

vida. A isto estava atrelado o desejo de um projeto de sociedade democrática, necessário para a saúde social. Não se tratava apenas ter acesso à saúde, mas ter uma saúde como expressão de um projeto de sociedade. Frente a isto, os grupos marginalizados de vários cantos do país produziram alternativas para enfrentar as faltas produzidas pelo sistema político e econômico. A saúde como temos apontado e veremos no item seguinte serve de referencial principal.

Foi nesse sentido e movimento que emergiram experiências de saúde comunitária em vários cantos do país. No Nordeste, por ser a região mais pobre e de maior expressão de desigualdade social, a emergência de iniciativas populares foi notável e no contexto da região, Recife se destacou, a influência de Dom Helder Câmara, um bispo profundamente comprometido com as causas populares, a Igreja como instituição preocupada com os pobres e aberta para acolhê-los e as ideias de Paulo Freire conforme já mencionado, o Movimento de Cultura Popular – MCP também foi importante para o fortalecimento das organizações.

De acordo com relato de Tereza Ramos, que começou como Agente Comunitária de Saúde em Recife, desde 1978 havia nas comunidades mais pobres de Recife projetos de saúde realizados pelas dioceses através das pastorais da saúde (com destaque para Olinda) e pelo Instituto Materno-Infantil de Pernambuco – IMIPE envolvendo as pessoas comuns que queriam trabalhar. Fazia-se acompanhamento de mulheres, gestantes, crianças e grupos de idosos, por exemplo. Para isto recebiam treinamentos oferecidos por um grupo técnico formado por médico, enfermeiro, padre e freira (RAMOS, 2007).

Retomando um pouco: as experiências de saúde comunitária dizem respeito às ações construídas nas e com as comunidades a partir de um entendimento de saúde que não se reduz ao sentido biológico, mas considera outros elementos que constituem sociabilidades e condições de produção da vida, superam a naturalização das condições sociais desiguais e tem como eixo a ampla participação popular (I ENEMEC, 1980).

A questão da institucionalização e da possibilidade de cooptação dos trabalhos comunitários foi uma preocupação e acompanhou desde muito tempo a trajetória das organizações de base.

3.5. O Primeiro Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária – I ENEMEC: uma reunião de experiências de base

O Primeiro Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária – I ENEMEC ocorrido entre os dias 26 e 29 de julho de 1979 em Lins – SP foi um evento organizado e promovido pelo Instituto Paulista de Promoção Humana – IPPH vinculado à diocese de Lins – SP com o objetivo de reunir experiências de saúde comunitária de vários lugares do país.

Estiveram presentes dezesseis Estados: Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia, Sergipe, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Ceará, Amazonas, Território do Amapá (sic), Acre, Goiás, Mato Grosso e Pará. Foram apresentadas nove experiências de diferentes lugares do país e expostas na seguinte ordem: Recife – PE, Curitiba – PR, Macapá – AP, Campinas – SP, Cangaíba – SP, Crato – CE, Londrina e Apucarana – PR, Vale do Ribeira – SP e IPPH – SP. Como se pode observar, nem todos os Estados presentes apresentaram experiências e alguns Estados apresentaram mais de uma como foi o caso de Paraná e São Paulo. As participações do Encontro foram movidas por fontes de recursos diversos. Houve casos em que o IPPH custeou a ida dos participantes e nesses casos resumia-se a um ou dois apenas, em outros casos, os participantes financiaram a própria participação; Houve ainda um grupo de participantes não envolvido diretamente no desenvolvimento das experiências mas que fazia parte de comunidades nas quais eram desenvolvidas ações como parte das experiências comunitárias. É importante fazer esse destaque para que fique registrado que não apenas quem estava à frente dos trabalhos comunitários participou, mas também trabalhadores e pessoas interessadas em participar dos debates.

O principal objetivo do Encontro foi reunir experiências e pessoas de vários lugares do país a fim de expor e discutir trabalhos de medicina comunitária realizados por Agentes locais de saúde e assim conhecer as estratégias e atividades desenvolvidas em âmbito comunitário. As apresentações, os debates e falas tiveram como tema central o trabalho comunitário desenvolvido por diversos Agentes locais.

Nos chama atenção o título do Encontro por se referir à medicina comunitária e não à saúde comunitária, o que em um primeiro momento nos parecia mais adequado. O

esclarecimento para esta questão é importante e é feito pelo próprio documento quando afirma em todo seu conteúdo o entendimento de que Medicina Comunitária não é feita apenas por médicos, mas por quaisquer pessoas preocupadas com a transformação das condições de vida da comunidade por entenderem que grande parte dos problemas de saúde que acometem populações marginalizadas se devem à falta de estruturas sociais adequadas e não à ausência de serviços médicos, apenas (I ENEMEC, 1980). No Boletim do II ENEMEC há uma seção intitulada “O sentido da medicina comunitária no ENEMEC” que trata desta questão e afirma a medicina comunitária como uma prática preocupada com a dimensão social da doença e por isto, valoriza a organização e participação popular para o enfrentamento e superação das condições injustas que produzem uma sociedade doente (II ENEMEC, 1981). A partir desse entendimento, saúde e medicina comunitária podem ser tomados como termos sinônimos porque ambas se justificam e partem de uma consciência política.

Com base nesse entendimento, médicos tal como outras pessoas atuantes nas comunidades são entendidos como agentes locais ou Agentes Comunitários de Saúde quando sua atuação tem por base uma concepção social da saúde, por isto, a discussão da medicina comunitária inclui a discussão da saúde comunitária uma vez que trata-se de uma visão da medicina que “[...] propõe que as estratégias se desloquem do ato médico individual e do médico como agente privilegiado na busca da saúde para modelos de organização cujo alvo seja a comunidade” (II ENEMEC, 1981, p. 3).

Neste tipo de prática, a figura do médico não é supervalorizada e como não tem como fim o lucro pretendido pela medicina tradicional/de mercado, por assim dizer, a imagem do médico como profissional superior (no sentido hierárquico da palavra) é desconstruída. Em alguns momentos dos relatos de experiência do ENEMEC dois médicos corroboram isto ao afirmarem um esforço para quebrar esta imagem e o tratamento superior entre as pessoas. Um dos médicos participantes da experiência do IPPH comentou sobre as dificuldades com esta imagem do médico “Uma delas, foi a minha mulher aceitar que as meninas me chamassem só de Massaru, e tirassem o Dr. [...] Agora estou bastante satisfeito porque mais da metade da cidade, já não me chama de Dr., sem eu me impor” (1980, p. 298). Além disso, há momentos em que auxiliares de saúde também comentam sobre a relação com os médicos, uma delas disse: “Nós encaramos o médico não como um ser superior, mas como um educador” (I ENEMEC,

1980, p. 288). Isto é expresso também em alguns relatos quando afirmam que os auxiliares realizavam atendimentos e davam diagnósticos de casos mais simples e se/quando necessário encaminhavam as pessoas para o médico (Ibidem).

Ainda sobre o médico nos chamou atenção uma breve discussão sobre o nível técnico da profissão, isto é, sua não existência, mesmo sendo uma realidade para vários outros profissionais da saúde. Com isto, o conhecimento médico se mantém entre pares e a profissão se coloca em lugar cada vez mais alto na escala profissional, além de manter a mistificação dos cuidados médicos, prestígio, grandeza e egoísmo profissional, valores que em nada contribuem com as mudanças das reais condições de saúde do povo brasileiro.

Em certa altura da leitura do documento à medida que as referências aos Agentes apareciam de diferentes formas, percebemos que para entender as narrativas e seus sentidos seria preciso **nos desvincularmos um pouco da ideia do Agente Comunitário de Saúde que temos hoje**, elaborada a partir de um Agente institucionalizado tal como conhecemos a partir do PACS com determinadas atribuições e atua a partir de um conjunto de tarefas previstas. Embora nossa compreensão não esteja limitada a este Agente foi preciso nos mantermos atentos principalmente devido ao fato de que a ela nos vinculamos por força do nosso histórico como ACS.

A imagem desse ACS institucionalizado foi por nós incorporada, mas ela difere em muitos aspectos da ideia/do tipo de Agente presente nas experiências de base vistas a partir dos relatos do I ENEMEC. Nestas, os/as Agentes são chamados de diversas formas porque **se entende como Agente Comunitário de Saúde toda pessoa que atua como agente de transformação social a partir do e no serviço comunitário**, isto porque o conceito de saúde presente no texto é amplo e compreende tudo aquilo que faz parte da vida das pessoas: trabalho, moradia, saneamento, atendimento médico, educação, lazer etc.

Com este entendimento o texto apresenta um significativo trecho:

Então nasceu o Agente de Saúde, o Agente do Povo, mas não um Agente de Saúde carismático, que encarnava na sua pessoa uma tarefa. Mas um Agente multiplicador, se era remunerado ou não, à medida em que ele trabalhava, a pessoa atingida também se transformava num outro Agente. Isto que é fundamental! Todos nós somos Agentes, Agentes de Saúde, Agentes Agrícolas, seja a especificação que for, **a medida em que nós estamos trabalhando para mudar a mentalidade, para organizar a população, nós**

estamos nos transformando em Agentes” (I ENEMEC, 1980, p. 279) (grifo nosso).

Mesmo ainda sem o contato com os relatos das experiências apresentadas no evento, este trecho é muito significativo para compreendermos a forma como o Agente Comunitário de saúde foi concebido, nas organizações de base. Praticamente em um sentido literal da palavra “Agente”, isto é, aquele que age, atua, opera, se entendemos este agir, atuar e operar de forma consciente, política, crítica. Fica claro que se trata de um tipo de Agente cuja ação deve ser transformadora.

Deixando o aprofundamento das discussões sobre os Agentes das organizações de base para mais adiante, convém deixar claro alguns pontos chave do documento. Todos os relatos e discussões denunciaram e problematizaram a prática médica como instrumento de dominação de mercado, de manipulação e exploração dos povos subdesenvolvidos, daí a importância de debater e fortalecer o trabalho de medicina comunitária com vistas a participação popular na prevenção e cura de suas doenças de formas mais simples e acessíveis a partir de “[...] projetos educativos que capacitem os agentes locais a desenvolverem tarefas de prevenção e de cura de doenças com recursos locais e com ampla participação comunitária” (I ENEMEC, 1980, p. 4) e com isto retirar a saúde das mãos dos comerciantes e colocá-la nas mãos do povo.

Outro ponto que não se dissocia deste é o avanço do sistema capitalista visto a partir da ótica de quem por ele é oprimido, afinal, não é possível discutir saúde sem levar para o centro da discussão um dos principais fatores que produzem condições desfavoráveis à sua vivência. Ao colocar o lucro acima de valores essenciais à vida, o capitalismo se constitui um sistema econômico de exploração, produtor de desigualdades e injustiças sociais. Em outras palavras, o documento pode ser entendido como uma grande crítica ao sistema capitalista com ênfase na incidência no setor saúde.

Arelado a isto está a questão do momento político vivido pelo país, um momento de opressão e ausência do Estado na atenção a população que mais necessitava, entre outras coisas. De modo que da reunião destes elementos decorrem uma série de problemas como desemprego, fome, falta de moradia, terra, saneamento básico, condições precárias de trabalho, desnutrição e marginalização, entre outros.

O papel da Igreja também foi posto em discussão por ter se constituído naquele momento histórico como único espaço possível para que as classes populares pudessem se expressar e discutir as situações vividas. Vários grupos chamaram atenção para a importância da instituição para o desenvolvimento das experiências em saúde observando a mudança na forma de relacionamento com as pessoas e com a forma de tratar os problemas. Sobre isto, um depoimento nos chamou atenção, uma participante de Itapirapuã comentou sobre a forma como a Igreja se comportava quando procuravam um padre:

O que é isso, filho, a sua situação está ruim? É porque você não reza! Vai rezar, fazer a novena para N. S. Aparecida”. Aí a pessoa ia comovida para casa, reunir os filhos e iam rezar, porque o padre disse que tinha que rezar. Agora o pai chamou os filhos e diz: “Filho, vamos ver a situação que nós estamos vivendo, esse salário está dando para nós vivermos? (I ENEMEC, 1980, p. 226).

Um último ponto por nós destacado e o mais importante por ser justamente o motivo do Encontro é o Agente de saúde como Agente comunitário. Atravessa o texto o entendimento de que o Agente deve ser oriundo da comunidade e ser por ela escolhido, orientado e remunerado para que não caia na lógica de funcionamento do Estado e deixe de ter como prioridade os interesses populares.

Estes pontos que destacamos foram tratadas não somente nas apresentações das experiências, mas por várias categorias de trabalhadores que tiveram oportunidade de fala, algo colocado como uma das preocupações do evento. Pessoas de vários lugares tiveram a oportunidade de expor suas dores, questionamentos e pontos de vista, dentre as pessoas que se pronunciaram havia agricultor, boia-fria, presidente de sociedade de bairro e empregada doméstica, por exemplo.

Também foram feitas algumas menções sobre a organização do evento, mais especificamente sobre o tempo dedicado às apresentações e aos debates, considerado insuficiente para aprofundar as questões. Foi apontado que o fato de ter sido organizado pelo IPPH sem participação popular levou às falhas observadas. Talvez, devido ao tempo disponível para as apresentações algumas não deixaram claro detalhes sobre aspectos referentes aos Agentes tais como atribuições, origens, capacitações e envolvimento com outros trabalhos

comunitários, por exemplo. Alguns agentes falaram sobre suas ações de forma muito sucinta de forma que não foi possível compreender muito bem o que foi dito e, além disso, houve casos em que a pessoa foi identificada apenas pelo nome sem especificar seu lugar social ou lugar de referência.

O I ENEMEC foi encerrado em 29 de julho de 1979 tendo sido definido que Recife seria o local do próximo encontro e uma equipe foi formada para sua preparação.

Este foi o primeiro de três Encontros, o segundo ocorreu em Olinda – PE em 1980 e o terceiro em no terceiro, uma das questões discutidas foi a mudança do evento e a partir disso, foi criado o Movimento Popular de Saúde – MOPS “[...] com o propósito de dar unidade aos movimentos populares e às experiências comunitárias de saúde” afirmam Doimo e Rodrigues (2003, p. 99). Uma das justificativas para a mudança foi que os eventos reuniam experiências de vários tipos de trabalhadores e não somente experiências em medicina comunitária.³²

É importante que se diga ainda que os relatos contidos nos Anais nem sempre são claros o suficiente para um bom entendimento do/s trabalho/s comunitários realizado/s. As apresentações no evento foram feitas com a utilização de slides e talvez, também por isto, devido à falta das imagens algumas falas ficam um pouco incompletas para o leitor e também algumas são bastante resumidas e não oferecem elementos/detalhes suficientes para entender bem como as experiências e os próprios Agentes atuavam e/ou foram construídos. A falta de clareza em alguns ou vários momentos foi um aspecto destacado no momento de conclusão do evento por um dos grupos que indica que mesmo para os que tiveram acesso às imagens os relatos não foram claros. Faltam maiores detalhes sobre as iniciativas em escala mais primária, isto é, como se deram as primeiras iniciativas, o tipo de informação que registros específicos como relatórios e diários costumam preservar.

O acesso ao documento nos permitiu verificar as afirmações que havíamos encontrado sobre ele, como é o caso das experiências de Recife mencionadas por Albuquerque (2003) e Queirós (2008) e também nos permitiu contestar uma afirmativa da primeira autora quando diz que os Anais relatam com detalhes cada uma das experiências, o que de fato não acontece. Isto,

³² Informação disponível no Boletim Movimento Popular de Saúde de Novembro de 1981, São Paulo. Disponível em: <<http://www.cpvsp.org.br/upload/periodicos/pdf/PBMPSSP111981001.pdf>>.

contudo, não desqualifica o documento e continuamos a afirmá-lo como importante fonte histórica sobre trabalhos de base desenvolvidos no país na década de 1970.

O documento apresenta nove experiências. Não há indicação e quanto tempo foi dedicado para cada apresentação, mas algumas são notavelmente mais longas que outras. Algumas experiências apresentam diferentes frentes de ação de modo que nem sempre nos referiremos a elas integralmente, isto é, tal como foram apresentadas. Determo-nos apenas ao que mais ajude a entender a origem, figura e ação dos/das ACS.

No terceiro dia do Encontro, após apresentação de sete experiências foi dedicado um momento para discussão em pequenos grupos (14) seguido pela exposição de cada um deles. Depois da exposição destes grupos, foi aberto momento para debates que deram continuidade a questões levantadas e foi neste momento que pessoas pertencentes a várias comunidades tiveram a oportunidade de falar. Esta parte do documento é bastante rica por apresentar e problematizar algumas questões, principalmente sobre os/as ACS.

Em resumo, o Encontro representou um esforço de reunir experiências surgidas no meio do povo com vistas a melhores condições de vida e trabalho. Embora tenha apresentado algumas fragilidades, o Encontro deve ser reconhecido como um importante momento de discussão da saúde como uma questão abrangente que precisa ser tratada por todos os sujeitos sociais.

Feita esta breve apresentação geral do documento, apresentaremos a seguir seis das nove experiências relatadas. Selecionamos este número devido ao fato de oferecerem mais informações sobre os agentes locais. As experiências selecionadas foram: de Recife – PE, de Macapá – AM, de Campinas – SP, Apucarana – PR, Cangaíba – SP e IPPH – SP postas nesta mesma ordem. Com exceção da experiência de Recife – PE, todas foram relatadas tendo como referência única os Anais.

PARTE 2

OS DIFERENTES TIPOS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO BRASIL: DAS ATIVIDADES DAS BASES AOS SERVIÇOS PÚBLICOS

4. AS ORGANIZAÇÕES EDUCATIVAS DE BASE DOS ANOS 1960 – 1980 E SEUS AGENTES NO ESPAÇO DA SAÚDE

A origem dos Agentes Comunitários de Saúde nas organizações de base é contada aqui a partir de cinco experiências de saúde comunitária registradas nos Anais do I ENEMEC e o acréscimo de outra, a do Recife, não presente no documento. Essas experiências evidenciam, em termos de operacionalização, muito do que foi dito nos itens 3.2 e 3.3. São relatos que tratam de como, nas organizações de base, surgiram diferentes tipos de Agentes Comunitários de Saúde, em alguns casos denominados de outras formas tendo como base a ideia ampliada de saúde.

Das cinco experiências, três têm sua origem vinculada às CEBs, uma ligada ao Estado desenvolvida a partir de uma Secretaria de Saúde e outra desenvolvida a partir de uma instituição filantrópica. Em todas estas verificamos a presença de Agentes de Saúde denominados em alguns casos de maneira diferente. Em todas elas, a questão da saúde comunitária está presente.

O capítulo foi organizado em cinco itens que relatam as experiências. Nos itens deste capítulo denominados de: **As experiências do Recife – PE, A experiência de Macapá – AP, A experiência de Cangaíba – SP, A experiência de Campinas – SP e A experiência do Instituto Paulista de Promoção Humana – SP.** Apresentamos as experiências desenvolvidas nos respectivos territórios dando ênfase à forma como nelas surgiram e se apresentaram Agentes Comunitários de Saúde. A experiência de Recife – PE se subdivide em duas, sendo aquelas que mais se destacam em termos de detalhamento em especial a do Projeto de Saúde Casa Amarela, o que se justifica pelo maior número de informações disponíveis.

4.1. As experiências de Recife – PE

As experiências do Recife têm cheiro da lama dos mangues, ecossistema que deu origem à cidade (CASTRO, 1966). O contexto recifense além das condições de pobreza e miséria, de mocambos e palafitas, guardava também as consciências políticas inconformadas com as

desigualdades e injustiças sociais, como no caso de Paulo Freire e Dom Helder Câmara, o que explica muito sobre a emergência dos movimentos populares em Recife.

Veremos a experiência do bairro dos Coelhos, relatada nos Anais do ENEMEC, mas no caso específico desta experiência, conseguimos complementar o relato com algumas informações disponíveis em outras fontes. Além dela, trataremos também do caso/da experiência do Projeto de Saúde Casa Amarela no bairro Casa Amarela³³, da qual tomamos conhecimento através de outra referência. Com o que esta fonte apresenta e conjugando isto aos relatos do médico Celerino Carriconde, a respeito do trabalho, concluímos que seria importante tratar também do bairro Casa Amarela.

4.1.1. O núcleo do bairro Coelhos

De acordo com Queirós (2008) a origem dos/das ACS em Recife se dá a partir de duas vertentes:

Em Pernambuco o ACS surge como uma agente realmente da comunidade, a partir de dois grandes núcleos: o de Casa Amarela e o dos Coelhos. O núcleo dos Coelhos articulado por Paulo Dantas, com uma articulação política, talvez um pouco menos vinculada à igreja propriamente dita, e o núcleo de Casa Amarela com uma articulação mais forte ligada à igreja. O de Casa Amarela cresce bem mais, se organiza em torno da comissão de saúde de Casa Amarela, e que assume um protagonismo nacional na década de 80 (2008, p. 62).

No que se refere ao primeiro núcleo, Vainsencher³⁴ (2003) registra que o nome “Coelhos” é devido ao sobrenome dos antigos donos de uma propriedade (o sítio dos coelhos) que em 1824 foi vendida ao governo. As fontes já citadas mencionam sem muita clareza de

³³ De acordo com reportagem vista, o nome ‘casa amarela’ se deve a uma casa sempre pintada de amarelo que existia próximo ao terminal da estrada de ferro e servia de referência local. Disponível em: <https://revista.algomas.com/cultura/pernambuco-antigamente/8-fotos-de-casa-amarela-antigamente>.

³⁴ Informações disponíveis na página fundação Joaquim Nabuco. http://basilio.fundaj.gov.br/pesquisaescolar/index.php?option=com_content&view=article&id=514&Itemid=1. Acessado em 17 de outubro de 2019.

detalhes, que em 1846 ou 1947 nas imediações da propriedade foi construído um hospital, o Pedro II.

Vainsencher (2003) deixa entender que após a construção do hospital, pessoas começaram a migrar para as proximidades da propriedade e às margens do rio Capibaribe começaram a construir palafitas fazendo surgir uma população marginal e assim o bairro foi se constituindo. Uma origem, ao que parece, comum a outros bairros de Recife como Aldeia Teimosa, por exemplo, que é relatada por Castro na obra **Homens e Caranguejos**, de 1967³⁵.

Em 1966 uma **houve uma grande cheia do rio Capibaribe, que** inundou Recife e, conseqüentemente, atingiu os moradores marginais. A Folha noticiou o fato em 30 de maio de 1966 com a seguinte manchete: “Calamidade publica (sic) no Recife inundado por chuvas” havia 63 pessoas mortas e 8 mil desabrigadas³⁶. Ao descrever o episódio da grande cheia, Castro diz:

Os mangues, as plantações, as hortas, os mocambos, está tudo debaixo d'água. Até os engenhos da Várzea desapareceram, ficando de fora só as chaminés, como se fossem faróis apagados [...] No bairro da Madalena, todos aqueles palacetes construídos nas curvas do rio, montados em altos batentes de pedra, ficaram também inundados [...] (1967, p. 139).

Às margens do rio, muitas pessoas ficaram desabrigadas e como muitas outras, foram abrigadas em espaços da Igreja. A ausência de defesa civil, à época, e a falta de atenção do poder público fez com que os moradores aliados à uma comissão do bairro se organizassem para ajudar os atingidos pela enchente na reconstrução e limpeza das casas. Houve mobilização da população, inclusive através de emissoras de rádio, para solicitar ajuda com roupas, alimentos e remédios, também houve solicitação de ajuda de profissionais da saúde.

Após o retorno da população às casas (quem ainda tinha casa) ficou decidido que o grupo da mobilização seria mantido para discutir questões de saúde da comunidade. Castro

³⁵Segundo ele, o bairro próximo ao rio foi construído durante as noites nas quais as estacas limitadoras do terreno fincadas pelos fiscais eram batidas mais adiante para dar lugar a novos barracos construídos durante a dança do bumba-meu-boi para abafar o barulho das construções e a teimosia do povo fez a aldeia crescer.

³⁶Edição disponível no acervo da folha <<https://acervo.folha.com.br/leitor.do?numero=2230&anchor=4999221&origem=busca&pd=be0d86c3c3132de437ed3b23c718487f>> Acesso em 15 de mai. de 2020.

comenta que “Com a descida das águas, a vida dos habitantes dos mangues longe de melhorar, caminhava para pior. A fome aumentava ainda mais e as doenças se proliferaram com a cheia de maneira assustadora” (1967, p. 148).

De acordo com Queirós (2003), no bairro dos Coelhos, a reação pós-cheia foi de organização e fortalecimento. Após a reconstrução e a limpeza das casas, foi decidido pela manutenção do grupo que estava discutindo as questões da saúde, constituindo assim um grupo e espaço estratégico e político de diálogo. Este momento de articulações reuniu diversos sujeitos sociais identificados com a luta pela saúde. Foi criada, por iniciativa de moradores, uma comissão denominada “Comissão Central dos Coelhos” além de comissões de ruas.

No relato dos Anais feito pelo médico Paulo Dantas, a experiência comunitária inicia a partir do episódio da cheia, fato que serviu para a aproximação dos estudantes de medicina da comunidade. O relato não informa sobre o ano em que isso teria acontecido, contudo há um trecho de Albuquerque que indica o período “[...] já em 1976 havia um grupo de agentes comunitários, que contava com participação de estudantes e tinha Paulo Dantas (hoje vereador do Recife) como um líder e organizador” (2003, p. 70).

Em todo caso, a situação da cheia resultou em uma organização interna no bairro por parte dos próprios moradores expressando o sentido ‘para fora’ entendido aqui como característica das organizações de base (BRANT, 1982); (SINGER, 1982). A posterior aproximação de profissionais da saúde provocou um fortalecimento dos grupos já existentes, conforme é relatado a seguir.

O hospital existente nos arredores do bairro era o campo de prática de estudantes de medicina da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE de modo que houve uma aproximação do grupo comunitário dos Coelhos com um grupo de estudantes, do qual Dantas fazia parte. Este Comenta que o pessoal do bairro observou que alguns estudantes se interessavam mais pelo contato e conversa com as pessoas que ficar receitando aspirinas e, a partir disso, os estudantes foram convidados a formar um grupo da saúde (I ENEMEC, 1980). Dantas afirma ainda que, “Moradores de bairros, principalmente lideranças de clubes sociais, estavam se organizando, procurando se entrosar para desenvolverem atividades reivindicatórias no Bairro [...]” (I ENEMEC, 1980, p. 51).

A partir da integração dos estudantes, a comunidade teve a oportunidade de ampliar o leque de discussões e se fortalecer como organização numa estrutura política que ameaçava as expressões de força popular. A aproximação com a Universidade “[...] foi uma vantagem, porque na verdade, na estrutura da repressão política, estar junto do povo não era tão bem entendido” (QUEIRÓS, 2008, p. 59) e foi também estratégica para discutir o próprio conceito de saúde e as reais causas dos problemas. Sobre o período, Paulo Dantas comenta: “Em 69 a coisa pesou bastante. Todo mundo sabe por que. Então, o trabalho ficou um pouco escondido” (I ENEMEC, 1980, p. 52).

A percepção dos moradores em relação à postura dos profissionais médicos aponta para o entendimento não restrito de saúde e vai ao encontro da concepção de médico conforme o ENEMEC, de acordo com o explicitado no item 4.3. A clandestinidade mencionada acima foi uma das características que se constitui como condição necessária para a existência e o desenvolvimento de muitas experiências no período ditatorial, especialmente quando não havia relação direta com a Igreja como o caso em questão, pois a instituição servia como espécie de escudo protetor, sob a justificativa de que fazia apenas trabalhos pastorais.

Dantas comentou da necessidade sentida de aprender com o povo e o trabalho com a comunidade foi no sentido, sem negar o trabalho assistencial, como uma necessidade naquele contexto e momento, contudo numa ótica mais aberta diz ele: “[...] mesmo na prática da assistência, desde que a gente assuma uma postura diferente da habitual, uma prática em que a medicina, pelo menos, dê tempo para se conversar com as pessoas [...] isso implica numa mudança do conceito de médico também” (I ENEMEC, 1980, p. 53).

O trabalho valorizava a cultura popular sobre como curar e se livrar das doenças. Nas reuniões ouviam-se as pessoas e seus jeitos de cuidar da saúde, porque era entendido pelo grupo que elas tinham muito o que ensinar, esta valorização vai ao encontro dos princípios da medicina comunitária, bem como da EP.

A aproximação da comunidade com os estudantes resultou na estruturação de cursos de formação para os primeiros Agentes Comunitários de Saúde. Houve, então, uma convocação para identificação de quem tinha alguma experiência em saúde e/ou mesmo quem tinha apenas gosto em ajudar. Foi organizado a partir disso um curso de formação para os primeiros Agentes de Saúde e percebe-se que, aos poucos, os agentes se conformam a uma

identidade mais delineada do ponto de vista de um papel social pensado a saúde a partir de um referencial mais amplo (QUEIRÓS, 2008).

Aos poucos, o grupo do bairro dos Coelhos atraiu pessoas de outros bairros e a dinâmica de participação aumentou. Como a região do bairro era uma área de interesse da especulação imobiliária, a questão da posse da terra foi incorporada nas discussões e assim a saúde foi assumindo um viés cada vez mais integral: “A gente estava dando uma dinâmica de luta na população que participou [...] Então, primeiro, depois de bem discutir cada doença dessas, e a arma para prevenir, nós discutíamos porque aquela ação não estava acontecendo no bairro” (QUEIRÓS, 2003, p. 59). Esta declaração corrobora o sentido político a partir do qual a saúde era pensada, tal como acontecia nas CEBs como já posto.

Com isto, foram desenvolvidas, aos poucos, estratégias de cuidados em saúde na comunidade e o grupo de estudantes permaneceu envolvido. Queirós (2008) destaca que o movimento (como passa a chamar) conseguiu apoio financeiro para o desenvolvimento de práticas alternativas em parceria com a Igreja e assim, o trabalho foi tomando corpo. Agências internacionais introduziram investimentos em equipamentos e recursos financeiros, tais como a OXFAN da Inglaterra e a MISEREOR da Alemanha.

Esta primeira experiência de Recife é um exemplo de organização de base não originada a partir das CEBs, mas de uma dinâmica e um fluxo da própria comunidade; A saúde aparece em sentido amplo, fugindo do sentido tradicional que gera dicotomia em relação ao par oposto doença e neste sentido, o Agente de Saúde que emerge a partir das necessidades e realidades locais, não se preocupa com ações e questões biomédicas apenas, mas consegue contemplar a dimensão social do processo de construção do adoecimento, por isto, interliga-se a diferentes ações sociais.

Neste sentido, consideramos que talvez fosse mais adequado pensar em um ‘Agente Social’ ao invés de um ‘Agente de saúde’. Na denominação ‘Agente de Saúde’, a ideia corrente/tradicional de saúde se sobrepõe ao posterior reconhecimento da dimensão social dos processos de adoecimento ao passo que na denominação ‘Agente Social’ já temos implícitas as várias dimensões e os determinantes sociais dos processos de adoecimento. Na verdade, a saúde se constrói no âmbito social e não o contrário. Pensando dessa forma, todo ‘Agente Social’ pode ser considerado um Agente de Saúde, mas nem todo Agente de Saúde pode ser

considerado como Agente Social. Entendemos que este artifício da estrutura linguística expressa de forma sutil a reprodução de um pensamento de saúde hegemônico.

4.1.2. O núcleo do bairro Casa Amarela

Atuaram à frente do Projeto de Saúde Casa Amarela - PSCA o médico Celerino Carriconde e sua esposa Diana Mores. No decorrer da pesquisa, verificamos que este casal fez um trabalho de base significativo em comunidades de vários lugares do Brasil mas com destaque para o bairro Casa Amarela, todavia, verificamos também que eles não aparecem na literatura, identificamos apenas um trabalho, já citado como referência nesta tese, trata-se de Albuquerque (2008) no qual, a autora menciona Carriconde, mas apenas ele, Diana Mores, sua esposa, que compartilhou com Celerino do mesmo projeto de vida profissional, estava, pelo que foi verificado, até então invisível na história e isto aparece como elemento reforçador da marca do patriarcado na nossa cultura, por isto, não poderíamos deixar de registrar a importância do casal para o trabalho de base desenvolvido em Recife a partir da década de 1980. Além disso, a conversa com Diana assim como com Celerino mostrou que a presença dela foi fundamental para o desenvolvimento do trabalho. A história do casal é interessante entre outras coisas, pela preservação da autonomia profissional em relação ao Estado, isto é, nenhum deles chegou a ocupar cargos públicos e toda atuação se deu e ainda se dá no campo popular, com financiamento no exterior. Deste modo, reconhecendo a importância histórica do casal, especialmente no contexto recifense sobre o qual falaremos, consideramos que seria necessário apresentá-lo brevemente com o intuito de contribuir para o registro histórico e também para melhor contextualizar o trabalho no núcleo do bairro casa Amarela.

O casal de Recife³⁷

³⁷ Embora o casal ao qual nos referiremos neste tópico não seja natural de Recife, assim denominamos o tópico devido à referência territorial pois embora o casal tenha desenvolvido trabalhos comunitários em vários lugares do país, Recife se tornou a maior referência sobretudo pela relação com o trabalho pastoral diretamente ligado a Dom Helder Câmara.

Celerino Carriconde é um médico comprometido com as causas populares, sua ação sempre fora dotada de caráter contra hegemônico. Cursou medicina no Paraná onde participou da Juventude Católica – JUC, que o fez ter contato direto com o povo, com a pobreza e a miséria, mas a JUC não seguia uma linha política, era mais litúrgica, de modo que o despertar para a tomada de uma consciência histórica se deu mais pelo envolvimento com outros movimentos, como a União Nacional dos estudantes – UNE. Percebeu que a realização do reino de Deus se dava a partir de uma ação de compromisso com o povo oprimido e para isto era preciso se integrar a ele a ideia diz ele “Não era levar Cristo, era descobrir Cristo” (CARRICONDE, 2021). Posteriormente fez parte do comando regional da ação popular, um grupo mais enviesado politicamente.

Formou-se em 1966 e preservou sua militância política. Enquanto trabalhava em uma fábrica, chegou a ser preso juntamente com outras pessoas sob alegação de saber do destino de determinadas armas, que revela nunca tê-las usado. Na prisão, conforme declarou, chegou a ser torturado e em 13 de maio de 1968 foi solto com a condição de fixar-se em uma casa, mas logo fugiu do país, indo para o Uruguai, onde ficou pouco mais de quatro meses, por ter sofrido atentados de morte pela polícia. Conseguiu ir para o Chile onde foi bem recebido, mas também sofreu atentado de morte por parte da polícia e por isto foi para o Panamá, onde revela ter sido igualmente bem recebido e ali passou a trabalhar com os camponeses e indígenas, fazendo atendimentos em lugares longínquos, ocasião em que foi desafiado a buscar alternativas para tratar dos problemas de saúde porque as pessoas não tinham dinheiro para comprar remédios, quando necessário. Conta que fez atendimento a uma mulher com uma ferida na perna quase gangrenando, e não tinha recursos para comprar antibióticos. O médico lembra do caso como um momento importante para o seu despertar para outra compreensão da prática médica, por tê-lo mobilizado a buscar outras alternativas. Como havia lido muita coisa sobre medicina, lembrou do poder cicatrizante do mel e passou a utilizá-lo para fazer a higienização e dois curativos por dia na mulher, de modo que em uma semana, a ferida apresentava significativa melhora. Os indígenas o ensinaram muito sobre o uso de plantas. Sobre estas experiências e no período que esteve no Panamá ele diz: “Ali foi o meu salto qualitativo”. Todavia, ficou bastante conhecido por suas práticas e chegou a ser ameaçado de morte e dali foi para o Canadá.

No Canadá, Celerino Carriconde trabalhava em um hospital, mas não como médico, como limpador de chão. Ele resume a experiência no país da seguinte forma:

No Canadá aconteceu uma coisa linda. Até aquele dia eu era um revolucionário aqui e um médico tradicional aqui (apontando as mãos em sentidos contrários). Eu vivia uma militância, mas uma prática médica reacionária e precisou eu passar de doutor a limpador de chão de hospital, entregar bandeja de pacientes [...] eu botei a bandeja para uma senhora italiana ao meio dia e chegou um médico na porta e disse assim: ah, a senhora tá comendo agora, amanhã eu venho lhe ver. Ela disse pra mim assim: eu queria tanto falar com ele e ele nem chegou perto de mim. Eu fazia aquilo também! **Precisou eu passar de médico a limpador de chão para entender a psicologia do oprimido. Aquilo me chocou muito, foi muito bom eu ter passado de “doutor” a limpador de chão!** (CARRICONDE, 2021) (grifo nosso).

Dom Helder Câmara, o grande humanitário visitou os exilados brasileiros no Canadá e em uma destas ocasiões, Celerino Carriconde afirmou ter tido uma conversa com o arcebispo, que se tornou um divisor de águas em sua história. Diz ele: “Eu falei: dom Helder, não estou aguentando mais! Aí contei a história para ele. Ele disse: meu filho, **aceita a opressão com a consciência crítica da opressão, amplia tua visão da medicina mais humana e volta um dia a servir teu povo.** Aquilo me tocou” (CARRICONDE, 2021) (O médico se emocionou com este relato). Depois disso, o contato com o livro ‘**Dar sentido à vida**’, de Viktor Frankl o ajudou a enfrentar a situação difícil e enxergar as coisas a partir de uma perspectiva mais prospectiva, ideia presente no livro.

Em linhas gerais esse médico afirma que o exílio foi muito importante do ponto de vista da transformação de sua mentalidade. No retorno do exílio ao Brasil, em 1979, fixa-se em uma comunidade pobre de Recife e, junto com Diana, sua nova companheira, passa a atuar em trabalhos de base ligados à Igreja progressista, mas era uma ligação que permitia ecumenismo de modo que fizeram parte das pastorais, mas não ficaram reduzidas a elas. A vinda para Recife se deu pela presença de Dom Helder na cidade.

Celerino Carriconde e Diana Mores assumiram uma linha de ação que entendia a medicina como instrumental revolucionário, preocupados em ajudar as pessoas a compreenderem os jogos de poder e interesses presentes nas práticas de saúde, bem como na ausência delas.

Diana Mores é de origem chilena e se formou em enfermagem em 1969. Em seu país, se dedicou inicialmente ao trabalho hospitalar com terapia intensiva, mas logo percebeu que não era o que queria e destinou-se à saúde pública. Por causa do golpe militar foi perseguida e teve que voltar a trabalhar em hospital e depois precisou sair do país. A saída foi para o Canadá onde voltou a atuar em hospital e conheceu Celerino, que já estava na rota final do exílio e já tinha em mente voltar para o Brasil para trabalhar em comunidades. Tendo isto em vista e já juntos, decidiram fazer um mestrado em epidemiologia e saúde comunitária. Diana optou por pesquisar sobre amamentação, isto é, as causas sociais que determinavam se uma mulher amamentava ou não os filhos, já sabendo que viria para o Brasil e que havia altas taxas de mortalidade infantil, queria aprender mais sobre o assunto.

Afirma que quando chegou ao Brasil, o principal choque foi o cultural, especialmente pela extrema pobreza, sobre o que afirmou: “No Chile, tínhamos pobreza, mas não o tipo de pobreza que encontrei no Brasil, não tinha saneamento básico, era um monte de lixo, não havia coleta, era rato por todo lado e viemos morar em um bairro popular de Recife” (MORES, 2021). Contudo, a adaptação foi rápida e o prévio conhecimento de Celerino com as pessoas e a dinâmica da vida em comunidades pobres ajudou a adaptação. “Eu deixei de ser a senhorita Mores como era chamada no Chile, para ser Diana, ponto. Eu estava acostumada a ir ao teatro, gostava de ver balé, escutar música clássica e todo esse tipo de coisas e, de repente, me vejo em um mundo totalmente diferente” (MORES, 2021).

E foi nesse novo mundo que Diana passou a viver e atuar em comunidades com Celerino. Quando vieram para Recife foi já com a intenção de desenvolver um trabalho com comunidades. Nesse período não havia assistência à saúde por parte do Estado e vários projetos eram desenvolvidos através da Igreja e através destes alguns atendimentos médicos eram prestados à população pobre, a que mais sofria.

O Projeto de Saúde Casa Amarela

Tendo apresentado brevemente o casal de profissionais da saúde popular, passamos para a experiência de saúde comunitária do bairro Casa Amarela, em geral denominado de Projeto de Saúde Casa Amarela – PSCA que foi um dos trabalhos de base que ganhou mais

destaque em Recife e é mencionado por Albuquerque (2003) como um dos núcleos de origem dos Agentes Comunitários de saúde conforme aponta o trecho a seguir:

Inicia em 1980, com o médico Celerino Carriconde. **Através do levantamento das plantas medicinais usadas pela comunidade, iam se organizando grupos para discutir a saúde, as condições para ter saúde e as lutas necessárias para conquistá-la.** A Igreja Católica teve um papel importante no apoio ao Projeto, através da Diocese da paróquia do Morro da Conceição, onde o Padre Reginaldo, pároco da localidade e militante da Teologia da Libertação, foi viabilizando a participação de outros profissionais, a estrutura financeira e de apoio (ALBUQUERQUE, 2003, p. 72) (grifo nosso).

Em 1979, findado o exílio, Celerino e Diana foram para Recife devido à perspectiva de trabalho assumida pelo médico, somada, é claro, ao fato da presença de Dom Helder em Recife. Ali se instalaram no bairro Casa Amarela e começaram a se articular com as pessoas das CEBs e fazer reuniões de rua em rua para discutir os problemas locais e suas causas. O trabalho do casal não se limitou ao bairro mas teve nele seu ponto de partida. Os dois primeiros anos de trabalho foram sem financiamento, em 1982 a Igreja conseguiu um financiamento para um projeto.

Celerino usou como ponto de partida para o trabalho comunitário a valorização das plantas medicinais, algo que trouxe do exílio, especialmente no Panamá, onde aprendeu com os povos indígenas sobre como usar os recursos naturais. Todavia, a ideia não era trabalhar a planta por si mesma conforme explica no seguinte trecho:

O fundamental para mim era resgatar o saber fazer para empoderar as pessoas. Você tem que empoderar a pessoa pra ela ser autor do processo aí a sua autoestima levanta e melhora a saúde dela. A essência é isso aí. Uma pessoa empoderada vai embora. Um dia perguntaram para mim: aonde você quer chegar com esse trabalho? E eu disse: **eu não quero chegar a lugar nenhum eu quero que o povo chegue ao lugar dele. Eu não queria liderar as pessoas eu queria empoderar elas, para que elas assumissem o seu potencial revolucionário na sua área de trabalho** (CARRICONDE, 2019) (grifo nosso).

Nessa visão, as plantas medicinais eram usadas como recurso para aproximação e valorização das pessoas em todas as iniciativas, reuniões e ações desenvolvidas pelo casal porque era importante fazer com que as pessoas percebessem que não era somente médico que tinha conhecimento, elas também tinham, em geral não valorizavam nem se reconheciam importantes, muitos chegavam a dizer: “doutor, isso é remédio de pobre” afirma o médico. Diante dessa quase generalizada forma de percepção, o casal organizou em 1984 o Primeiro Encontro de Curandeiros, Rezadeiras e Raizeiros com o objetivo de despertar as pessoas para a valorização de seus recursos e saberes, para assim serem ativas nos processos de cuidado, prevenção, cura e auto-organização.

Considerando a postura assumida pelo médico percebemos que o empoderamento do qual ele fala encontra-se com o sentido defendido por Freire e Shor (1986), isto é, ativar as potencialidades criativas das pessoas, sua capacidade de agir, concepção que se diferencia da ideia de algo que é outorgado, haja vista que esta forma de conceber o empoderamento é paternalista e não promove o alargamento das consciências. Em Freire, este conceito está atrelado aos de consciência e liberdade pois à medida que os sujeitos tomam consciência eles se empoderam e vão também se libertando. Neste sentido, há que se observar a dimensão coletiva do empoderamento sob pena de não o compreender. Só podemos refletir e problematizar a sociedade a partir das relações sociais e assim tomar consciência de suas contradições de modo que a liberdade daí proveniente se converta em ato social pois, “[...] se você não é capaz de usar sua liberdade recente para ajudar os outros a se libertarem através da transformação global da sociedade, então você só está exercitando uma atitude individualista” (FREIRE; SHOR, 1986). O empoderamento é, portanto, um processo que emerge das interações sociais e só tem sentido e valor social se for movido por um sentimento de fortalecimento da coletividade (GUARESCHI, 2010).

Como saldo do encontro de raizeiros, acima mencionado, Celerino Carriconde comentou que, ao final, uma mulher o procurou para dizer que havia gostado muito do encontro e que havia descoberto um casal que estava matando o povo: a fome e o medo. A fome porque dela decorriam muitas doenças e o medo de lutar, medo porque seu marido sonhara várias noites que estava roubando para alimentar os filhos (CARRICONDE, 2019). Daí, destaca ele, a importância de ouvir as pessoas de forma direta, com espírito de solidariedade e não de caridade

ou superioridade, porque o povo entende a diferença entre um tipo de relação horizontal e vertical e está cansado de pessoas que se aproximam para se favorecerem, seja de que forma for (CARRICONDE, 1985).

O trabalho comunitário em Casa Amarela era orientado pelas próprias comunidades, isto é, direcionado por suas necessidades e demandas e isto constitui um princípio para o trabalho comunitário conforme afirmou Diana Mores (2021): “para trabalhar em comunidade, com o povo, você precisa responder à necessidade deles, isso foi o que aconteceu com Celerino e comigo”. Eles tinham como base a filosofia da medicina comunitária, cuja ideia central era que a medicina devia ser feita com o povo e não para ele, isto significava que as pessoas deveriam assumir a condição de protagonistas no processo de construção da saúde, uma lógica contrária à relação ‘médico-paciente’ comum na prática da medicina tradicional.

A linha de trabalho popular se baseava em três pilares: **organização, mobilização e educação**. Organização porque o povo precisava/precisa se organizar para lutar por seus interesses; A mobilização se constitui parte do trabalho do profissional ou daquele que queira contribuir com a comunidade pois, é ela que deve assumir o protagonismo de sua luta e educação como prioridade do processo. Isto é, há o reconhecimento de que a prestação de serviços é necessária, mas sem perder de vista o princípio educativo para não cair no assistencialismo (CARRICONDE, 1985).

Diana comenta que uma das primeiras necessidades que observou foi a de trabalhar a nutrição, porque a maioria dos sintomas apresentados pelas pessoas era da fome e da má alimentação. Ao se deparar com esta situação viu-se diante de uma contradição pois, no Chile havia optado pelo trabalho hospitalar porque não queria ver a fome de perto e, no entanto, esta foi uma realidade que a acompanhou em toda sua trajetória de trabalho comunitário no Brasil, especialmente na década de 1980.

A partir daí começaram um trabalho com o centro e o Conselho Comunitário que lhes davam melhores condições de atuar numa perspectiva de desenvolvimento comunitário, pois a ideia não era prestar assistência à comunidade, apenas, mas contribuir para seu desenvolvimento, então eram discutidas questões sobre a água, energia elétrica e da terra entre outros. Posteriormente passaram a organizar grupos diversos dentre os quais gestantes, crianças e mulheres. Diana destaca que em Casa Amarela havia uma pastoral integrada e não várias

pastorais, isto é, o trabalho era composto por diferentes sentidos de ação e muitos padres muitos deles estrangeiros e comprometidos com as comunidades ajudavam muito. Como médico, Celerino fazia atendimentos dentre outras ações e Diana atuava na parte de orientação e educação e visitava puérperas, dentre outras atividades, sempre priorizando o uso de tratamentos naturais.

É preciso destacar que todas as atividades tinham a preocupação de colocar o povo no centro do processo expressando suas dificuldades, ideias e saberes. Este é um dos diferenciais do trabalho comunitário, pois o saber do povo é reconhecido, valorizado e integrado a outros saberes.

Como o trabalho era um reflexo das demandas e necessidades das pessoas, era preciso buscar constantemente novos conhecimentos e alternativas que possibilitassem a ampliação e o fortalecimento das atividades já realizadas. Diana precisou fazer um curso de nutrição e de ginecologia para atender à comunidade e além disso era preciso buscar conhecimentos de todas as formas. A questão da necessidade traz também outro aspecto importante que é o agir ampliado, isto é, o ultrapassar os limites da formação especializada inicial porque a realidade assim exige. Neste sentido, ela comenta: **“Você esquece que é enfermeira, não fica amarrada a que é enfermeira, você faz e pronto, lógico dentro do que você consegue fazer e você vai desenvolvendo isso”**. Esta questão é interessante porque expressa um esforço em fazer o possível para atender às pessoas, algo fundamental em um contexto de falta de serviços, carência de recursos e muitas demandas. Em outras palavras, significa dizer que, se quem estava à frente de trabalhos como este não se desdobrasse para suprir minimamente as necessidades urgentes das pessoas, ninguém o faria, pois, o Estado não oferecia serviços para isto e tão pouco elas tinham como recorrer à medicina privada.

Deste modo, eram trabalhos como estes da Igreja que permitiam que a população em geral tivesse acesso a algum tipo de atendimento em saúde e tomando por base o tipo de trabalho realizado em Casa Amarela, podemos concluir que já havia ali uma atenção primária em saúde, só que diferente da que hoje temos no SUS, naquela se pretendia, além de oferecer serviços em saúde, fortalecer a organização e o poder popular com vistas à transformação social.

Mas o fato é que, diante das muitas demandas, o casal percebeu que era preciso mais gente para o trabalho e foi quando começaram a formação de líderes comunitários e membros

das CEBs, iniciando assim, em 1982, um processo de formação de Agentes Comunitários de Saúde. Sobre isto Mores diz:

Nós começamos a formar Agente Comunitários de Saúde através da pastoral porque o pessoal da pastoral começou a chegar depois que Celerino começou a fazer atendimento e eu também fazia o atendimento, a gente sentiu essa necessidade porque eu não tinha condições de visitar todas as mulheres e fazer todo o acompanhamento das grávidas [...] A gente sabia que não ficaria eternamente ali e a gente queria formar pessoas para que pudessem continuar o trabalho (2021) (grifo nosso).

Para participar da formação era preciso morar no bairro, ter compromisso com a comunidade e saber ler e escrever, uma vez que trabalhavam material com conteúdo escrito, contudo, houve pessoas analfabetas participando das formações, dizemos formações porque não ficou limitado ao bairro Casa Amarela, mas formaram Agentes também em outros bairros e em outros contextos populares.

Em geral, os participantes eram pessoas que faziam parte das CEBs e como se tratava de um trabalho voluntário não havia grandes demandas de interessados, de modo que os que assumiam a tarefa, demonstravam ter, de fato, um compromisso social, pois costumavam ser indicados pelas suas comunidades. Quando perguntamos sobre como se dava a formação e sobre o uso das plantas medicinais no processo, a enfermeira respondeu:

Não era apenas plantas medicinais, a gente trabalhava a questão do corpo e depois trabalhávamos a doença de cada parte do corpo e como era importante tratar com plantas e com todas as outras formas de prevenção. Quando já tinha formado as ACS começamos a trabalhar com grupos de doenças, trabalhávamos a síndrome dos 3 D: diarreia, desidratação e desnutrição. Eles não sabiam que poderiam pegar emprego no Estado, então começava com 20 terminava com 8, 9. Quem tinha compromisso, que era militante da Igreja, esse continuava (MORES, 2021).

Comentou ainda que usavam algumas estratégias para facilitar o aprendizado sobre o corpo, tal como órgãos de animais que conseguiam no matadouro ou abatidos para consumo doméstico. Usavam plantas medicinais para o estudo dos sistemas do corpo, prevenção e alimentação que foi para Diana um aspecto fundamental para o trabalho. Ela percebeu que as

mulheres não estavam usando os recursos da própria comunidade em favor próprio e as plantas medicinais eram um sinal disso.

A formação dos Agentes durava em média seis meses, com encontros semanais e todas as demais atividades desenvolvidas em Casa Amarela eram atravessadas por um viés político conforme explicita o seguinte trecho:

Lembre-se que estávamos em uma ditadura e **precisávamos conscientizar as pessoas sobre seus direitos, sobre aquilo que significava política**. Isso sempre foi feito, sempre! Porque **isso fazia parte do desenvolvimento das pessoas e do desenvolvimento da comunidade**. Eles sabiam porque eles eram pobres, porque viviam ali pagavam imposto e não tinham direito a nada. A gente dizia olha, você compra esta caixa de fósforo você está pagando imposto e para onde vai esse dinheiro? É dinheiro seu que vai para o governo e que deveria voltar par cá. **Não adiantava trabalhar a parte técnica se não trabalhávamos a parte política, da cidadania das pessoas. Era isso basicamente que nós queríamos** (MORES, 2021) (grifo nosso).

Temos uma tendência a separar algumas coisas que, na verdade, devem ser vistas integralmente. A saúde é uma delas. O documento de Alma Ata pontuou oito fatores necessários para conquistar a saúde são eles: 1. Terra; 2. Habitação, água potável, esgoto e coleta de lixo; 3. Trabalho; 4. Condução; 5. Lazer; 6. Alimentação; 7. Educação e 8. Participação no poder de decisão (CARRICONDE, 1985). Embora a realidade do país permaneça injusta e desigual em todos estes aspectos, não é comum que esses elementos sejam considerados quando se trata de saúde. A impressão que é de termos regredido nesse entendimento. Se na década de 1970 e 1980, especialmente as organizações populares alcançaram uma compreensão de que saúde era o resultado de um conjunto de fatores e mais que isto, se moviam socialmente pela conquista desse sentido ampliado de saúde. Hoje, com o SUS, caímos no comodismo reducionista, por buscar paliativos para os problemas notadamente de ordem biológica. É como se nos déssemos por satisfeitos com a atual estrutura de saúde montada pelo sistema, e esta tem muito o que melhorar.

Albuquerque comenta que, os Agentes Comunitários de Saúde eram convidados para participar de grupos de estudos que se reuniam mensalmente com o intuito de aprofundar as discussões políticas e sobre isto apresenta depoimentos que reproduzimos a seguir:

Foi nos grupos de estudo que comecei a ler e discutir sobre Paulo Freire, diz um dos depoentes [...] Outro depoente diz a gente tinha o grupo de estudo, se reunia na casa de alguém e lia os textos de Poulantzas, Paulo Freire, etc. e discutia política, mesmo! Às vezes, chamava alguém pra fazer análise de conjuntura (ALBUQUERQUE, 2003, p. 73) (grifos da fonte).

Como não poderia ser diferente, Paulo Freire aparece como referência central pela importância da sua obra para pensar a situação política do país. Neste sentido, Recife foi uma das referências principais em relação à atuação da Igreja progressista, se constituindo um importante centro político do Nordeste, sobretudo a partir da chegada de Dom Helder, um dos principais líderes da ala progressista da Igreja e simpatizante das reformas de base (CONDINI, 2014).

De acordo com Albuquerque (2003), na primeira metade da década de 1980 foram iniciadas as discussões em torno da Política Nacional de Saúde e os Agentes Comunitários se envolveram nesta pauta realizada juntamente com técnicos, seminários por todo o Estado em preparação para a VIII Conferência Nacional de Saúde. Já havia interesse pela institucionalização dos Agentes Comunitários de Saúde.

Retomemos um pouco a questão das plantas medicinais para compreender os desdobramentos do percurso dos Agentes Comunitários de Saúde no bairro Casa Amarela. **Celerino afirmou ter proposto o tema das plantas medicinais para discussão no II ENEMEC, que ocorreu em Recife de 17 a 21 de setembro de 1980, contudo, sua proposta não foi aceita sob justificativa de que o uso de plantas medicinais era coisa de pobre.** Considerando a proposta do médico e o perfil do evento (tendo como referência o I ENEMEC), a rejeição da inclusão do tema na pauta do Encontro mostra-se como algo contraditório, afinal como discutir medicina comunitária sem ter como ponto de partida saberes e recursos do próprio povo? Mas de acordo com o que foi visto, havia conflitos internos no PSCA evidenciados a partir de relatos sobre o Movimento Popular de Saúde – MOPS, um movimento surgido a partir do ENEMEC conforme veremos a seguir.

Na ocasião da realização do II ENEMEC, entrou em pauta a discussão da criação do MOPS que em 1981 foi oficialmente criado. Um relato histórico do Movimento diz o seguinte:

Edificado sobre a noção da saúde como um direito a ser provido pelo Estado, ainda que hegemonizado por um radical desejo de criação do “poder popular” alternativo a este mesmo Estado [...] **Este movimento sobrepõe-se** às práticas oriundas das experiências comunitárias de medicina alternativa baseadas em recursos e saberes locais, à base de remédios caseiros, plantas medicinais e métodos naturalistas, recorrentes nas regiões mais carentes do país, como o norte e nordeste, ou nas localidades interioranas dos estados³⁸.

Doimo e Rodrigues dizem que os princípios do Movimento se definiam pela autonomia dos grupos em relação aos partidos e governos “Sem atrelamento ao Estado, Partidos e instituições, [a estratégia era a de] exigir os serviços de saúde a partir de decisões tomadas pelo povo sem fazer concessões. Valorizava a mobilização social e a participação direta, em detrimento da representação institucional” (2003, p. 99-100)³⁹.

A questão central a ser destacada aqui é uma aparente contradição em relação à identidade do Movimento pois, a sobreposição às experiências comunitárias locais a partir de recursos locais e acena para o reforço de um projeto de Estado. Esta contradição pode ser expressa através da seguinte questão: como é possível que o povo tenha espaço de participação direta para tomar decisões sobre os serviços de saúde em um movimento que se sobrepõe a este próprio povo que não pode agir senão a partir de seus saberes, recursos e alternativas? (COSTA, 2010).

É claro que as iniciativas comunitárias/localizadas precisam estar ligadas a um projeto maior de saúde e sociedade e isto era um horizonte real verificável em quase todas as experiências descritas nos Anais do I ENEMEC. Os espaços de discussão política serviam justamente para construir esta relação entre o micro e o macrosocial, um movimento necessário do qual dependia o significado do agir coletivo. Sobre este aspecto, Freire nos faz pensar que quanto mais pulverizada for a totalidade de ‘comunidades locais’, sem que estas se compreendam como totais e ao mesmo tempo parte de outras totalidades em vários níveis como cidade, região e país, por exemplo, mais alienada ela se torna e isto torna mais fácil dividi-las

³⁸ Página do MOPS. Disponível em <<https://sites.google.com/site/mopsse/home/historico>>. Acesso em 18 de Janeiro de 2021.

³⁹ Os autores citam o documento do 7º Encontro Regional de Saúde Popular – Relatório Marabá (PA) de 1983. Não conseguimos localizá-lo.

e assim mantê-las, contribuindo significativamente para a preservação da opressão. Com visão fragmentada não conseguem entender a condição social na qual vivem com um projeto de sociedade elaborado pelas classes dominantes (FREIRE, 1987). Para defender um projeto popular é preciso partir das bases e respeitar os saberes locais.

A questão aqui observada não se refere de forma opositiva à intenção de ter uma saúde como direito e provida pelo Estado, isto além de ser uma necessidade, significou uma das maiores conquistas da sociedade brasileira. A questão observada é a desvalorização dada às experiências, iniciativas e saberes populares como se o Estado fosse uma entidade capaz de sozinha apresentar as melhores soluções para os problemas das classes populares, entendimento que é no mínimo, ingênuo.

Celerino comentou que a criação do MOPS representou um racha entre os grupos da saúde (porque alguns não concordavam com a ideia de mudança) e no caso dos Agentes de Saúde era possível perceber que havia interesses diferenciados daqueles originários do trabalho comunitário. **Havia crescente preocupação com o reconhecimento do trabalho do Agente de Saúde por parte do Estado.** Com isto, os interesses comunitários ficavam em segundo plano. De acordo com Stotz, a mudança de ENEMEC para MOPS tinha como base a ideia de que era preciso mais que trocar experiências, mas lutar por mudanças no modelo de assistência à saúde. Contudo, as divergências de cunho político prevaleceram e **“O Mops já nasce ‘rachado’”** (STOTZ, 2005, p. 23).

Outra questão levantada por Tereza Ramos, que atuou **como Agente Comunitária de Saúde em Recife desde 1978, é que a criação do MOPS tinha como uma das questões impulsionadoras o interesse de se desvincular do trabalho pastoral e consequentemente da Igreja**, à qual muitos Agentes estavam ligados. O seguinte trecho corrobora a ideia: “Então, no final de 1982, conseguimos acabar com a história de Pastoral e misturamos todos os agentes de pastorais com todos os agentes que apareceram. Podia vir de terreiro de umbanda, de onde viesse, era agente de saúde e juntávamos ali no Movimento Popular de Saúde” (RAMOS, 2007, p. 2). Há aqui uma crítica à vinculação com a Igreja e às pastorais sem o devido reconhecimento de que, sem o apoio da instituição, muitos grupos de base não teriam tido condições de organização e trabalho coletivo sobretudo devido ao regime político da época.

No processo de institucionalização do ACS em Recife, Queirós (2008) menciona o MOPS como alavanca dos movimentos de saúde e grande articulador da institucionalização do Agente de Saúde no contexto local e ainda em nível nacional quando leva a discussão para a VIII Conferência Nacional de Saúde, solicitando que o trabalho até então comunitário fosse assumido pelo Estado, a partir da inserção no Sistema de Saúde, já previsto. Sobre o contexto recifense, comenta:

O movimento popular buscou estratégias para manter o trabalho desses agentes na comunidade [...] promovem a contratação de técnicos de nível superior, médicos e enfermeiros, e inclusive a “**contratação dos próprios ACS, com carteira assinada já nesse período da década de 80 (84, 85) pelo projeto de saúde de Casa Amarela** (PG8)”. [...] o MOPS lutou pela inserção e regulamentação do trabalho do ACS (QUEIRÓS, 2008, p. 66) (grifo da fonte).

Seguindo essa trilha da institucionalização do trabalho do Agente de Saúde, em 1986 a prefeitura de Recife organizou a primeira seleção pública para cinquenta Agentes de Saúde no governo de Jarbas Vasconcelos, do PSB, cujo secretário de saúde havia participado do processo de mobilização no bairro dos Coelhos e conhecia o percurso histórico dos Agentes locais de saúde.

Acontece que o processo seletivo para a escolha dos Agentes sofreu interferências políticas pois tinha que ser aprovado pela câmara e resultou no seguinte acordo: metade das vagas seria ocupada por indicação da comunidade e a outra metade dos vereadores e todos passariam pela banca de seleção. Aconteceu que quando a banca perguntou porque a pessoa queria ser Agente de saúde, os indicados pelos vereadores diziam que haviam sido indicados por pessoa tal e os indicados pela comunidade diziam que tinham feito curso e tinham experiência nos movimentos comunitários. Isto resultou em denúncia pública e o desfecho foi a anulação da seleção e uma ruptura entre governo e movimentos populares (QUEIRÓS, 2008).

Esta ruptura provocou um esfriamento do MOPS e na tentativa de articulação pela inserção institucional do Agente de Saúde em Recife, o Movimento enfrentou diversas dificuldades tais como a cooptação de lideranças dos bairros e a perda de recursos o que levou a sua desestruturação “Isso corroborou para a desestruturação do movimento, e o Projeto de

Saúde de Casa Amarela foi finalizado. Em 1989, os militantes do PSCA realizaram um seminário e declararam o fim do Projeto” (QUEIRÓS, 2008, p. 68).

De acordo com a fala de Diana, ficou entendido que o PSCA entrou em crise com a saída de Dom Helder, pois o novo bispo, Dom José Cardoso, pretendia que o recurso estrangeiro recebido para o desenvolvimento do trabalho passasse primeiro pela Igreja, o que não foi possível pois o recurso vinha através da Igreja, mas não para ela. Além disso, Diana e Celerino se afastaram das atividades para fazer um ano sabático e embora tenham cuidado de deixar os trabalhos em Casa Amarela encaminhados com o médico Paulo Santana à frente, ao retornarem em 1986 se depararam com o fato de as instituições financiadoras terem retirados os recursos e com isto o projeto foi encerrado. A enfermeira preferiu não entrar em detalhes sobre as causas da retirada dos financiamentos.

Em linhas gerais, é possível observar que o PSCA sofreu conflitos internos que contribuíram para seu encerramento. A criação do MOPS, ao que tudo indica foi um dos motivos de dissenso do Projeto funcionando como uma espécie de divisor de águas, pois este tinha uma vinculação direta com a Igreja e o MOPS buscou independência. Podemos considerar que o PSCA passou por dois momentos, um de relação mais direta com as comunidades de base antes da criação do MOPS e outra mais voltada para a ampliação do Movimento que representou a institucionalização das experiências de medicina comunitária (STOTZ, 2005). Esse duplo caminho pode ser entendido como uma primeira representação de mudança no perfil do Agente Comunitário de Saúde.

4.2. A experiência de Macapá – AP

A experiência do Macapá⁴⁰ foi apresentada por um padre identificado como Zortéia que esteve no Encontro como único representante da equipe do trabalho relatado. Trata-se de **um trabalho realizado a partir de um hospital**, o São Camilo e São Luiz. O objetivo da

⁴⁰ A partir desta experiência, não usaremos referências indiretas de forma recorrente, uma vez que todas elas foram reproduzidas aqui a partir do mesmo documento e fazer as mesmas referências frequentes poderia se tornar cansativo para o leitor.

apresentação foi dar ênfase a como a instituição se projetava para a comunidade, quer dizer, além do trabalho hospitalar específico havia outras três frentes de ação são elas: 1. Uma escola; 2. Unidade dermatológica e; 3. Saúde da comunidade/medicina comunitária.

O trabalho da saúde da comunidade se desenvolvia em dois bairros, um em Macapá (o Perpétuo Socorro) e outro na cidade de Santana (bairro não identificado). Estas comunidades sofriam com as cheias do rio Amazonas que enchiam as palafitas e ocasionavam a proliferação de doenças. O padre relata que obedecendo uma lógica de saneamento foram construídas novas casas e instalados alguns serviços básicos como água tratada, e em seguida comenta que as famílias foram assumindo os cuidados, mas não dá maiores informações.

Ao que o relato indica havia áreas longínquas e isoladas na região, de modo que para alguns atendimentos era preciso longos deslocamentos. Por isto havia uma equipe que realizava viagens de barco com duração de até 15 dias para ir ao encontro de pacientes que não tinham como ir ao hospital incluindo todas as crianças em idade escolar.

Mas a parte do relato do padre que mais nos interessa é da formação de Agentes Comunitários de saúde feita com pessoas das proximidades e também com pessoas de localidades distantes.

As formações tinham duração de 45 dias divididos em intervalos de uma semana. Sobre as pessoas trazidas de áreas mais distantes ele diz: “Nós pegamos esses Agentes e muitos outros de regiões longínquas, lá das ilhas. Essas pessoas são levadas para Macapá, nós arranjamos lá onde dormir, geralmente nas famílias” (1980, p. 73). A fala do padre deixa entender que recebiam formação, tanto pessoas que já atuavam de alguma forma como Agentes Comunitários de saúde como outras que supostamente iriam começar trabalhos como Agentes.

As parteiras curiosas, como chama, e que já trabalhavam há muito tempo **também recebiam formação.** Embora atuassem há tempos, não tinham determinados cuidados por não terem outros recursos e/ou conhecimentos, algumas, por exemplo, cortavam cordões umbilicais com cacos de vidros.

Depois de uma semana de formação no hospital, dividida em aulas pela manhã e treinamento à tarde, inclusive na maternidade, essas pessoas recebiam uma maleta para primeiros socorros e voltavam para suas comunidades. Depois de seis meses voltavam para o

Macapá para mais uma semana de aulas e estágio e assim seguiam até se completarem os 45 dias de aulas e estágios, quando então recebiam o diploma.

A equipe de formação era composta por médico, enfermeira, nutricionista, um trabalhador da SUCAM (devido à incidência de malária) e uma/um assistente social. Destaca: “Exige toda uma equipe de orientação que faz um trabalho educativo sobre esses Agentes de saúde” (1980, p. 74). O Padre destaca que após os treinamentos e, conseqüentemente, à atuação dos Agentes em suas comunidades, a mortalidade infantil foi reduzida e após o período de um ano uma equipe fazia a supervisão para ver como o trabalho estava sendo feito.

Uma equipe formada por um padre que era médico, uma irmã, uma enfermeira e outros auxiliares se dirigiam às comunidades mais longínquas onde ficavam 10 ou mais dias por lá fazendo um trabalho educativo. Zortéia comentou ainda que recebiam visitas de pessoas de outros países para conhecer o trabalho comunitário.

Embora não haja relação explícita com CEBs, o padre comenta sobre um trabalho ligado à diocese cujos agentes pastorais estavam sendo aproveitados: **“Estamos aproveitando esses Agentes para transformá-los em Agentes de Saúde [...]** para que depois, eles por sua vez, desenvolvam um trabalho de saúde dentro da própria comunidade” (1980, p. 76). De qualquer forma, a figura do Agente pastoral como alguém engajado no trabalho comunitário aparece como referência.

Não é um relato rico em detalhes, mas consideramos que oferece alguns elementos para pensarmos sobre os Agentes de Saúde especialmente no que se refere ao processo formativo que reforça a diversidade que caracterizava a identificação desses incluindo desde agentes pastorais até pessoas que já tinham alguma experiência ou mesmo leigos interessados no trabalho. O fato de a formação acontecer integralmente em um hospital indica maior atenção às ações específicas do setor saúde sem maiores preocupações com questões de ordem social dos problemas. Neste caso, a relação com a Igreja não tinha desdobramentos políticos possivelmente porque não havia identificação com uma postura progressista.

A experiência também nos dá entender que os Agentes uma vez capacitados desenvolviam diversas ações junto às suas comunidades, provavelmente pela ausência de médicos inclusive nas regiões mais distantes. Foi o que fez David Werner ao escrever o livro

“Onde não há médico” com o intuito de contribuir para que mesmo onde houvesse a presença médica, as pessoas pudessem aprender mais sobre cuidados e zelar pela própria saúde (WERNER, 1984).

Por fim, destacamos o fato de que da equipe de formação fazia parte uma assistente social, informação que indica um olhar para o Agente Comunitário de Saúde não tão centrado na figura de profissionais da medicina e enfermagem. Contudo, a falta de outras informações que explicassem a presença do assistente social na equipe nos impede de alcançar maiores entendimentos.

4.3. A Experiência de Cangaíba - SP

A experiência de Cangaíba (um bairro muito antigo de São Paulo) foi relatada por um médico residente, cuja fala inicial versou sobre as diferenças fundamentais entre medicina tradicional e medicina comunitária. A experiência se divide em várias frentes, o médico menciona vinte e um pontos através dos quais as ações são realizadas. Daremos ênfase às referências feitas à figura do Agente Comunitário de saúde. A experiência é marcada também pelo viés assistencial.

O trabalho em Cangaíba⁴¹ surgiu dentro das CEBs com a intenção de despertar lideranças locais. Apoiado pelo bispo D. Angelico Sândalo Bernardino, o trabalho tinha, na ocasião do Encontro, três anos e meio, tendo portanto, sido iniciado ainda em 1976.

A ideia era desenvolver um trabalho não restrito à saúde, mas mais integral e com este intuito foi criada a Associação Popular de Saúde baseada na concepção de saúde da OMS, o que significava tratar a questão da saúde para além do aspecto biológico, mas de fato mais integral. Assim, os trabalhos desenvolvidos tinham preocupação com uma série de questões que faziam parte da vida das pessoas conforme aponta o seguinte trecho:

Como nós procuramos fazer isso? Diversificando as nossas ações. À medida em que se entende a instância estrutural, político-ideológica [...] cumpre a nós,

⁴¹ No decorrer do relato vão surgindo outros nomes que não sabemos exatamente ao que se referem (se bairros, distritos, etc.)

não ficarmos num trabalho que se limite a uma visão parcelada do problema [...] Entendendo assim a Associação Popular de Saúde levanta como sua tarefa, não só a saúde em si, mas a saúde na visão que a OMS coloca “saúde física, mental e social” (I ENEMEC, 1980, p. 127, 129-130).

O trecho deixa entender que o trabalho ganhou forma a partir da Associação Popular de Saúde e um ambulatorio foi a primeira iniciativa. A apresentação é pouco sistematizada em relação ao detalhamento das ações nas diferentes frentes, de modo que vão sendo mencionadas e seguidas de breves ou brevíssimas explicações.

Dentre elas, foi mencionado um Centro de Defesa dos Direitos Humanos para o qual era exigida a presença de Agentes Comunitários de saúde (não há detalhes sobre esta atuação); Um grupo de visitadoras domiciliares cujo trabalho era oferecer orientação sobre o uso dos recursos disponíveis para cuidados básicos da saúde e realizar levantamentos epidemiológicos no bairro. Havia um curso oferecido pela Igreja no qual semanalmente havia uma aula sobre saúde, embora não haja detalhamento, subentende-se que as aulas tinham como base a perspectiva ampliada de saúde; Além destas, havia vários outros grupos, conselhos e comissões de moradores com atividades diversas.

No que se refere à figura do Agente Comunitários de saúde ganha destaque o trabalho ambulatorial no qual atuavam médico e auxiliares de saúde, estes treinados pela equipe médica; Havia também um grupo de orientadores domiciliares que se dedicavam a levantar informações sobre problemas mais sérios das comunidades.

Ao final da apresentação das várias frentes, comentou-se da tentativa de cooptação quando em uma Assembleia popular um vereador tentou capitalizar um trabalho comunitário. A reação da população foi imediata.

4.4. A Experiência de Campinas – SP

De Campinas, havia dezesseis representantes sendo: o Secretário de saúde, um dentista, uma enfermeira e treze Agentes Comunitários de Saúde. Sebastião de Moraes, secretário de saúde e Mauro Dantas, dentista, fizeram uma apresentação da realidade da cidade, usando recurso visual através do qual mostravam imagens da cidade, enquanto falavam (esta

apresentação inicial está escrita em 14 páginas). Após isto, Mauro Dantas passou a palavra para os auxiliares de saúde anunciados como os reais representantes do povo, os quais passaram a falar das suas experiências.

A experiência de saúde comunitária era desenvolvida a partir da Secretaria de Saúde à qual os auxiliares estavam ligados.

Aristeu, um dos auxiliaries, diz que a escolha do pessoal para atuar nos postos era feita pelas próprias pessoas do bairro onde o posto era instalado e era preciso fazer parte do bairro. Em cada posto de periferia existia três ou quatro médicos que atendiam em parceria com os auxiliares. Estes eram treinados para atender casos mais simples, faziam ausculta e verificavam sinais clínicos simples. Aristeu ressaltou que os auxiliares não somente realizavam tarefas, mas tinham participação na secretaria de saúde em questões relacionadas a documentos da política municipal de saúde, o que ressaltava como algo positivo, uma vez que os documentos partem sempre de cima para baixo.

Os auxiliares participavam de reuniões semanais na Secretaria de Saúde. Discutia-se o que acontecia em torno da secretaria, isto é, nas periferias. Além disso, havia reuniões nos postos onde as equipes discutiam o trabalho conjunto. Sobre a participação nestas reuniões, foi mencionada como uma conquista inclusive a oportunidade de discutir os assuntos. Aristeu comentou que em geral os auxiliaries de saúde apenas cumpriam ordens, não participavam de discussões e isso havia mudado.

Outra auxiliar, Maria José, comenta sobre o Programa de Atenção à criança através do qual acompanhavam as crianças inscritas no posto. A participação das crianças no programa acontecia por critério da mãe ou médico. Havia também grupos para discussão de questões como higiene, amamentação, desnutrição etc.

Sueli, também auxiliar, fala brevemente dos Programas do Posto de saúde do qual faz parte e conclui dizendo: “O médico delega funções, nós é que levamos todos os programas” (p. 94). A fala de Sueli deixa entender que havia na Secretaria de saúde vários programas direcionados a diferentes públicos e/ou problemas de saúde, tal como acontece hoje na atenção básica.

O auxiliar Galdino fez uma fala geral sobre os auxiliares e afirmou que junto com Montes Claros, Londrina, Niterói estavam tentando fazer uma associação dos auxiliares de

saúde, comentou: “Não adiante o auxiliar ficar trabalhando no posto de saúde, se ele mesmo não se organizar” (1980, p. 95). Além disso, afirmou estarem se comunicando com outras pessoas envolvidas em trabalhos de saúde comunitária para reunir o maior número de auxiliares e assim fortalecer o grupo.

Os relatos dos e sobre o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde de Campinas é relativamente breve (ocupa sete páginas) se comparado ao tempo dedicado ao relato inicial do secretário de saúde e dentista, que dedicaram tempo ainda a recitar textos de músicas e poesias intercaladas aos relatos (que a nosso ver, em nada contribuíram para a compreensão do trabalho). Dessa forma, restou aos/as auxiliares de Saúde pouco tempo para seus relatos, que deveriam ter sido os mais evidenciados tendo em vista o objetivo do evento.

Em todo caso, a exposição dos profissionais pode ser justificada pela pretensão de expor a situação de crescimento populacional periférico a partir da década de 1970 quando houve uma explosão urbana em São Paulo decorrente de migrações fazendo crescer o número de favelas e consequentemente a demanda por serviços.

O relato oferece poucos detalhes sobre o trabalho de gestão popular desenvolvido em Campinas, verificamos através de outras fontes que se tratava de um modelo alternativo de atenção à saúde desenvolvido no município.

A partir de 1977, projetos alternativos de atenção à saúde foram estruturados na cidade a partir do modelo de medicina comunitária tendo como referência de apoio os programas de Medicina Comunitária da Universidade Católica de Campinas e da Unicamp, em parceria com as Secretaria Municipal de Saúde, tal como aconteceu também em Niterói, Montes Claros e Londrina. A implantação desses projetos significou uma reforma dos serviços de saúde que eram calcados no modelo hospitalocêntrico e também resultou em uma aproximação com a população que passou a ter espaço de participação (SMEKE, 1989); (NASCIMENTO; CORREA; NOZAWA, 2007.).

A experiência de Campinas apresentada no ENEMEC foi, na verdade, um reflexo dessa lógica contra hegemônica e a chegada do médico Sebastião de Moraes à Secretaria de Saúde de Campinas foi algo fortalecedor para as organizações de bairro existentes, pois o médico iniciou a ampliação da rede de postos de saúde com base no modelo da medicina comunitária e participação popular (SMEKE, 1989); (NASCIMENTO; CORREA; NOZAWA, 2007). De

acordo com a primeira autora, o secretário atendia as reivindicações populares, preocupava-se com a ampliação quantitativa e qualitativa dos serviços de saúde para a população carente e periférica de Campinas, além disso, era considerado além um profissional competente ser humano íntegro⁴².

De acordo com Smeke, a Secretaria realizava um trabalho a partir de dois eixos, o primeiro era: “[...] **abertura institucional a propostas políticas relacionadas à questão da saúde, comprometidas com os interesses populares**, tendo em vista sua emancipação” (1989, p. 182); Este eixo permitia entre outras coisas que profissionais deixados de lado por sua posição política pudessem ocupar espaços públicos e nele realizar práticas nas quais acreditavam (1989, p. 182). O Segundo eixo: “[...] democracia interna que se concretizava através da participação direta dos funcionários no nível decisório da Secretaria, sobretudo aqueles que trabalhavam junto à rede de postos que se implantavam” (Ibidem). A questão da participação destacada na ocasião do relato da experiência nos Anais fica mais clara partir destas informações.

Com base nestes eixos, são destacados três pontos principais da execução do trabalho na secretaria de saúde: a implantação dos postos comunitários, que se dava a partir das reivindicações das comunidades, as reuniões de representantes que se constituíam como suporte para a legitimação dos interesses populares junto ao Estado, no qual “[...] buscavam explorar as brechas abertas pelas contradições institucionais” (SMEKE, 1989, p. 193) e por último, a seleção de pessoal que era considerada pilar de sustentação do projeto como todo porque pretendia romper com a lógica do apadrinhamento político, este ultimo ponto nos remete diretamente à figura do auxiliar de saúde e por isto, nos deteremos mais a ele.

Inicialmente, as equipes de saúde eram formadas por médico e auxiliaries que eram mais numerosos e representavam o principal elo de ligação do serviço com a comunidade trazendo dela suas aspirações e críticas para o espaço institucional.

Para a seleção dos auxiliaries era preciso que vivesse na comunidade do posto ao qual estaria ligado, além disso havia outro critério considerado o mais importante: a participação

⁴² Informações disponíveis na página do Centro de Saúde de Campinas que recebeu o nome do médico http://www.saude.campinas.sp.gov.br/unidades/centros/cs_sta_odila/cs_sta_odila_bio.htm. Acesso em 21 de Janeiro de 2021.

ativa do candidato junto ao Movimento Popular (SMEKE, 1989).

A metodologia usada e mencionada pelo autor sobre o processo de seleção não fica exatamente clara, mas oferece elementos importantes para percebermos o perfil do auxiliar de saúde bem como do espaço institucional no qual acontecia. Destaca a autora:

Consistia de 6 reuniões com os candidatos e com outros moradores interessados (em que) através de dramatização, redação, leitura de textos, com discussão de grupo, entrevistas (...) buscava-se desmistificar a figura do médico, como único detentor do saber avaliar as reais condições de vida e saúde da população (...) Debates em grupos, visão crítica quanto ao real significado do atendimento em um posto (...) frente aos problemas de saúde. (LAVRAS apud SMEKE, p. 189).

Havia uma comissão de seleção formada por nove profissionais, sendo: dois médicos, quatro auxiliares de saúde, um enfermeiro, uma pessoa do setor de saúde mental e um integrante do nível central (é desta forma que a autora menciona). Os membros desta comissão eram eleitos por seus pares e dois terços dela eram alterados a cada seis meses. Além do processo de seleção, a comissão era responsável também pelo treinamento e reciclagem dos auxiliares (SMEKER, 1989)⁴³.

É pertinente observar que o modelo de seleção representava de fato um instrumento de avaliação dos candidatos que prezava não somente pela capacidade de atuação técnica, por assim, dizer, mas era enviesado por uma perspectiva política que fortalecia o processo democrático. A incorporação de elementos como redações, textos e discussões enriqueciam o processo porque permitiam apreender vários aspectos, além disso, aponta-se para uma preocupação da equipe e conseqüentemente da instituição, em sua esfera de secretaria, com o sentido político no qual caminhariam estes auxiliares.

Cabe destacar ainda a tentativa de interferência na escolha. Tanto representante das Associações de Amigos de Bairro quanto pessoas ligadas à administração e ao legislativo tentaram usar a influência para indicar pessoas, fato que foi visto em muitos casos como

⁴³ A definição e os princípios da comissão foram decididos pela comissão de representantes e homologado pela secretaria de saúde em julho de 1979. (Cf. Smeker, p. 192).

negativo para a comissão, porque significava que o candidato acatava o apadrinhamento.

Este aspecto mostra que o jogo de interferências políticas é uma constante na pauta dos serviços públicos, assim como as posturas políticas diferentes são motivos de conflitos internos que muitas vezes asfixiam determinados projetos de trabalho. Foi justamente o que aconteceu com o Projeto de Saúde Comunitária de Campinas, na gestão do secretário em questão, Sebastião Moura foi afastado da função por desenvolver um trabalho voltado para os interesses populares, o que desagradou a cúpula política, conforme relata o rico trabalho de Smeke. Depois disso, a secretaria passou por uma série de mudanças administrativas que culminaram em medidas como a tentativa de cooptação das organizações e trabalhos de base através da criação de conselhos comunitários com o intuito de desarticular as organizações existentes (assembleias do povo), retirar autonomia popular e cooptar as lideranças. Além disso, propunha que os mini postos fossem construídos com mão de obra voluntária e com recursos da própria população.

Para não nos alongarmos mais nesta experiência, embora as questões trazidas tenham sido importantes para melhor compreender o sucinto relato presente nos Anais do I ENEMEC, convém destacar que vemos na experiência de Campinas – SP, no contexto da década de 1970, em São Paulo, uma experiência institucional com Auxiliares de saúde/Agentes de Saúde guiada por uma perspectiva democrática popular, voltada mais para os interesses da base social que para os institucionais, prática que fortalece os setores populares em detrimento dos setores dominantes.

A desestruturação do projeto explicita o quanto este tipo de gestão e projeto social incomoda os grupos dominantes, neste caso em especial os profissionais da saúde que não admitem um trabalho horizontal que os retire o privilégio de classe. Isto é visto, por exemplo, quando, após a gestão de Moraes foi implantado um Sistema de supervisão médica feita por profissionais de confiança do novo secretário.

Mesmo diante destes e outros pontos de conflito político postos pela nova gestão, as organizações populares se mantiveram unidas em articulação sobre debates a respeito das pautas de políticas de saúde municipais, estaduais e nacionais o que desembocava na discussão sobre a abertura democrática.

4.5. A experiência do Instituto Paulista de Promoção Humana

O trabalho do IPPH foi apresentado por quatro pessoas sendo uma delas o superintendente do Instituto, o padre Augusti e três Agentes atuantes nos trabalhos desenvolvidos. Introdutoriamente, o padre diz que o trabalho partiu de uma visão de responsabilidade cristã nos contextos locais entendendo que a Igreja é essencialmente política porque sempre está a serviço de alguém: oprimidos ou opressores: “ou ela mantém o status, ou faz alguma coisa para que haja mudança e transformação” (I ENEMEC, 1980, p. 276).

O trabalho com Agentes Comunitários de Saúde foi iniciado 1971 a partir das CEBs⁴⁴ sobre as quais comenta: **“O grande salto qualitativo da verdadeira comunidade de base é que ela tenha um conteúdo profundamente social e político no meio do mundo onde ela existe”** (1980, p. 276). Eram três as preocupações básicas do IPPH: 1 – criação de modelos alternativos para melhoria das condições de saúde, agricultura e desenvolvimento social e profissional; 2 – Conseguir através dos trabalhos maior conscientização do povo, por acreditar que as grandes mudanças vão surgir a partir da base; 3 – Formar lideranças e dentro disso, o Agente local.

A figura do boia-fria apareceu com recorrência nos relatos, de modo que foi focalizado como centro da preocupação do Instituto, por isso, o trabalho tinha como ponto de partida programas de intervenção agrícola integradas ao setor da saúde, sobre isto comenta-se: “O setor agrícola possui uma equipe de técnicos e uma equipe de Agentes locais, que são pessoas escolhidas na mesma comunidade, por características de liderança, por terem condições de comunicação” (1980, p. 282). A intervenção agrícola tinha como ponto de partida o trabalho com hortas orgânicas que eram divididas em quatro tipos: demonstrativas, domiciliares, diversificadas e roças comunitárias.

As hortas demonstrativas serviam como locais onde as famílias alcançadas pelos Agentes locais se reuniam juntamente com eles aos sábados para aprender aspectos técnicos de como fazer uma horta e além disso discutir os problemas da população. Estas

⁴⁴ Faz um comentário sobre o movimento carismático que, em geral, é o oposto das CEBs, no sentido de levar a uma alienação e distorção de qualquer consciência crítica das pessoas.

hortas ficavam perto dos mini postos. Os Agentes agrícolas visitavam periodicamente as casas dos boias-frias, para orientá-los e educá-los no sentido de conseguir mudanças de hábitos.

No que se refere às hortas domiciliares, os Agentes de Saúde e Agrícolas incentivavam e orientavam as famílias fundamentalmente de boias-frias, a plantarem hortas no quintal. Nesta modalidade, além do caráter educativo havia um fim comercial com o objetivo de favorecer o orçamento familiar. Assim, além da produção para consumo conseguia-se um excedente para venda em locais como feiras livres.

As Hortas comunitárias eram consideradas como trabalho mais amplo e importante em termos de organização coletiva. Nestas se concentravam quatro ou cinco lideranças e boias-frias para realização de planejamento do que cultivar e como.

Para a comercialização dos produtos e melhor organização dos trabalhadores foi criada uma Associação comunitária na qual os trabalhadores passavam por uma capacitação de trinta dias, discutiam problemas de classe, o histórico desses problemas, a situação dos boias-frias, a importância do trabalho coletivo e solidário.

Em seguida passaram a apresentação de slides a partir dos quais Agentes Comunitários de Saúde vão falando sobre o que vão mostrando. Destacaremos alguns pontos.

O ambulatório funcionava como ponto motivador para o trabalho comunitário, através dele, os Agentes entram em contato com as lideranças e a participação da comunidade.

Os Agentes de Saúde realizavam visitas domiciliares para identificar e conhecer a realidade das famílias e além disso, realizavam atendimentos no ambulatório. Eles recebiam treinamento médico para atender casos mais simples, determinados tipos de doenças. Faziam atendimentos/consultas, exames clínicos, davam conduta e hipótese de diagnóstico. Realizavam pré-natal, verificavam pressão arterial, faziam orientação e controle da população, puericultura e atendimento na farmácia do ambulatório que não se restringia a entregar remédios, além disso, ensinava-se a aplicar injeções, verificar temperatura, medir a pressão, noções de primeiros socorros, etc. ⁴⁵

⁴⁵ Os Anais do I ENEMEC apresentam um relato de filme sobre a assistência primária à saúde no México, no qual é afirmado que um auxiliar de saúde estava sendo treinado por um médico para realizar um tipo de intervenção oftalmológica (Cf. Anais, 1980, p. 112).

Outra Agente afirma: “As pessoas que participam desse curso de Primeiros Socorros, recebem orientações práticas para aplicar na comunidade. Isto é um fator educativo. **Daí vão surgir Agentes voluntárias**” (p. 289). O acompanhamento do trabalho do Agente era feito em geral por um médico e sobre a relação com esse profissional uma Agente comentou: “[...] **nós encaramos o médico não como um ser superior, mas como um educador**” (1980, p. 288).

As Agentes também faziam reuniões com as senhoras dos bairros para momentos educativos na cozinha de algumas mulheres, o que chamavam de cozinha experimental. Nestas cozinhas as mulheres se reuniam para aprender a diversificar a alimentação a partir do que plantavam em suas hortas e, além de valores nutricionais discutia-se problemas comuns como a desnutrição, por exemplo, o porquê dela existir e assim interligava os trabalhos da horta, cozinha e saúde, isto, é, interligavam os temas aos seus determinantes sociais o que significa que as discussões se ampliavam a partir das problematizações propostas.

Havia também um acompanhamento específico dos boias-frias. Considerando a dificuldade para serem encontrados em casa e o sofrimento cotidiano desse trabalhador, uma pessoa denominada Dalva comentou: “Quem não conhece o sofrimento do bóia-fria hoje? [...] foi baseado nesse sofrimento do bóia-fria que nós sentimos a necessidade de fazer um acompanhamento direto, no caminhão, com esses bóias-frias” (1980, p. 295). O acompanhamento consistia na ida das Agentes com os trabalhadores para o local de trabalho, o objetivo inicial era realizar um curso de primeiros-socorros e depois fundar uma Associação para que conhecessem melhor seus direitos. O grande sentido do trabalho era o fortalecimento dos coletivos através de grupos.

Uma pessoa identificada como Lena falou sobre a escolha e treinamentos das Agentes. A escolha era feita através de grupos de jovens existentes e também da indicação da comunidade. Nos grupos eram observados os mais espertos, comunicativos, depois por pressão do próprio grupo outros critérios iam sendo observados e **a própria dinâmica do trabalho indicado pela comunidade ia ajustando o grupo**, os Agentes. Em uma outra etapa, a dedicação dos jovens era observada e os que se identificavam mais com as atividades passavam a receber remuneração e depois o grupo todo fazia a escolha dos Agentes.

Os técnicos participavam do processo de planejamento, mas eram as próprias Agentes que faziam os treinamentos “[...] nós temos Agentes que estão conosco desde dez anos de idade.

Então esse treinamento é feito pelas Agentes, orientadas pelos médicos”. Além do contato direto com a base, isto é, de trabalho prático em comunidade havia também uma parte teórica. O Guaimbê era o município em cujo Centro de Treinamento eram realizados os treinamentos. É dito ainda que a própria comunidade Guaimbê fazia treinamentos para pessoas que vinham de fora e recebiam pessoas de vários lugares do país.

O IPPH representava um núcleo da Igreja, por assim dizer de atuação popular. Serviu de indicativo da pulverização da ação da Igreja pelo interior paulista a partir da década de 1970, fato corroborado pela literatura.

4.6. A dimensão política: um fio que une as experiências

“[...] nós consideramos o papel do Agente como um verdadeiro serviço de mudança, de transformação [...] O Agente de Saúde tem que ser uma força de libertação do povo”
Pe. José Augusti.

As experiências são dotadas de diferentes aspectos, todavia, é importante observar que todos eles nos remetem ao contexto social e político do país de ausência de democracia e consequentemente, de falta de políticas sociais em favor da maior parte da população. Assim, todas as experiências são pautadas na proposta da medicina comunitária, a partir das causas dos problemas das camadas populares em seus diferentes contextos territoriais, de extensão e de relação institucional.

É comum a todas as experiências: o foco na figura do Agente de saúde como recurso humano para atenção básica em saúde⁴⁶, a ausência do Estado na oferta de serviços, a participação popular e a concepção ampliada de saúde e todos estes elementos refletem a dimensão política das experiências, consideradas por nós como amálgama e seu principal elemento unificador, isto é, sua politicidade entendida como assunção política em favor da ética, da vida, da justiça, da dignidade (COSTA, 2010) e que passará a ser discutida a partir de agora.

⁴⁶ Expressão usada aqui não em correspondência com o uso corrente que se refere ao primeiro nível de atenção dos serviços de atenção à saúde no SUS.

A primeira coisa a ser observada quando nos propomos a tratar da dimensão política é a questão da não neutralidade, isto é, da necessária politicidade de nossas posturas. Significa reconhecermos que mesmo quando não assumida de forma explícita, sempre há um sentido político na direção na qual caminham nossos discursos e ações, sejam quais forem, porque sempre assumimos um lugar em favor de alguém e conseqüentemente contra alguém e é justamente este “alguém” que anuncia/denuncia que politicidade estamos praticando/tratando, se em defesa dos menos ou mais favorecidos ou, para usar termos freireanos, dos oprimidos ou dos opressores. Mas para fugir da dicotomia dos termos na qual acabamos caindo, convém refletir que não oprime apenas aquele que assume esse lugar/essa postura de forma explícita, mas sempre que há negação de apoio à causa dos oprimidos, seja como for, assumimos de alguma forma, a condição de opressores. Deste modo, não necessariamente todas as pessoas se enquadram em um dos lados porque é possível que em determinados momentos, haja oscilação do lugar que ocupamos mesmo que inconscientemente. Isto é claro, não nega que historicamente há grupos e pessoas com estes lugares bem demarcados.

No caso dos que assumem uma postura política em favor dos menos favorecidos, identificados pela literatura como progressistas, há um compromisso com as causas e classes populares que buscam do seu lugar e tempo histórico, a libertação de estruturas sociais opressoras (COSTA, 2010).

Sobre a impossibilidade da neutralidade, um dos participantes do ENEMEC fez o seguinte comentário, quando a politicidade do Agente de saúde foi posta como tema para discussão:

Um alerta à questão do Agente [...] que é muito evidente, mas que se deixa de enxergar às vezes. Toda ação do Agente, **seja qual for o Agente, toda ação dele é política**. Não pode deixar de ser, é impossível ser neutro. **Ou ele está ajudando a continuar a situação como está, ou está ajudando mudar**. E é claro que nós queremos que o Agente seja realmente um Agente de mudanças (I ENEMEC, 1980, p. 209 - 210).

Este trecho indica a preocupação com o sentido político do Agente de Saúde, embora consideremos que este sentido esteja implícito no contexto em questão, todavia, é importante manter-se em alerta constante, pois a possibilidade de desalinhamentos de perspectiva política

é real tal como indica o trecho a seguir, proferido por um Auxiliar de Saúde, um dos representantes da experiência de Londrina – PR também apresentada no ENEMEC:

Nós estamos ligados a uma Instituição que é a Secretaria de saúde. Não estamos trabalhando voluntariamente, nós ganhamos para isso, não estamos prestando favor à comunidade, e nem à prefeitura. Somos funcionários regidos por uma CLT, e trabalhos comunitários são feitos por auxiliares que realmente estiverem interessados. Não é cobrado esse tipo de trabalho com a comunidade (I ENEMEC, 1980, p. 178).

O desalinhamento a que nos referimos não é o fato de estar ligado a uma Secretaria de Saúde, pois em Campinas, como vimos, a experiência comunitária se deu ligada a uma Secretaria de Saúde, mas diz respeito a não correspondência com o perfil do Agente centrado na perspectiva comunitária. O falante deixa claro seu compromisso com a instituição que lhe remunera e à qual representa. Embora a fala possa ser interpretada de outras formas, é possível compreender que o trabalho não é tido como comunitário; É como se o auxiliar de saúde ligado à Secretaria estivesse acima da comunidade em que atua. Trata-se a nosso ver de um caso em que a politicidade não tem sentido convergente com progressismo, isto é, aquele que pretende produzir mudanças, por assim, dizer.

Outro aspecto a ser ressaltado quanto ao alerta constante em observância ao sentido político diz respeito ao distanciamento entre discurso e prática, isto é, a ausência de uma práxis entendida como “[...] nenhuma separação entre pensamento-linguagem e realidade objetiva” (FREIRE, 1978, p. 23), em outras palavras, que não haja separação entre o que se diz e o que se pratica. Desta forma, quando há um, distanciamento entre discurso e prática, nega-se por conceituação uma postura política coerente, de modo que é preciso que haja “[...] uma síntese entre teoria-palavra e ação” (ROSSATO, 2010, p.325). Embora esta práxis não tenha sido negada nas experiências, consideramos pertinente comentá-lo uma vez que é aspecto do teor político da discussão.

Dotadas de politicidade progressista, as experiências de medicina comunitária desenvolvidas em um contexto de Estado ditatorial, expressam além do potencial de organização e articulação política dos grupos populares frente ao descaso do Estado brasileiro com as condições de vida da população, a articulação de organismos sociais com um projeto

político de sociedade em defesa dos injustiçados socialmente e a Igreja Católica foi a maior expressão dessa articulação.

Voltadas para o tema da saúde num sentido amplo, as experiências surgiram como forma de autodefesa e expressão política contra um Estado cujo projeto de sociedade era explicitamente conservador. As experiências também representaram a defesa de um projeto social de saúde contrário ao hegemônico que, centrado na figura do médico, explorava (e explora) os doentes, como ressaltou o bispo de Lins em fala no evento:

O povo brasileiro, como os povos subdesenvolvidos em geral, são (*sic*) vítimas da indústria da medicina que manipula o povo doente através de sistemas de exploração da doença, principalmente com a indústria de medicamentos que, nas garras das multinacionais, representam uma das maiores fontes de exploração do terceiro mundo (I ENEMEC, 1980, p. 4).

Assim, a ampliação das formas de pensar saúde e doença considerando seus determinantes diversos (sociais, culturais, econômicos etc.) significou pensá-la politicamente porque superava o sentido dicotômico da visão de limitada de saúde, reconhecendo a necessidade de cuidado com corpo social, além do físico.

Considerando que o centro das discussões do I ENEMEC era o Agente Comunitário de saúde, uma das primeiras preocupações do Encontro foi uma definição do Agente Local de Saúde, como foi chamado na palestra inicial do Encontro intitulada “O Agente de Saúde” proferida pelo Pe. Augusti, superintendente do IPPH. Sobre isto ele diz:

[...] é importante que, ao se conceituar a noção agente, se tenha presente que **promover a saúde significa** não apenas curar doenças isoladamente, resolver problemas de saúde localizados, mas **atacar de uma forma eficaz as raízes de tudo aquilo que dão (*sic*) origem a essa falta de bem-estar social e individual** das pessoas (I ENEMEC, 1980, p. 10) (grifo nosso).

Partindo do pressuposto que a doença física e todo tipo de marginalização social são manifestações da doença social, saúde física e social são interdependentes e o Agente de Saúde é alguém que deve ter a saúde como valor básico da existência humana a ser assumido como tarefa da comunidade que deve se tornar gradativamente, agente da própria saúde e isto significa “[...] criar condições de uma autoconsciência, de uma consciência política” (I ENEMEC, 1980,

p. 10). Estão presentes aqui as dimensões individual e coletiva preocupadas com uma transformação tanto do homem quanto da sociedade.

Dentro desta perspectiva, o cuidado e a promoção da saúde não podem ser feitos apenas por técnicos especializados em cura física, mas por todas as pessoas empenhadas na construção de um mundo melhor. Se promover saúde é ser radical quanto aos determinantes sociais da doença, o Agente de Saúde como parte da comunidade, não pode ser alguém que desempenha tarefas apenas de saúde em termos restritos, mas aquela pessoa que ajuda a enxergar a raiz dos problemas, a participar, a ser mais ativo na dinâmica social. **“O Agente não pode ser um mero elemento adestrado para fazer tarefas [...] O Agente é aquele que está sempre animando, entusiasmando a comunidade, a lutar decisivamente pela sua saúde, pela conquista, pela preservação e pela melhoria da sua saúde”** (I ENEMEC, 1980, p. 13, 14).

Como podemos perceber, a concepção de Agente de Saúde e suas variantes é atravessada por um sentido político muito claro e que corresponde ao pensamento político freireano, de modo que, se pegarmos, por exemplo, o problema da desnutrição que acomete e mata centenas de crianças anualmente nos países em desenvolvimento, veremos que para resolver o problema não basta cuidar pontualmente destas crianças, mas é preciso ampliar o leque de ações ao ponto de alcançar a comunidade, o bairro, a cidade, o Estado e o país. É possível mudar a situação de um desnutrido sem contribuir para a solução do problema da desnutrição. Ao dizermos isto não colocamos em questão a importância do que tem sido feito para salvar a vida de tantas crianças, o problema é que se a causa do problema não for tratada, as ações paliativas nunca deixarão de ser necessárias.

Não é possível falar do Agente de Saúde sem pensarmos em questões como alimentação, abastecimento de água, saneamento básico e reforma agrária, por exemplo. Trata-se de uma cadeia estrutural que está interligada, e sem consciência política crítica não é possível compreendê-la. Deste modo, um Agente executor de tarefas dificilmente será eficaz para uma mudança social.

Corroborando esta ideia, Augusti diz: “A consciência do povo de que a causa de tudo isso é a má distribuição da terra, da renda, é a doença social, é a injustiça, é disto que devem estar impregnados os Agentes [...] sem estar comprometido com o sistema devorador do egoísmo, do lucro” (I ENEMEC, 1980, p. 24).

Dito isto, não nos parece haver dúvida quanto ao sentido político em torno do qual o Agente de Saúde deve seguir. O fato de tudo ter surgido das necessidades das populações exige que seu comprometimento seja com esta população e é o que está expresso nas experiências, especialmente naquelas que tinham relação originária com a Igreja através das CEBs, como é o caso da Casa Amarela em Recife, de Cangaíba – SP e do IPPH, embora também seja expressiva a politicidade de experiências desenvolvidas no espaço estatal influenciado por gestores progressistas, como é o caso da experiência de Campinas desenvolvida a partir da Secretaria de Saúde.

Há outras ideias presentes na fala inicial sobre o Agente de Saúde que estão diretamente entrelaçadas com a dimensão política, trata-se da **liberdade, independência e remuneração** dos Agentes conforme aponta o seguinte trecho: “A importância desse Agente ser livre, independente impõe que seja justamente remunerado, para que efetivamente ele desempenhe o serviço consciente educativo, livre” (I ENEMEC, 1980, p. 20); Na verdade, estes aspectos não são postos de forma separada mas interligados, de modo que para ser livre é preciso que tenha independência institucional e que seja remunerado pela comunidade. A separação foi feita apenas para organizar melhor nossa exposição.

O Agente deve ser livre em relação às amarras do sistema que usa a saúde para oprimir e explorar e também libertador no sentido de ser aquela pessoa que deve contribuir para que sua comunidade compreenda o real sentido de ter saúde. Sobre a condição de libertador, observemos os seguintes trechos: “O papel ideal do agente de saúde é o de libertador” (I ENEMEC, 1980, p. 19); “Então, o Agente é aquele que liberta de todo tipo de opressão, que ajuda o povo a se libertar, que está a serviço dessa libertação. Por isso, o Agente é libertador” (Ibidem, p. 26). Em outras palavras, ser livre aqui significa ser Agente não ligado a instituições que ditam suas formas de ser e agir, ser livre significa ser gerido pelo próprio povo.

Esta liberdade incide em todas as outras questões que envolvem o Agente, desde escolha, capacitação, atuação e remuneração. Se o Agente aprende coisas variadas, se é incentivado a pensar, tomar iniciativas e apender por conta própria, se suas opiniões são respeitadas, certamente poderá contribuir significativamente com a comunidade e poderá se tornar “[...] um agente local de transformações, não somente na área da saúde, como também no despertar do potencial humano e da consciência” (I ENEMEC, 1890, p. 16).

Por outro lado, se aprende um número limitado de aptidões, treinado não para pensar mas para seguir uma lista de instruções de tarefas e normas, é vinculado a um posto de saúde padrão e tem suas ações todas predefinidas, esse tipo de Agente produz pouco impacto na comunidade porque gasta boa parte do seu tempo preenchendo fichas (I ENEMEC, 1980).

No caso do primeiro Agente, o mais livre, por assim dizer, há uma identificação com o paradigma indiciário, isto é, com uma forma de pensar aberta, calcada nas alternativas, nos sinais, em formas de compreensão e ação, não necessariamente ligadas às convencionais, conforme destaca Gonçalves (2019)⁴⁷. No segundo caso, a prioridade dada às normas e instruções a serem seguidas aproxima o Agente do sentido dominante de um servidor público.

Sobre esta ideia do Agente como libertador, nos parece por um momento, um pouco idealizada, do ponto de vista de centrar na figura desse Agente algo que deve ser na verdade uma característica/um papel de todas as pessoas, pois cada membro da comunidade deve ser junto aos demais, um Agente libertador de sua condição de injustiça e opressão.

Na verdade, as afirmativas dão margem para duas interpretações, pelo menos, de modo que o Agente pode ser entendido como representante e membro da comunidade que assim como todos é um libertador ou ele pode ser visto/entendido como um representante que incorpora certo papel de destaque nesta representação comunitária e isto pode nos levar a outra questão discutida no encontro, posta como preocupação, que é da **elitização** do Agente, conforme veremos adiante. Em todo caso, afirmá-lo como libertador, significa reconhecer que o Agente dotado de consciência social política pode contribuir com a conscientização política da comunidade, o que de certa forma, o torna libertador.

Trata-se na verdade, de um processo de despertar as pessoas para suas potencialidades considerando que todas as pessoas possuem um poder de transformação, embora muitas não saibam e/ou não acreditem nisso por pensarem numa dimensão individual, sendo necessário que alguém provoque tais percepções. Também para isto, os processos formativos de base são fundamentais e corroboram com algo já citado anteriormente e que merece ser retomado aqui: isoladamente, os indivíduos têm suas forças muito limitadas e não podem fazer muita coisa, por isso, a importância da organização para a reunião de forças, necessária a todo ato revolucionário

⁴⁷ Texto de 2019 ainda não publicado: GONÇALVES, Luiz G. **“Ir aonde o povo está”, nas décadas de 1950 e 1960 no Brasil: o paradigma indiciário e as reinvenções do sentido de educação popular.**

(KONDER, 19810). Se pensarmos em termos aristotélicos, poderíamos dizer que as pessoas são a revolução em potência e a transformam em ato quando tomam consciência e agem coletivamente.

A ideia da **independência** é ressaltada no sentido de o Agente ser independente em relação às organizações e/ou instituições que possam submetê-lo ao serviço do sistema de exploração da doença o que o desviaria de seu compromisso primordial com o povo, conforme indicam o seguinte trecho: “Nós temos que preservar a figura do Agente, como um Agente independente, do povo, e para isso nós temos que estar profundamente solidários, com essa comunidade” (I ENEMEC, 1980, p. 21). É possível depreender que a independência é tratada como um princípio de sustentação do compromisso popular e não de outra ordem de interesses.

No que se refere à remuneração, o ponto de vista defendido no Encontro é que o Agente Comunitário de Saúde deveria ser remunerado pela comunidade na qual atuasse, ou por organismos solidários. Para melhor compreender esta questão, é importante entender que dentro do contexto em questão, os Agentes Comunitários de Saúde podiam ser classificados a partir de duas características gerais: podiam ser Agentes voluntários entendidos como todos os participantes da comunidade que passavam a se Agentes sociais de saúde ou Agentes de sustentação que seriam justamente os que seriam remunerados pela comunidade ou por organismos solidários no caso daquela não ter condições de fazê-lo “Essa grande preocupação da remuneração dos Agentes pelas comunidades, pelos Organismos ou pelos grupos, ou pelas comunidades profundamente solidárias ao povo, que sejam capazes de deixar intacta a sua independência” ”(I ENEMEC, 1980, p. 19). Daí a defesa da ideia de que o Agente não seja um profissional preocupado com a comercialização do que aprendeu e das atividades que desenvolve (I ENEMEC, 1980, p. 19).

Mesmo reconhecendo esses dois Agentes como os que podem dar maior retorno à comunidade em termos de possibilidades de mudança, é lembrado um terceiro tipo de Agente que seria justamente aquele ligado à uma instituição, em geral uma prefeitura, neste caso, a tese defendida é que “[...] esse tipo de agente se identifique profundamente à mística, ao espírito daquele agente que efetivamente brota da comunidade” (I ENEMEC, 1980, p. 29).

A partir destas observações, vemos que em termos gerais, a ideia presente na fala inicial do ENEMEC é a de que o Agente deve ser um representante da comunidade, livre, escolhido e

remunerado por ela e sem ligação direta com organização ou prefeitura, deve ser promotor da vida e não da doença, isto é, atuar em favor do povo e não de uma instituição/organização, sua prestação de contas deve ser feita ao povo a quem presta serviço porque só poderá ser Agente de mudanças se estiver enraizado na comunidade.

Os principais pontos presentes na palestra inicial sobre o Agente Comunitários de Saúde, bem como aspectos postos nos relatos das experiências apresentados, que se correlacionam, foram desdobrados em outros momentos do Encontro e após a apresentação de sete experiências, algumas questões focalizando a figura do Agente de saúde foram postas como síntese dos principais aspectos e fomentadoras de discussões, dentre as quais, a dimensão política especificamente:

1. Qual seria a validade de um trabalho com investimento estrangeiro?
2. Qual seria a validade de um trabalho não-estatal, tirando a responsabilidade do Estado?
- 3. Qual seria a validade da ação política do Agente de Saúde?**
4. Como deve ser feita a escolha do Agente de Saúde e sua sustentação na comunidade?
5. Como estabelecer prioridade em saúde e quem deve fazê-lo?
- 6. O que fazer para que não haja elitização do Agente de Saúde? (I ENEMEC, 1980, p. 196) (grifo nosso).**
7. Como se pode promover a participação comunitária, através de Programas de Saúde? (I ENEMEC, 1980, p. 19-196).

Estas questões foram postas para discussão de quatorze grupos, todavia, algumas receberam mais atenção que outras. A fim de expor o grau de atenção dado à cada questão, organizamos o seguinte quadro identificando qual/quais questão/questões foi/foram discutida/discutidas por cada grupo:

QUADRO 3 – QUESTÕES DEBATIDAS NO I ENEMEC

Número da questão → Grupos de discussão ↓	1	2	3	4	5	6	7	Número de questões debatidas por grupo
Grupo 1	X							1
Grupo 2	X		X					2
Grupo 3	X		X					2
Grupo 4	X	X	X	X	X			5
Grupo 5	X	X		X				3
Grupo 6	X	X						2
Grupo 7	X						X	3
Grupo 8							X	1
Grupo 9	X		X	X				3
Grupo 10		X	X					2
Grupo 11		X	X					2
Grupo 12	X		X					2
Grupo 13	X							1
Grupo 14	X					X		2

Fonte: elaboração própria

Como podemos notar, a questão que recebeu maior atenção foi a primeira (**Qual seria a validade de um trabalho com investimento estrangeiro?**), talvez tenha sido a mais discutida devido à necessidade de financiamentos externos, por ser este o limite para a

efetivação das experiências já que sem recursos havia inviabilização, tanto que quando os recursos eram retirados, as iniciativas não tinham como se manter.

Em resumo, o entendimento que prevaleceu foi que as verbas estrangeiras deveriam ser aceitas, se o projeto popular de uso do recurso puder ser mantido, isto é, que o recurso e sua fonte de origem não incidir de modo a deturpar o sentido político do trabalho comunitário. Houve um grupo que destacou a necessidade de que se em algum momento o recurso deixasse de ser recebido que a comunidade não se tornasse dependente dele.

Embora tenha sido a mais debatida, esta questão foi criticada pelo superintendente do IPPH, como ponto de discussão estéril, por considerar que o importante era conseguir tudo que fosse possível para ajudar o povo, independente da fonte dos recursos (I ENEMEC, 1980).

Sobre esta questão, Costa (1996) fez significativas elucidações mostrando que a questão do financiamento estrangeiro no setor saúde no Brasil devia ser vista por dois ângulos: a possibilidade de enfrentamento de problemas urgentes como a mortalidade infantil, por exemplo, o que significava que, sem a recepção de recursos e diante do quadro sanitário e de governo do país, muitas pessoas em condições de vida precarizadas teriam morrido, sobretudo crianças e idosos. Por outro lado, significava submissão à influência estrangeira dos países hegemônicos na definição de agendas políticas nacionais, assim como em outros países periféricos. Havia, pois, as vantagens a curto prazo e desvantagens a longo prazo. Este fato é esteve bastante presente nas discussões sobre a reforma do setor saúde no Brasil, ainda que nem sempre problematizado.

A questão 6, **O que fazer para que não haja elitização do Agente de Saúde?** Embora tenha sido a menos explorada, com a abordagem de apenas um grupo, foi debatida em outros momentos do encontro como preocupação de que o agente não quisesse assumir um status por seu lugar privilegiado de promotor de saúde para isto, foi considerado importante que o Agente não centralizasse muitas ações, mas ao contrário, atuasse de forma compartilhada com outros atores sociais locais como professoras comunitárias, por exemplo. As professoras comunitárias apareceram na experiência do Vale da Ribeira. Atuavam na escola formal em um período e no outro realizavam atividades junto à população através de visitas domiciliares, clube de mães, grupos de jovens e discussões sobre saúde, entre outras.

A segunda questão mais discutida foi justamente a que focalizava diretamente a dimensão política do Agente Comunitário de Saúde. Considerando nosso interesse na dimensão política e na figura do Agente de Saúde de modo mais específico, observemos alguns trechos da discussão sobre a questão três:

Quanto à valorização da ação política do Agente, partindo do princípio que toda ação de mudança implica uma política [...] O Agente deve ser formado politicamente [...] deve ter espírito crítico, iniciativa, disponibilidade, estar junto com o povo (I ENEMEC, 1980, p. 200) (Grupo 2).

O Agente além de levar o trabalho mais técnico de saúde, deve levar discussões dos problemas sentidos, no local dele, ligados com problemas gerais (A I ENEMEC, 1980, p. 201). (Grupo 3).

O papel do Agente de Saúde entra justamente nessa questão. Ele não deve ser apenas um Agente de Saúde, ele **tem que ser uma pessoa com base, formado politicamente (I ENEMEC, 1980, p. 202) (grupo 4)**

O papel do Agente de Saúde é também de **uma liderança política local**, porque nós devemos usar a saúde, a Medicina Comunitária, como uma forma de melhor organização da população para lutar pelos seus direitos (I ENEMEC, 1980, p.202) (grupo 4)

Se o Agente fizer um trabalho de mudança social, ele é válido, senão o trabalho dele vai se tornar uma ação paliativa (I ENEMEC, 1980, p.208) (grupo 9)

Essa politização do Agente é que vai servir para conscientizar a comunidade dos direitos dela, daquilo que devia estar sendo do povo e que na verdade não é (I ENEMEC, 1980, p. 209) (grupo 10)

O Agente de Saúde, o trabalho de libertação, motivado pela saúde, de uma forma profunda, está ligado a tudo que se refere à uma atividade humana, quer dizer, a Vida e a saúde andam juntas (I ENEMEC, 1980, p. 210) (grupo 12).

O grupo 1, ao discutir a questão do financiamento externo afirmou: “O que importa realmente segundo nosso grupo, é a dimensão política da coisa, quer dizer, todo mundo tentou partir, em termos de consciência política (I ENEMEC, 1980, p. 199).

Os trechos de citação subsequentes, cujos grifos são nossos, explicitam a compreensão do Agente de Saúde como sujeito político, ativo na comunidade. Importante notar que embora

a Igreja emergisse como instituição de grande importância para o fortalecimento da politicidade, as experiências não ligadas a ela diretamente como é o caso da experiência de Macapá – AP, do bairro dos Coelhos em Recife - PE e de Campinas – SP, expressaram o mesmo sentido, com destaque para as duas últimas, ou seja, mesmo não estando diretamente ligadas à Igreja, seguiam o mesmo ideal político popular.

No que se refere à questão número 2 (**Qual seria a validade de um trabalho não-estatal, tirando a responsabilidade do Estado?**), foi unânime que o cuidado com a saúde era da responsabilidade do Estado, que recolhe impostos e deve dar um retorno à população dos serviços necessários.

Sobre a questão 4 (**Como deve ser feita a escolha do Agente de Saúde e sua sustentação na comunidade?**) foi apontado que cabia às comunidades escolherem seus Agentes, dois grupos colocaram a eleição como alternativa possível.

No que se refere à questão número 5 (**Como estabelecer prioridade em saúde e quem deve fazê-lo?**) o grupo quatro comentou que caberia a técnicos planejar ações de prioridade em saúde a população participaria de forma representativa pois não teria conhecimentos necessários para um planejamento. Esta afirmativa nos chamou atenção porque contraria tudo o que tem sido dito sobre a importância do protagonismo popular no desenvolvimento de projetos populares, sejam quais forem. Deste modo, vemos que surge a ideia de negação da capacidade popular de elaborar seus próprios projetos, é como se ela fosse boa executora e os técnicos, isto é, pessoas com alguma especialização estivessem preparadas para planejar. Essa questão sobre os técnicos e não técnicos aparecia com frequência nos Anais, desde a discussão enquanto o nível de formação médica que inexiste no país quanto à credibilidade dada à ação técnica em detrimento da ação popular subjugando esta àquela quando na verdade em muitos casos, o saber popular é mais válido, importante e suficiente que o técnico. Sobre isto, Carriconde (2019) desenvolveu alguns comentários defendendo o saber popular, como exemplo contou a história de um senhor que recebeu dinheiro do banco para plantar feijão, comprou dois sacos e não conseguiu colher nenhum. Observou que a raiz do feijão era superficial e o adubo ao contrário ia para a parte mais funda da terra, então usou esterco e com isto conseguiu colher muitos sacos de feijão, ou seja, o senhor não recebeu orientação técnica sobre a plantação, mas ele sacou o que aconteceu e resolveu o problema orientado pela sua experiência de vida. Sobre

este fato, Carriconde (2019) comentou: “Olha o cara observador! O povo não é besta não, o intelectual acha que o povo é besta, mas é uma fonte de sabedoria e eu vibrei com esse cara! A gente é muito acadêmico, a gente pensa ideia mas não pensa a vida, **o povo pensa a vida**”.

No que se refere à questão número 7 (**Como se pode promover a participação comunitária, através de Programas de Saúde?**) é importante em primeiro lugar dizer que a expressão “Programas de Saúde” se referia aos projetos/às experiências de ação em saúde comunitários/as tais como os que foram apresentados no Encontro. Os grupos pontuaram que a participação comunitária só podia ocorrer se os trabalhos fossem desenvolvidos **com o povo e nunca para**, isto promovia motivação no e valorização do povo que devia lutar pela própria libertação; este aspecto da valorização das pessoas era importante porque diante de situação de marginalização, fome, falta de recursos e perspectivas de uma vida melhor, a tendência era que as pessoas ficassem desacreditadas na possibilidade de mudança. Um sistema econômico produtor de disparidades diversas tais como a má distribuição de terras, renda, e de oportunidades educacionais entre outras, tendia a minar a capacidade de auto-organização dos grupos populares e as classes dominantes ocupavam esse espaço a partir de uma postura paternalista valendo-se de assistencialismo como forma compensadora das disparidades produzidas. Sobre isto uma agente comentou: “É difícil conscientizar o povo para ter melhores condições de vida [...] Porque esse povo é muito revoltado pela vida dele, e nós temos que tratá-lo com muito amor carinho” (I ENEMEC, 1980, p. 220). Assim, justamente pela tendência à desvalorização “[...] é indispensável valorizar a pessoa do marginalizado, tentando abranger todas as suas necessidades, ou mais precisamente, vendo a promoção da saúde, como uma ação integrada” (Ibidem, p. 206).

Foi posto ainda que os Programa de Saúde deviam ser usados para maior conscientização da população mas precisavam estar interligados a outros Programas que pudessem contemplar outros problemas e necessidades sociais, reconhecia-se assim que, um Programa de saúde não era eficaz para resolver todos os problemas de uma comunidade embora o conceito ampliado de saúde abarcasse os mais diversos aspectos da vida; Ele podia ser usado como meio de/para fortalecimento das bases uma vez que a questão da saúde era prioritária na dinâmica da vida.

Para tratar das experiências de modo específico, observamos que na experiência do bairro dos Coelhos não havia menção direta à figura do Agente de saúde, isto, é o termo não aparecia de forma explícita, no entanto, tomando por referência a concepção de Agente Comunitário de saúde presente neste capítulo era possível verificar sua menção implícita quando se falava em comissões de bairro, grupo da saúde e discussão sobre problemas de saúde e seus determinantes sociais, por exemplo.

A aproximação do grupo do bairro com o grupo de médicos contribuiu para o fortalecimento e ampliação das discussões. Esse tipo de aproximação incluindo também outros profissionais da saúde insatisfeitos com as práticas mercantilizadas dos serviços foi importante para os setores populares naquele momento histórico (VASCONCELOS, 1999); (VASCONCELOS, 1987); (VASCONCELOS, 2013); (VASCONCELOS, 2004); (VASCONCELOS, 2004); (VASCONCELOS, 2004, 2017) e reforçou ainda a ideia do médico, principalmente, como profissional que deveria estar a serviço da população se constituindo também como um Agente transformador. As duas referências disponíveis e consultadas por nós sobre o bairro Coelhos não diziam sobre os desdobramentos das ações e o que de fato alcançaram, mas registraram a constituição de um tipo de Agente de Saúde em Recife.

No caso do Projeto de saúde Casa Amarela, a menção ao Agente de saúde foi mais direta. De acordo com Queirós (2008) o grupo do PSCA também participou do I ENEMEC, mas o relato sobre a experiência não constou nos Anais do Encontro o que coloca uma interrogação na informação. De qualquer forma, os fragmentos aos quais pudemos chegar nos permitem afirmar o Agente Comunitário de Saúde situado em um contexto e movimento político e nascido das necessidades das pessoas.

Os entraves políticos partidários evidenciados no contexto de Recife apontavam para diversas questões. Pensando, por exemplo, a partir da figura do secretário de saúde, participante dos movimentos instituintes em bairros do Recife e o desfecho que teve o episódio da seleção para Agentes de saúde, somos provocados a pensar no fato de que ocupar determinados espaços públicos pode significar tanto uma oportunidade de fortalecimento dos projetos populares quanto sua fragilização. Temos aí, um jogo de arranjos políticos que não necessariamente se localizam apenas nos espaços institucionais, é preciso considerar que por vezes este está

presente no próprio movimento popular, daí a importância de um incansável trabalho de formação de base.

Em síntese, as experiências eram alternativas a um modelo de prática médica hegemonizado e os Agentes Comunitários de saúde eram, em termos gerais, tentativas de democratização do saber médico que é comum a todos, mas foi monopolizado por uma categoria profissional por conveniência a um sistema econômico.

Os Agentes Comunitários de Saúde são entendidos como o principal instrumento para organização de um Programa de Saúde que respeite os saberes e as necessidades populares. Para isto, como vimos, eles eram selecionados/escolhidos nas/pelas comunidades e recebiam treinamentos para atuação em situações clínicas simples onde a falta de médicos demandava tal atuação. Mas além, disso, os Agentes de Saúde figuravam como articuladores políticos em suas comunidades e faziam da ação em saúde uma ação integral a partir da incorporação de todas as outras questões que condicionam o conceito de saúde.

No caso dos trabalhos de base que estavam articulados com a ideia de um projeto de sociedade, a dimensão política também reside na superação do localismo por ter como horizonte o alcance de uma mudança estrutural.

5. O RECORTE DO CEARÁ: DA SECA BROTARAM AGENTES DE SAÚDE

A história dos Agentes de Saúde no Ceará se constitui da reunião de vários momentos que se complementam. O Estado tem sido referência para os que têm se dedicado a estudar a categoria Agentes Comunitários de Saúde, por ter “criado” em termos institucionais o Programa Agentes de Saúde – PAS como foi denominado.

Em geral, este fato, precedido de uma experiência anterior, a contratação emergencial de mulheres para trabalhar como Agentes de saúde no período da seca (apresentada no item 5.4) são os mais citados nos estudos, todavia, há experiências anteriores, de caráter mais pontual que foram desenvolvidas como parte de um projeto piloto, fundamentais para a construção do Programa, apontando na verdade, para uma evolução de experiências, algo importante a ser observado por quem pretende entender a história dos Agentes de Saúde no Estado e no país.

Para apresentar o panorama cearense, organizamos o capítulo em seis itens. No item **o contexto do Ceará nas décadas de 1970 e 1980** destacamos alguns aspectos gerais presentes no Estado, com ênfase para a questão da seca, no item **os silenciadores de sinos**, apresentamos alguns principais aspectos biográficos dos precursores das experiências no Estado; no item **a experiência que serviu de referência**, fizemos um recuo temporal a fim de destacar a experiência vivenciada pelo casal de sanitaristas que serviu de base para o desenvolvimento das experiências no Ceará; No item **os Agentes da FEBEM – CE e das creches populares**, apresentamos como se originou o trabalho com Agentes de Saúde no interior do Estado; em seguida, no item **A contratação emergencial de mulheres (1987 – 1988)**, tratamos de como a experiência anterior foi transformada em um Programa emergencial contra os efeitos da seca; no item **a oficialização do Programa Agentes de Saúde no Estado (1989)**, tratamos de como o Programa emergencial se tornou permanente dando origem ao Programa Agentes de Saúde – PAS no Estado.

Todos os momentos se desenvolveram de forma interligada, isto é, cada momento está imbricado no outro embora sejam atravessados por algumas especificidades. Procuramos descrevê-los obedecendo à sequência em que ocorreram.

5.1. O contexto do Ceará nas décadas de 1970 e 1980

A seca é um fenômeno natural que no Brasil atinge a região do semiárido do Nordeste e do Norte de Minas Gerais. O Ceará é o Estado mais atingido pela escassez de chuvas por possuir 94% de seu território localizado em áreas com propensão a secas, o que significa quase que a totalidade dos seus municípios, o que em muitos períodos inviabiliza a agricultura de subsistência e gera escassez de água. A história do Estado e da região é marcada por longos e intensos períodos de seca, amplamente explorados pela literatura brasileira⁴⁸.

Dentre as ênfases das histórias das secas no Estado está a construção dos “campos de concentração”, locais criados pelo governo destinados a reunir pessoas em situações precárias para, em tese, receberem abrigo improvisado, alimentação e cuidados médicos essenciais à sobrevivência durante os períodos de estiagem. Em 1915 o Estado do Ceará executou em Fortaleza o primeiro “campo de concentração” do Alagadiço que seria uma medida de auxílio para os sertanejos, oferecendo abrigo, comida, atendimento médico e trabalho. Posteriormente em 1932 mais cinco campos foram construídos em pontos estratégicos. Na verdade, a pretensão era conter os fluxos migratórios impedindo que os flagelados chegassem à capital⁴⁹. Os espaços dos campos eram insalubres e concentravam mais pessoas que o que deveriam suportar e assim, se tornaram lugares que confinavam famintos, doentes e sofrendores, constituindo-se espaços rondados pela morte causada pela fome “[...] em geral, era mais fácil morrer no campo do que fora dele! (NEVES, 1995, p. 100). Os campos ficaram conhecidos como currais do governo.

Um dos períodos de estiagem, o de 1979 a 1983 figura como um dos mais longos e intensos. Nessa época, já no fim do governo militar, não mais havia “campos de concentração”, mas também não tinham sido desenvolvidas políticas eficazes que garantissem minimamente a manutenção da vida dos sertanejos pobres. Mais de cinquenta anos depois da implantação do

⁴⁸ Em obras como “O sertanejo” (1875) de José de Alencar; O quinze (1915) de Raquel de Queiróz; Os sertões (1902) de Euclides da Cunha; Vidas secas (1938) de Graciliano Ramos; O auto da compadecida (1955) de Ariano Suassuna.

⁴⁹ Ver vídeo “Os campos de concentração do Ceará” disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=2Ozs1P5_WPo>.

primeiro campo de concentração, os governos permaneciam desenvolvendo ações, em alguns casos, pouco eficazes para enfrentar o fenômeno da seca.

Esta seca ceifou muitas vidas de pessoas e animais, seu impacto foi denunciado no livro “O genocídio do Nordeste 1979 – 1983” (CPT, CEPAC, IBASE s/d). Os grupos humanos mais afetados foram crianças e idosos, por serem os mais vulneráveis em situações adversas, como de escassez de alimentos e água e aumento de doenças. Contudo, a seca havia sido prevista em relatório de junho de 1978 pelo Centro Técnico Aeroespacial (CTA) de São José dos Campos – SP, pertencente ao Instituto de Atividades Espaciais (IAE). O governo federal foi alertado sobre a iminência do longo período de estiagem, mas o Ministro do Interior, do presidente Figueiredo, o coronel Mario Andreazza, subestimou as informações do relatório. O fato é que a previsão estava certa e sem a tomada de providências, o fenômeno deixou rastros de mortes no Estado e em toda a região semiárida, inclusive no Norte de Minas Gerais⁵⁰.

O contexto da seca (leia-se da ausência de ações eficazes do governo) fez o Ceará alcançar a terceira pior taxa de mortalidade infantil do Nordeste na década de 1980, morriam 102 crianças em cada 1.000 nascidas vivas⁵¹ (SANTANA; CASTRO, 2016)⁵², (NATIONS, 2009). De acordo com Ivan Lavor (2018), nos países desenvolvidos, a mortalidade infantil gira em torno de seis óbitos em cada mil nascidos vivos, se compararmos 6 e 102, isto colocava o Ceará em uma posição de calamidade pública.

A título de comparação, observemos a taxa de mortalidade de países como a Suécia e os EUA, por exemplo, que na década de 1950 tinham respectivamente taxas de 20,5 e 29,2 para cada mil crianças nascidas vivas. Na década de 1970, esses números caíram para 11,1 e 20,1 respectivamente. A taxa de mortalidade infantil se constituiu após a criação da OMS em 1948 como o indicador mais utilizado para comparar o nível de saúde das crianças (CARLILE LAVOR, s.d.).

Um estudo realizado por Minayo, D’Élia e Svitone (1990) reuniu importantes dados em relação ao contexto do Ceará na década de 1980, aos quais recorreremos para apresentar um

⁵⁰Cf. <https://www.fundaj.gov.br/images/stories/nesa/cta.pdf>

⁵¹ É possível que este número seja maior tendo em vista que na época, muitos registros não eram feitos, não se sabia ao certo quantas crianças nasciam e quantas morriam (SANTANA; CASTRO, 2016, p. 21).

⁵² Esta referência é uma entrevista realizada com Carlile Lavor e Miria Lavor na qual são tratados diversos temas da relação de ambos com a militância em saúde pública.

breve panorama da situação do Estado na época. Por serem todos os dados abaixo, provenientes do mesmo documento, faremos a devida referência apenas ao final do parágrafo no qual utilizamos exclusivamente o referido estudo.

O latifúndio, promotor de problemas sociais e econômicos, expressava considerável desigualdade: em 1990, 65% das terras do Estado com mais de 100 hectares eram de posse de apenas 6,7% dos proprietários. Um dado não estranho à realidade brasileira historicamente marcada pela injusta distribuição de terras, fato que remete à questão da fome como resultado das desigualdades sociais e econômicas e não como consequência da seca, por exemplo.

Sobre o analfabetismo, em 1985, os números de cearenses com 15 anos ou mais correspondiam a 48%, na zona rural os números aumentavam para 65%. Em 1978, 60% dos pais e 50% das mães no interior do Estado eram analfabetos, deixando a falta de informação um terreno favorável para o oportunismo político e agravamento da situação. Em relação à renda da população economicamente ativa, 76,84% recebiam menos de um salário mínimo na zona rural e na zona urbana, os que estavam nesta mesma condição correspondiam a 58,96%.

As condições de saneamento eram precárias no interior do Estado. Em 1987, 86% das casas não tinham água encanada e 70% não tinham nenhum tipo de instalação destinada a dejetos. A estrutura hospitalar era razoável, havia 274 hospitais (uma média de 1,4 unidade hospitalar por município), 1.832 unidades ambulatoriais entre privadas e públicas, municipais, estaduais e federais e 46 unidades de saúde mistas. Contudo, dos 4.226 médicos atuantes no Estado, 3.634 se concentravam em Fortaleza, restando apenas 592 médicos para atenderem o restante do Estado, fato que aponta a lógica do lucro e da concentração de renda orientada para a região mais desenvolvida.

Mesmo com essa estrutura, em 1987, 35% das mulheres que haviam parido nos últimos três anos, não haviam realizado nenhuma consulta de pré-natal. Das mulheres com idade entre 15 e 49 anos, 25% estavam desnutridas e no período de maior reprodução, entre 15 e 24 anos, a desnutrição alcançava 32,3% das mulheres. Menos de 1% das mulheres praticava amamentação exclusiva, a proporção de baixo peso ao nascer eram 10,1%, apenas 58% das crianças entre 12 e 23 meses haviam sido vacinadas com a vacina BCG, 30% das crianças menores de 3 anos apresentavam estatura não correspondente com a idade e somente 22,7% das crianças tinham recebido tratamento com soro oral no último episódio de diarreia. O percentual de mortes por

diarreia do Estado superava o do Nordeste, sendo 48% e 36,9% respectivamente (MINAYO; D'ELIA; SVITONE, 1990).

Uma em cada dez crianças cearenses morre antes de completar um ano de vida. Nos países desenvolvidos esse dado gira em torno de seis óbitos em cada mil nascimentos – 6 e 100, uma diferença estratosférica –. Se considerarmos que no sertão mesmo, nas zonas rurais dos municípios, as condições de vida são piores do que nos centros urbanos, o índice de mortalidade no campo é ainda maior.

Nos contextos de seca forte, o governo Federal enviava recursos para os Estados, a fim de que as pessoas tivessem meios mínimos de sobrevivência. Em geral, os governos empregavam os recursos nas frentes de trabalho: construção de cisternas, barragens e cacimbas entre outras obras. Todavia, o programa era, em geral, mal conduzido, os recursos muitas vezes eram capturados pelo poder político local e pelo latifúndio, muitas obras hídricas eram construídas em propriedades particulares, restringindo e até inviabilizando o uso social da água, havia exploração do trabalho de homens, mulheres e até mesmo de crianças. A conclusão em geral é que as frentes de trabalho⁵³ não resolviam muita coisa. (CAMPOS, 2004), (TENDLER, 1998).

Em 1983, considerado o pior ano do período, “[...] a seca já atingia 63% do território nordestino [...] morriam mais de uma centena de pessoas diariamente, em consequência da seca e as crianças compunham o maior contingente de vítimas” (CAMPOS, 2004, p. 60). Este contexto de desigualdades, pobreza, fome, sede, falta de informação e sobretudo, falta de ações preventivas, promoveu um quadro de desnutrição crônica e mortes.

No ano em que a seca começou (1979), o médico sanitário Carlile Lavor, natural de Jucás e sua esposa Miria Lavor, tinham voltado ao Ceará, mais especificamente a Jucás, retornando de Brasília, onde haviam participando de um projeto em saúde comunitária, que serviu de base para as experiências desenvolvidas no Ceará. A seguir, falaremos brevemente sobre essa experiência em Brasília para, em seguida, tratar das experiências de Jucás.

⁵³Vários problemas foram apontados em relação às frentes de emergência. Antes de 1987, não havia limites para empregos numa mesma família, provocando uma distribuição desigual dos empregos, exploração da mão de obra, salários baixos (às vezes financiados), menos de um quarto de salário mínimo, às vezes eram compostos produtos que compunham precárias cestas básicas, em muitos casos, os trabalhadores retiravam produtos das vendas dos próprios proprietários (Cf CAMPOS, 2004); (TENDLER, 1998).

5.2. Os silenciadores de sinos⁵⁴

A origem do Programa Agentes de Saúde – PAS no Ceará tem como protagonista central um casal de sanitaristas e não o governo do Estado, representado na pessoa de Tasso Jereissati. É claro que o governo estadual teve grande importância no processo final da constituição do Agente de Saúde no Ceará, enquanto trabalhador da saúde, contudo, a criação do Programa foi a culminância de um projeto que vinha sendo elaborado e executado desde 1979. O casal Lavor desempenhou um trabalho fundamental e de grande importância para que a ação do Estado se tornasse possível, desde adaptação da ideia original, em um município de pequeno porte, até abranger todo o Estado, com a operacionalização das etapas de ações.

Não se trata de negar ou colocar em xeque a fundamental importância do governo do Estado para a criação do PAS, mas dar o devido destaque e reconhecimento a todo o trabalho anterior do casal Lavor, inclusive como participantes da gestão estadual, algo que não tem sido feito pela literatura sobre Agentes Comunitários de Saúde, apesar de facilmente observável pelos que estudam o tema.

Como estudiosos do tema, esta pesquisa não poderia deixar ausente este registro tão importante para a história da saúde pública brasileira e, em especial, do Ceará. Consideramos que um relato histórico do ACS do Brasil estaria incompleto sem uma referência direta a Miria Lavor e Carlile Lavor, de modo que assumimos esta responsabilidade e afirmamos que qualquer tentativa de contar ou compreender a história do Agente de Saúde sem observar o papel do casal Lavor é incompleta. A trajetória mesma do casal Lavor fala por si. Importa identificar lacunas históricas e procurar acrescentar em sua tessitura os fios da história que não foram devidamente colocados no lugar. A grande tarefa de um pesquisador sobre o tema do Agente de Saúde no Ceará, é a de dar os créditos das conquistas aos seus protagonistas mais importantes.

A partir dessa observação maior, queremos destacar algo que temos observado nos estudos com os quais temos tido contato: as **poucas menções feitas estão focalizadas no**

⁵⁴ Este subtítulo faz referência direta ao título do Livro escrito por Ivan Campos Lavor “Silenciadores de sinos”, filho do casal, que nos deu o privilégio de ter acesso à obra antes mesmo de sua publicação. O livro foi usado como referência nesta tese e conta a história de vida e importante trajetória profissional do casal na construção da história da saúde pública do Ceará, com ênfase para o Agente de Saúde, que marca toda sua trajetória. A obra traz situações e informações até então desconhecidas pela mídia.

médico Carlile Lavor e não no casal, de modo que Miria Lavor tem tido pouca ou quase nenhuma visibilidade. A focalização na pessoa de Carlile certamente se justifica pela condição de médico, uma profissão de status elevado em nossa sociedade e também pelos cargos públicos que ocupou, especialmente o de Secretário de Saúde do Ceará, condição que se tornou fundamental para a ampliação do projeto com Agentes de Saúde no Estado. Mesmo diante desta justificativa, incomodava-nos bastante o fato da pouca visibilidade dada à Miria que foi coparticipante na construção do projeto Agente de Saúde no Ceará, com grande influência na construção do perfil social mais amplo do ACS, o que se explica pela sua formação em Serviço Social.

Entendemos que para corrigir estas lacunas é preciso, em primeiro lugar, recordar que a criação do PAS no Ceará significou a ampliação e formalização (em termos de política de saúde) de algo já existente, representando assim uma via de mão dupla: todo um trabalho anterior desenvolvido e testado pelo já referido casal de sanitaristas e um governo que abraçou a ideia e a adotou com vistas à sua ampliação para todo Estado. Em segundo lugar, é preciso conhecer um pouco da história do casal para melhor entender a constituição do projeto Agentes de Saúde, como temos chamado.

Não há como saber como as coisas teriam se desdobrado, se o governo Jereissati não tivesse incluído o projeto Agente de Saúde em seu plano de governo, contudo, há que se afirmar que todos os esforços anteriores do casal Lavor mesmo sem apoio político direto, em muitos momentos, como destaca Silva (2007) foram fundamentais para a constituição do Agente de Saúde como trabalhador da saúde.

Não há dúvidas que assumir o combate à mortalidade infantil como prioridade do governo foi essencial para que o Agente de Saúde fosse tomado como principal instrumento para este trabalho já que era ele quem ia ao encontro das famílias em busca das crianças para oferecer orientações e cuidados básicos de higiene, em um primeiro momento, a fim de promover saúde, prevenir doenças e contribuir para a recuperação dos desnutridos, evitando assim o crescimento do número de mortes infantis. A estratégia já havia dado certo no projeto piloto.

Passemos agora ao segundo ponto que é de uma breve apresentação biográfica do casal. Antes, porém é importante dizer que até fevereiro de 2021 não tínhamos nenhuma fonte que

possibilitasse a escrita sobre Miria Lavor, pois como já dissemos é escasso o material com informações biográficas sobre a assistente social, na verdade inexistente até então e até onde sabemos. Foi quando em uma conversa com Carlile Lavor ele nos falou da escrita do livro de seu filho, Ivan Lavor⁵⁵, e muito gentilmente fez um contato através do qual, Ivan nos cedeu o material antes mesmo de sua divulgação e somente por este motivo, foi possível conhecer um pouco sobre a história de vida de Miria Lavor. Sobre Carlile havia algumas poucas informações disponíveis em uma entrevista feita com o casal e já referida nesta tese. Assim, o livro de Ivan Lavor possibilitou a escrita sobre Miria e enriqueceu a escrita sobre Carlile.

Optamos por organizar a escrita biográfica em dois momentos complementares que foram aqui divididos por motivos didáticos. Primeiro apresentamos as duas trajetórias de forma separada até o momento em que o casal vai para Brasília que é o ponto de partida para o trabalho com Agentes de Saúde, por assim dizer. Depois, continuamos a partir desse momento em outro tópico mais específico sobre a trajetória profissional. É importante ter em mente que toda a trajetória profissional do casal está entrelaçada.

Convém esclarecer que, no caso da primeira parte da escrita da biografia de Miria, todas as informações vieram do livro “Silenciadores de Sinos” (IVAN LAVOR, 2018). Por ser a única fonte evitaremos referenciá-la, no decorrer do texto, ficando o leitor dela informado neste parágrafo. Na primeira parte da escrita biográfica sobre Carlile Lavor há outras referências, contudo, a de Ivan Lavor é a principal, por este motivo também evitaremos citá-lo no decorrer do texto, o que ficaria bastante repetitivo. Neste caso, optamos por referenciar as demais fontes e a obra do Ivan apenas a primeira vez. Os demais trechos não referenciados têm como fonte o livro “Silenciadores de sinos”. Na segunda parte da escrita biográfica, as referências serão feitas normalmente.

Miria Lavor nasceu em Jucás – CE, em 9 de julho de 1942, filha de João Bezerra Campos, advogado e político e Maria Stela Benevides Campos, costureira, na verdade era proprietária de uma confecção de roupas. Miria passa a infância entre Iguatu e Fortaleza para onde os pais se mudam sequencialmente e retorna a Jucás nos períodos de férias.

⁵⁵ Optamos por sempre que nos referir a esta obra usar os dois nomes (IVAN LAVOR) a fim de evitar confusão com as referências a Carlile e Miria Lavor

Ainda cedo começou a participar do trabalho laboral com a mãe que fabricava roupas. Ivan Lavor comenta que entre as brincadeiras de Miria, a de costureira se mostrou útil na futura profissão de assistente social. “Os programas mais frequentes de Miria são o clube, a praia, o Parque das Crianças, o cinema e a Fazenda Bom Jardim, que o pai mantém em Senador Pompeu, município a 273km de Fortaleza” (IVAN LAVOR, 2018, p. 33).

Em Fortaleza fez o ensino médio direcionado para as ciências humanas. Usou os conhecimentos de costura para remodelar os vestidos e com o dinheiro que recebia da mãe, comprava tecidos e aviamentos para fazer suas próprias roupas que usava nas festas que frequentava, acompanhada do irmão.

Em 1964 entrou para o curso de serviço social na Universidade Federal do Ceará – UFC. Miria pretendia cursar arquitetura, mas isso dificultaria os planos pessoais do casal já que o curso mais próximo era em Recife, assim Carlile sabendo de sua simpatia pela área social a convence a fazer Serviço Social e já **no segundo período iniciou um estágio em uma comunidade da Favela do Poeirão e fez parte de um grupo clandestino de discussão política, o ‘Ação Popular’**. Sobre o curso e o momento político, Ivan Lavor comenta:

O curso de Serviço Social é conhecido pelo ativismo e Carlile conversa com Miria sobre as questões debatidas no momento político [...] Miria pode ver com os próprios olhos o receio que o governo tem de qualquer manifestação popular. Ela participa da passeata dos calouros da faculdade, em 1965, no Centro da cidade. No final do trecho percorrido, a Praça do Ferreira, aguarda os estudantes um pelotão de soldados armados de metralhadoras. Como estava previsto, os jovens se dispersam tranquilamente e não há qualquer incidente (2018, p. 43).

Até a década de 1970, a atuação de assistentes sociais no Brasil se dava a partir de uma tríade metodológica que orientou a profissão na busca pela integração do homem ao meio social, com o objetivo de manter a ordem social baseada na ideologia liberal. A tríade era composta por: serviço social de caso, de grupos e de comunidade, que se constituíam modelos de intervenção profissional (ANDRADE, 2008); (WAQUIL, 2018). **Miria decide-se pelo trabalho comunitário o que a coloca em contato direto com a situação social do país.**

O serviço social de caso centrava-se na personalidade do indivíduo e propunha o ajustamento do indivíduo ao meio, mediante a mudança de comportamentos, propunha um

tratamento para a socialização do sujeito que deveria contribuir com o profissional para sua integração social, deste modo, a adequação do indivíduo ao funcionamento social era tido como o objetivo do serviço social de caso. O aprofundamento da crise capitalista evidenciou que o trabalho de casos, isto é, individualizado, não era eficiente para atender as necessidades sociais ao desenvolvimento, foi então que o trabalho com grupos passou a ser desenvolvido (WAQUIL, 2018); (CARDOSO, 2016;)

O serviço social de grupo consistia em um método que objetivava trabalhar com pessoas diferentes através de experiências de grupo para melhorar o funcionamento pessoal e social através do enfrentamento eficaz de problemas pessoais, de grupo e comunidade. De acordo com Kisnerman (1977 apud WAQUIL, 2018, p. 21), o serviço social de grupo foi "[...] um meio para criar e desenvolver as necessidades individuais, enquanto os integrantes aprendem a dar e a receber, a intercambiar experiências, a compartilhar coisas, a trabalhar em cooperação, a elaborar conteúdos", com isto, as massas seriam integradas ao desenvolvimento assumindo seu lugar de agente da própria mudança e bem-estar social (WAQUIL, 2018); (CARDOSO, 2016).

Por fim, o serviço social de comunidade era um modelo de atuação desenvolvido a partir da perspectiva do “desenvolvimento de comunidade” entendido como um processo através do qual o povo e os governantes se uniam para melhorar as condições gerais de vida das comunidades integrando-as na vida nacional e capacitando-as para contribuir com o progresso do país (AMMANN, 1980). Obedecendo esta lógica, o serviço social de comunidade se configurava como uma estratégia de intervenção profissional direta com comunidades que objetivava orientar e valorizar os indivíduos e grupos para solução de problemas sociais com em busca de um equilíbrio social. Em outras palavras, era uma estratégia usada para que as pessoas em comunidade assumissem o compromisso com o progresso social partindo do pressuposto que os grupos menos favorecidos economicamente tinham maior receptividade a ideologias comunistas e por isto, o trabalho comunitário pretendia-se afastá-las destas ideologias contrárias aos interesses hegemônicos (WAQUIL, 2018); (BOTELHO, 2016); (CARDOSO, 2016).

Frente a estes breves esclarecimentos é possível entender que a opção de Miria foi por um viés profissional mais próximo das condições de vida das pessoas, o que permitiu uma experiência de envolvimento comunitário que certamente foi de grande importância para seu

futuro profissional. O estágio na comunidade Poeirão, que era assistida pela Paróquia Nossa Senhora de Fátima, se deu a partir de um trabalho diário com líderes da favela. Sobre a comunidade Ivan Lavor comenta:

A comunidade lida com todas as dificuldades que se pode esperar de uma favela. Problemas estruturais como falta de luz, de água encanada, de calçamento, de esgoto, de coleta de lixo, e dificuldades sociais como falta de escola para as crianças e de atendimento médico. **À Miria cabe o papel de ajudar os líderes da comunidade a trabalharem conjuntamente em prol de soluções** (2018, p. 45).

O envolvimento de Miria com os líderes da favela Poeirão é tão significativo que o grupo com o qual trabalhava na favela foi ao seu casamento, assim como a turma do curso de serviço social, fato que mostra o estreito relacionamento construído por Miria com as pessoas com quem trabalhava e que é indicativo da identificação com o trabalho escolhido.

Em 1966, após o casamento, Miria e Carlile mudaram-se para Jucás, onde a ainda estudante passava a desenvolver seus projetos de estágio. A sua atuação era junto a um grupo de mulheres que procuravam a Paróquia de Jucás mensalmente para receber alimentos. A partir da sugestão do Padre João Sticker, Miria passou a desenvolver um trabalho educativo com as mulheres usando temas de interesse do público e paralelo a isto, Carlile passou a cuidar do pré-natal das gestantes no ambulatório da Paróquia. Miria tomou diariamente diferentes grupos de mulheres, usava didática acessível e, aos poucos, conseguiu desconstruir preconceitos e ganhar confiança das participantes.

Para concluir a graduação, Miria seguiu com os projetos em Jucás. Ainda ligada à igreja local, **propôs ao padre dois novos projetos, um era trabalho de criação de um grupo comunitário de costureiras e dois grupos de alfabetização de adultos**. Para o primeiro projeto Miria usava o conhecimento prático de costureira adquirido com a mãe: usava máquinas da paróquia que estavam esquecidas e com ajuda de outra mulher ensinava as mulheres de um bairro pobre (Alto do Chico de Mariquinha, hoje Alto de São José) a confeccionarem camisas feitas com reaproveitamento de sacos dos alimentos doados pela Igreja. A venda das camisas rendia dinheiro para a compra de mais uma máquina. Para o segundo projeto, Miria usava o conhecimento sobre o método Paulo Freire aprendido de uma professora e nos períodos

noturnos deslocava-se do sítio onde vivia para o Bairro Alto do Tó, com o objetivo de dar aulas de alfabetização. Na época não havia energia elétrica em toda Jucás e as aulas eram dadas com uso de lâmpada de querosene. Outra turma de alfabetização foi formada em outro bairro por outra professora a quem Miria treinou. Em quatro meses os alunos conseguiam ler os primeiros textos.

Ainda no mesmo ano, 1966, Miria atuava também como professora de História no primeiro Ginásio de Jucás, cuja criação se deu a partir dos esforços de Carlile, incomodado com a falta de escolas na cidade. De acordo com Ivan Lavor, Miria foi a primeira mulher a dirigir um carro em Jucás tendo ela dado aulas de direção a Carlile.

Como podemos notar, ainda cedo no processo de formação em serviço social, Miria já teve contato com o trabalho em comunidades carentes, a atuação em Jucás onde mais tarde iria desenvolver com Carlile o projeto Agentes de Saúde foi ainda que, sem saber, também um estágio para o trabalho que desenvolveria mais tarde. A realidade jucaense era bem conhecida por Carlile que se incomodava pelo pouco desenvolvimento local; Miria também passou a conhecer melhor a cidade a partir dos trabalhos desenvolvidos.

Um ano após a chegada a Jucás, retornaram a Fortaleza para morar. Miria regressava sistematicamente a Jucás para acompanhar os projetos das costureiras e de alfabetização de adultos, o trabalho com grupo de mulheres, contudo, isso precisou ser interrompido. No fim de 1967 Miria se formou e pouco depois passou a atuar já como assistente social, primeiro no Instituto de Medicina Preventiva do Ceará, depois no Instituto Nacional de Seguro Social – INSS, ambos em meio período.

O passo seguinte da carreira profissional começou com um convite para atuar em um Hospital Escola em Brasília onde teve contato com o trabalho com auxiliares de saúde e que foi um divisor de águas tanto na vida de Miria como de Carlile e que será apresentado no próximo item, logo depois de breve biografia de Carlile Lavor.

Carlile nasceu em 23 de agosto de 1940 em Jucás - CE, filho de Cândido Lavor, farmacêutico por experiência de família e político⁵⁶ e de Lucíola Lavor. Carlile cresceu no

⁵⁶Cândido Lavor foi prefeito de Jucás de 1950 a 1954 e de 1962 a 1966. Se manteve no partido de oposição à ditadura, em 1969 chegou a abrigar em sua casa um estudante que buscava refúgio do regime militar conforme destaca Ivan Lavor (2018, p. 64).

interior e teve o rio Jaguaribe, que corria atrás da casa da família, como sua praia. Foi alfabetizado aos seis anos de idade na casa da professora e fez o primeiro e o segundo ano do primário no grupo escolar de Jucás, uma escola estadual (IVAN LAVOR, 2018).

Carlile teve uma infância no interior onde tinha uma vida rotineira. Jogava bola no quintal, tomava banho de rio com os amigos e foi com o pai e as irmãs plantar milho e feijão na época chuvosa e ajudava o pai na farmácia, de vez em quando arrumando remédios, atendendo clientes e manipulando substâncias com supervisão do pai.

Ainda aos onze anos, Carlile viu o pai prefeito de Jucás pela primeira vez e também assistiu aos efeitos da primeira grande seca de sua vida, 1951, 1952 e 1953. Foram três anos de seca brava. Ivan Lavor (2018) comenta que ele se impressionava com a fome do povo que procurava a casa do pai para amenizar a fome e procurar trabalho, o então prefeito procurava dar serviço aos homens. Sobre o episódio da seca, Carlile Lavor comenta:

Desde menino que eu conhecia a seca! [pausa] recordo que em 1952, meu pai era prefeito e eu costumava vê-lo, às cinco horas da manhã, dando farinha e rapadura para um monte de homens na calçada da nossa casa. Ele quebrava a rapadura e deixava numas tampas de tambor [...] cada um pegava seu pedaço [...] e ele distribuía uma porção de farinha nas cuias que cada um trazia. Esse era o alimento daqueles homens. Essa imagem nunca me saiu da cabeça! (SANTANA; CASTRO, 2016, p. 24)

Até os onze anos, Carlile viveu e estudou em Jucás, terminado o 5º ano primário o qual ele concluiu com apenas onze meninos, não havia mais escola. Aos doze anos ele foi enviado à escola diocesana do Crato, para fazer o ginásio. A deficiência na educação em Jucás sempre incomodou os pais de Carlile e o incomodou mais tarde, ao ponto de lhe despertar para fazer algo em relação a isto.

Duas vezes por ano, nas férias retornou a Jucás e ajudou o pai na farmácia, acompanhando-o, inclusive, quando este era chamado para fazer partos complicados. Na época, eram as parteiras que atendiam as gestantes na hora do parto, como diz Ivan Lavor “as parteiras dominavam soberanas o partejamento nos sertões nordestinos” (2018, p. 31), mas nos casos complicados em que as parteiras não conseguiam resolver, isto é, um em cada dez aproximadamente, Cândido Lavor era chamado. Carlile não atuava no parto em si, mas ajudava

o pai a aplicar injeções e seu futuro como médico já começava a ser previsto (IVAN LAVOR, 2018).

Em 1956 passou para o científico. Coursou o primeiro e segundo ano ainda no Crato e o terceiro em Fortaleza onde passou a morar com uma de suas tias maternas. Paralelo ao terceiro ano fez um cursinho que lhe foi muito importante e, no primeiro vestibular, foi aprovado em segundo lugar para Medicina na Universidade Federal do Ceará – UFC (Ibidem).

Em 1962 Carlile ganhou uma bolsa para trabalhar no laboratório do Instituto e Medicina Preventiva do Ceará e ali, “[...] são as ideias com as quais ele tem contato nos cursos, seminários e discussões que lhe despertam um interesse que irá perdurar por toda a vida” (Ibidem, p. 40). Tais Institutos começaram a ser criados na década de 1950 e 1960, a partir do entendimento de que doenças crônicas, assim como infecciosas, podiam ser prevenidas. No mesmo período, a Organização Pan-americana de Saúde convidou professores para conhecer o desenvolvimento da saúde nos países das Américas, dentre eles, o professor Dr. Joaquim Eduardo de Alencar⁵⁷, fundador e diretor do referido Instituto. Um comentário de Carlile Lavor sobre o médico é bastante significativo para compreendermos seus passos profissionais:

Ele era uma pessoa com uma visão ampla de saúde pública, tinha visitado a China, a Rússia e os Estados Unidos. **Foi o representante no Ceará de uma geração de parasitologistas com visão social do processo saúde-doença**, cujo grande expoente foi Samuel Pessoa. Dr. Alencar **conhecia o que havia de novo na medicina preventiva e contribuiu para a mudança do curso médico, no sentido de voltá-lo mais para a população, mais para a saúde pública e para a prevenção. Isso realmente me entusiasmou** (SANTANA; CASTRO, 2016, p. 11) (grifos nossos).

Carlile ainda não tem nenhum interesse específico por uma área da medicina, mas passa a interessar-se pelas discussões políticas a nível institucional, nacional e internacional. Em 1961, participou do movimento estudantil que defendia a posse de João Goulart; Em 1962 participou da greve de um terço em âmbito nacional.

Em 1963, na Faculdade de Medicina da UFC começou um movimento interno para mudança no currículo do curso e Carlile também se engajou. É pertinente falar sobre o

⁵⁷ Alencar foi preso pelo regime militar sob acusação de comunismo e devido ao seu afastamento do Instituto este perde força e é extinto.

movimento porque este foi importante para a formação de Carlile. O movimento liderado pelo professor Alencar pretendia incluir em cada período uma disciplina relacionada à medicina preventiva ou à saúde pública. A ideia precisava ser aprovada pela faculdade e Carlile foi eleito representante dos alunos para mediar a discussão. Sobre isto Ivan Lavor comenta: “Isso acabará lhe valendo a posição de vice-presidente na chapa eleita do Diretório Acadêmico do curso. Como representante dos estudantes no debate das disciplinas, Carlile propôs-se a convencer todos os alunos do curso a aderir ao movimento de mudança do currículo” (2018, p. 41).

O envolvimento de Carlile nesses movimentos o levou a estudar temas como organização curricular nos cursos de medicina em outros países e sistemas de saúde no mundo capitalista a socialista.

Além do professor Alencar, Carlile foi influenciado por nomes da medicina como Samuel Pessoa, notável investigador da parasitologia e contestador de um sistema de organização social que permitia a manutenção das condições sub-humanas em que vivia a grande maioria do povo⁵⁸ e Frederico Simões Barbosa, um importante personagem na história da saúde pública e epidemiologia do Brasil⁵⁹. Carlile chegou a “definir” Barbosa como “[...] entusiasta da participação comunitária” (SANTANA; CASTRO, 2018, p. 17). Sobre estas influências Ivan Lavor, comenta: “As discussões trazidas por todos eles mostram a Carlile a estreita relação entre sistema de saúde e sistema político” (2018, p. 42).

Em 1964, Carlile concluiu a graduação e em 1965 foi para o Rio de Janeiro fazer especialização em microbiologia. Em 1966 retornou a Fortaleza onde foi contratado como professor para o curso de Química industrial pelo Instituto de Química da UFC, porém após um mês de trabalho decidiu voltar para Jucás, onde passou a atuar no ambulatório realizando consultas e exames.

Logo após iniciar este trabalho, Carlile percebeu que podia fazer algo pela educação de Jucás, uma vez que só havia até então “[...] as séries do primário, conta apenas com três pessoas

⁵⁸ Informações disponíveis em: <<https://www.fm.usp.br/cseb/personagens/prof-samuel-barnsley-pessoa>>. Acesso em 10 abril de 2021.

⁵⁹ Frederico Simões Barbosa é um importante personagem na construção da história da saúde pública e da epidemiologia no Brasil, iniciou atividades de pesquisa na década de 1940, sendo um dos primeiros a conduzir estudos epidemiológicos de longa duração. Barbosa atuou na UnB coordenando um trabalho com auxiliares de saúde do qual Carlile participou e sobre o qual falaremos no próximo item.

graduadas: o médico, o promotor e o padre” (IVAN LAVOR, 2018, p. 48). Carlile fundou o primeiro ginásio no município, no qual Miria atuou como professora de História no Crebilon Lima Verde, nome dado em homenagem ao tio-avô que criara seus pais.

Em Julho de 1967 Carlile foi convidado para trabalhar no laboratório do Instituto de Medicina Preventiva do Ceará um período/turno e o outro no Hospital Sanatório de Maracanaú no qual desenvolveu uma pesquisa sobre tuberculose, a qual Carlile apresentou em um Congresso em Belo Horizonte, em 1968. Miria foi junto e, na ocasião da viagem, encontraram um amigo ex-professor da UFC e então professor da Universidade de Brasília que os convida para conhecer o Hospital Escola da UnB, montado a partir de em uma ideia de medicina diferente das existentes no país, era voltado para medicina comunitária. Carlile foi convidado para ocupar uma vaga de microbiologista, ele se interessou mas pensava em Miria, mas logo o problema foi resolvido, pois havia também uma vaga de assistente social. Segundo Ivan Lavor, Miria não se entusiasmou muito porque o trabalho em hospital em geral segue o serviço social de caso e não de comunidade, que era sua preferência, contudo, o convite foi aceito, pensam em ficar um tempo, aprender mais sobre medicina comunitária e voltar para Jucás.

A ideia de contribuir para o desenvolvimento da cidade atravessou os textos encontrados sobre Carlile. Mesmo quando esteve distante e com possibilidade de trilhar outros caminhos e com um projeto de vida que o levaria para outros lugares, opções profissionais diferentes, ampla rede de relacionamentos e experiência profissional, Carlile optou por voltar a Jucás e dedicar esforços para contribuir com o desenvolvimento da sua cidade, conforme declara no seguinte trecho:

Eu sempre alimentei a decisão de voltar para o Ceará, porém não queria voltar para fazer medicina privada, nem depender de favor político para assumir colocação ou cargo de confiança [...] Eu olhava para o mundo e para Jucás, mas **Jucás sempre foi o meu primeiro olhar! A possibilidade de ajudar seu desenvolvimento sempre me atraiu muito. Eu pensava que se outros lugares estavam se desenvolvendo, era possível que a nossa terra também se desenvolvesse** (SANTANA; CASTRO, 2016, p. 18, 19, 20) (grifos nossos).

Este trecho é significativo para entender o interesse de Carlile em contribuir com o desenvolvimento de sua cidade natal. As muitas idas e vindas apontam para uma inquietação quanto à esta ideia.

Conforme veremos no item 5.5, em 1987, Carlile assumiu a Secretaria de Saúde do Estado, na qual ficou até meados de 1988 quando dedicou-se à candidatura para prefeito de Jucás. Perdeu a eleição e em 1989 assumiu a Secretaria Municipal de Saúde do município de Iguatu, cidade vizinha a Jucás. Em maio do mesmo ano, criou o Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará. Em 1992 se afastou para dedicar-se novamente à candidatura à prefeito de Jucás, desta vez venceu a eleição e assumiu o cargo em 1993.

Como o livro de Ivan Lavor foi uma importante referência também para este item da tese, sempre que houver parágrafos subsequentes escritos a partir do livro, faremos a referência no último parágrafo, a fim de evitar repetições muito próximas.

5.3. As experiências de referência em Sobradinho e Planaltina – DF (1969 – 1978)

Em 1969 o casal Lavor mudou-se para Sobradinho onde fica o Hospital Escola da UnB no qual trabalharão. Na verdade, este item se desdobra em duas experiências, a do Hospital Escola da UnB em Sobradinho⁶⁰ e a do Programa Integrado de Saúde Comunitária em Planaltina⁶¹, ambos no DF. Embora aqui nos refiramos a duas experiências, denominamos esta seção de “A experiência que serviu de base” porque Carlile referiu-se à experiência de Planaltina, mais especificamente, como aquela que o inspirou para as ações em Jucás, mas tratar apenas dela comprometeria a compreensão do processo.

Sobre o Hospital-Escola, Ivan Lavor comentou:

[...] faz parte da Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho, **um novo conceito de formação médica no país, no qual serviço hospitalar, ação comunitária e ensino universitário** (com dedicação exclusiva dos professores) **atuam juntos, integrados**, para formar um médico que cuide não

⁶⁰ Região administrativa do Distrito Federal, distante 22 km de Brasília

⁶¹ Planaltina é uma cidade satélite (como era chamada na época) de Brasília, a 38 km de Brasília.

só da saúde do indivíduo, mas observe a condição sanitária da família e procure elevar o nível de saúde também da comunidade (2018, p. 59); (grifos nossos).

Tal integração entre hospital, universidade e comunidade unia três ações sanitárias básicas: cura, prevenção e promoção da saúde e ocorre não somente no campo prático profissional, mas também nas relações profissionais entre os oitenta profissionais vindos de várias partes do país, constituindo um grupo multiprofissional e interdisciplinar solidário e interessado em atuar na saúde pública, envolvendo-se realmente com o que faziam (IVAN LAVOR, 2018); (SANTANA; CASTRO, 2016).

Carlile declarou que era um ambiente muito fecundo que o permitiu aprofundar o entendimento sobre relações entre os problemas sociais e as doenças: “[...] o hospital tratando dos doentes e a atuação comunitária resolvendo os problemas sociais” (SANTANA; CASTRO, 2016, p. 16). Ao falar sobre a experiência, o médico não escondeu o entusiasmo com o trabalho:

Professores com dedicação exclusiva em um programa de ensino e de atendimento para uma cidade de 25 mil habitantes, **era tudo que eu almejava**, ou seja, **como aprender medicina para atender uma população pobre, em todos os seus aspectos de saúde**. Essa era a proposta da Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho (SANTANA; CASTRO, 2016, p. 15) (grifo nosso).

Em março de 1969, Carlile começou com trabalho no Hospital e em seguida assumiu a chefia do Laboratório de microbiologia da Unidade Integrada e passou a colaborar como docente. Em 1970, assumiu a coordenação da disciplina e ficou responsável por ela até 1974.

No hospital de Sobradinho os estudantes de medicina da UnB desenvolviam as atividades práticas. Os professores tinham conhecimentos sobre causas das doenças mais comuns entre nordestinos e goianos provenientes da nova capital: “Os 80 professores do curso de medicina, responsáveis pelo hospital, trabalhavam em tempo integral dedicados exclusivamente ao atendimento dos doentes, ao ensino e à pesquisa das doenças dos 25.000 habitantes daquela cidade satélite” (LAVOR; LAVOR; LAVOR, 2004, p. 122).

Carlile melhorou sua compreensão sobre as doenças e as percebeu estando muito próximo da realidade das pessoas, ele acompanhou os doentes e se empenhou no esclarecimento dos diagnósticos de infecções diversas. Presenciou o quadro dos doentes e os óbitos, muitos

deles de crianças com quadros infecciosos associado à desnutrição. A partir disto, percebeu que a solução de muitos problemas de saúde daquela população não estava no hospital, mas no ambiente doméstico, o que exigia ação junto às famílias, algo fora do alcance do trabalho no hospital (IVAN LAVOR, 2018); (CARLILE LAVOR, 2010).

Sobre sua atuação Carlile afirma:

A minha responsabilidade maior era fazer a microbiologia dentro do hospital escola, participando da formação dos estudantes e colaborando com os demais professores na discussão dos casos clínicos. Era um ambiente de estudo muito fecundo. Ali eu comecei a aprofundar meu entendimento e rever as relações entre os problemas sociais e as doenças de forma mais sistematizada, mais científica. Discutíamos a importância da desnutrição nas infecções e como essa relação podia ser trabalhada fora do hospital.

Carlile nos dá aqui uma pista de o quanto o trabalho em Brasília o ensinou sobre saúde pública. À medida que contextualiza as situações dos pacientes observando seus diferentes determinantes, Carlile se aproximou de uma perspectiva antropológica, se considerarmos que a antropologia mostra saúde e doença enquanto problemática compartilhada por todos os segmentos sociais (MINAYO, s.l).

A integração profissional praticada no hospital e certamente os diálogos com Miria sobre as ações e dificuldades encontradas funcionaram como setas a indicar os caminhos a serem percorridos para que tanto o trabalho médico quanto das assistentes sociais fosse exitoso. Sem o exercício da interdisciplinaridade, dificilmente teriam alcançado bons resultados. O trabalho de Miria na Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho – UISS explicita os vieses de ação.

O trabalho de Miria era na UISS e se preocupava tanto com a parte curativa quanto preventiva, na parte curativa, precisava resolver os casos de abandono de crianças deixadas internas no Hospital. Ela comenta “Era preciso um trabalho de detetive para encontrar as mães que vinham de cidades vizinhas, a maioria de Planaltina, uma cidade satélite que ainda não tinha hospital” (IVAN LAVOR, 2018, p. 61). Na parte preventiva, o trabalho de promoção da saúde era feito fora do Hospital, com lideranças da comunidade acompanhando reuniões do

Centro de Desenvolvimento Social de Sobradinho, sobre as quais Ivan Lavor comenta: “Essas reuniões objetivam a resolução dos problemas da comunidade, entre eles, os problemas da saúde. “As reuniões eram sempre à noite e muitas delas em fins de semana, mas eu gostava muito de participar delas”” (2018, p. 61).

Com esta dinâmica, Miria transita bem entre a comunidade e Centros de Saúde e ouve da parte dos médicos queixas sobre a recorrência de um mesmo problema (infecção intestinal) e da frequência das mesmas pessoas no Hospital. A alta incidência de infecção decorria da falta de saneamento básico e os médicos se sentiam impotentes diante da situação (IVAN LAVOR, 2018). Sobre Carlile, Ivan Lavor comenta:

Ele percebe facilmente que os pacientes sofrem e morrem devido a doenças cujas gravidade e alta incidência podem ser evitadas com medidas simples, que as próprias pessoas e as mães têm condições de tomar com relação à higiene e a consultas médicas preventivas. Mas, para isso, é preciso que haja uma ação de promoção da saúde para mudar a atitude das famílias (2018, p. 60).

Diante da impotência dos médicos para melhorar este cenário, Miria entra em cena para articular os serviços, por assim dizer. É verdade que as medidas de higiene observadas por Carlile se configuravam como fundamentais para mudar o quadro, no entanto, muitas famílias ficavam impedidas de praticá-las devido à falta de rede de água e esgotos.

Miria se dispunha a discutir a situação e se articular no sentido de buscar soluções junto aos interessados e órgãos competentes de modo que aos poucos ia “[...] descobrindo os impasses e buscando as soluções em inúmeras conversas isoladas e em grupo com representantes da comunidade” (Ibidem, p. 61). Junto com a diretora do Centro de Desenvolvimento Social de Sobradinho Miria conseguiu um acordo junto à Companhia de Água e Esgoto de Brasília, de modo que a rede de água foi instalada e, em poucos meses, percebem queda no índice de parasitoses e infecções repetidas o que reduzia consequentemente o movimento no hospital e desafogava o atendimento. A atuação de Miria lhe dava destaque dentro e fora da Unidade Integrada (IVAN LAVOR, 2018).

A partir disso, relacionavam a ação da/na comunidade com a melhora nas condições de saúde: **“discutíamos a importância da desnutrição nas infecções e como essa relação podia**

ser trabalhada fora do hospital [...] e nós conseguimos fazer mudanças nos indicadores de saúde [...] estávamos conseguindo rapidamente diminuir a mortalidade infantil” (SANTANA; CASTRO, 2016, p. 15,20). Carlile afirmou que, a partir dos resultados, passou a valorizar cada vez mais a importância do trabalho médico articulado com o serviço social (Ibidem).

A casa onde vivia o casal em Sobradinho servia de ponto de parada para amigos, especialmente nordestinos e ainda funcionava como ponto de encontro para professores e estudantes universitários que desenvolviam atividades consideradas subversivas ao regime. Ivan Lavor destaca: **“Carlile e Miria cedem a casa para que se realizem reuniões nas quais se traçam estratégias de esclarecimento da comunidade, muitas vezes rodando material com mimeógrafo”** (2018, p. 64).

Carlile seguia trabalhando no laboratório, mas em 1972 Miria foi convidada para outro trabalho na Fundação do Serviço Social do Distrito Federal e depois para a diretoria do Centro de Desenvolvimento Social – CDS de Planaltina⁶² CDS da Fundação do Serviço Social do Distrito Federal – FSSDF. Carlile afirmou que a ida para Planaltina teve influência direta da Miria, além das conversas com Frederico.

Em Planaltina, a atuação de Miria foi, conforme já indicado, de estímulo à participação da comunidade para encontrar soluções junto ao poder público, trabalho que a aproximou mais uma vez da metodologia de trabalho do serviço social de comunidade.

Em pouco tempo, associava-se ao trabalho no Centro de Desenvolvimento Social, a administração de uma creche do Centro Integrado de Atenção ao Menor – CIAM que teve como objetivo cuidar dos filhos das mulheres que precisavam trabalhar fora (IVAN LAVOR, 2018). Este envolvimento/aproximação com o serviço de creche foi útil para o futuro trabalho de Miria em Jucás.

Em 1973, o Centro de Desenvolvimento Social de Planaltina recebeu um recurso e **Miria aproveitou seu conhecimento em costura para mais um projeto: criou um grupo de**

⁶² Fica a 25 km de Sobradinho é a única região administrativa que já existia antes mesmo da construção da capital do país, pois se tratava de um tradicional município de Goiás. Lá, o governo estabeleceu uma vila para os trabalhadores da construção de Brasília: a Vila Buritis, que se constituía de um “conjunto habitacional de barracos”, onde viviam cerca de 3.600 famílias vindas de várias partes do país (IVAN LAVOR, 2018, p. 62, 63).

produção de peças por encomenda. Após conseguir cinco máquinas na Fundação do Serviço Social do Distrito Federal, Miria e uma colega ensinam costura a mulheres. A ideia era produzir e vender; Procurou clientes nos classificados e localizou uma empresa que precisava de gravatas, candidataram-se e ganharam. Pelo que vemos, Miria era destemida!

O projeto de produção das gravatas deu certo e o lucro foi empregado em mais máquina e material e “em pouco tempo eram vinte, trinta trabalhadoras, mães que não tinham qualquer formação nem perspectiva de emprego” (IVAN LAVOR, 2018, p. 63). A confecção fez sucesso e chegou a receber a visita da esposa do Ministro da indústria que doou uma máquina e garantiu tecido a baixo custo, o que permitiu a expansão do negócio.

Até então, Carlile não atuava em Planaltina, e sobre a relação do trabalho de Miria com o próximo passo da carreira profissional do esposo, Ivan Lavor comentou:

Miria ainda não sabe, mas ao serviço do CIAM – Centro Integrado de Atenção ao Menor⁶³, ao projeto das mulheres do grupo de produção, e às reuniões com lideranças comunitárias em Planaltina está prestes a se somar um outro programa de trabalho que brotará da ação conjunta entre Carlile e o Professor Frederico Simões Barbosa.

Barbosa⁶⁴ foi professor da UnB, com ampla experiência em epidemiologia e saúde pública. Dedicou parte da sua carreira aos estudos sobre esquistossomose. Sua vasta experiência no Brasil e exterior o fez perceber que a eficácia do controle da doença estava nas ações comunitárias de caráter educativo e não no combate ao agente causador da doença, com esse entendimento passou a questionar o controle químico usado comumente para combater a doença, conforme Coimbra Junior (1997). Trabalhou na OMS e conhecia de perto vários sistemas de saúde do mundo. Tinha uma visão de medicina pautada na participação comunitária e com base em uma experiência anterior, na década de 1940, com trabalhadores do corte de cana em Pernambuco, demonstrou ser possível controlar a esquistossomose através de trabalho

⁶³A descrição da sigla não consta no trecho original, foi acrescentado por nós com o intuito de auxiliar o leitor.

⁶⁴Frederico Simões Barbosa foi um médico epidemiologista que dedicou parte da sua carreira aos estudos sobre esquistossomose. Sua vasta experiência no Brasil e exterior o fez perceber que a eficácia do controle da doença estava nas ações comunitárias de caráter educativo e não no combate ao agente causador da doença, com esse entendimento passou a questionar o controle químico usado comumente para combater a doença, conforme Coimbra Junior (1997).

educativo⁶⁵ (IVAN LAVOR, 2018); (COIMBRA JUNIOR, 1997); (SANTANA; CASTRO, 2016); (LAVOR; LAVOR; LAVOR, 2004).

O encontro de Carlile com Barbosa se deu na década de 1970. Precisamente em 1974, os dois professores instalaram em Planaltina um núcleo da UnB, mais precisamente em salas do Centro de Desenvolvimento Social dirigido por Miria, o objetivo era “[...] formar especialistas em medicina geral e comunitária na Universidade de Brasília desenvolvendo, em uma cidade-satélite, um serviço de saúde que envolva o governo do Distrito Federal, a universidade de Brasília e a comunidade, da forma mais integrada e participativa possível” (IVAN LAVOR, 2018, p. 65).

A ideia se materializava em um **Programa Integrado de saúde comunitária que foi coordenado por Frederico Simões Barbosa**. O projeto intitulado “Um modelo para prestação de serviços de saúde a nível periférico com ênfase em saúde familiar” se caracterizou como uma experiência que reunia trabalho de atenção à saúde, ensino e pesquisa, orientado pela medicina comunitária e surgiu do interesse em uma integração docente-assistencial que reunisse os serviços locais de saúde e o processo formativo dos alunos de medicina da UnB (SANTANA, 1980).

A ideia foi reforçada pela percepção de Carlile de que o trabalho das assistentes sociais na mobilização da comunidade havia se mostrado exitoso e além deste e ainda outros fatores, havia em Planaltina, uma pediatra interessada no projeto. O serviço social foi fundamental para o êxito do trabalho, algo que já vinha sido observado por Carlile desde Sobradinho, conforme já posto e também conforme destaca o seguinte trecho:

Quando surge a ideia do programa, Carlile já percebera como as assistentes sociais são capazes de mobilizar a comunidade onde atuam, de chegar até as famílias e mudar seu comportamento, inclusive no campo da saúde, como mostraram, no caso do saneamento de Sobradinho, Miria e as assistentes sociais da Fundação do Serviço Social do Distrito Federal. O trabalho de Miria em Planaltina reforça esta percepção e não é por acaso que a cidade é escolhida

⁶⁵Sobre esta experiência do trabalho de Barbosa com cortadores de cana em Pernambuco, não encontramos nenhum material que oferecesse detalhes. Cheguei a entrar em contato com um dos participantes do projeto em Planaltina que escreveu sua dissertação de mestrado sobre o projeto e sob orientação de Barbosa (SANTANA, 1980) para verificar se tinha alguma informação sobre a referida experiência, contudo, não consegui nenhuma referência.

para se implantar o projeto que os dois médicos passam a acalantar (IVAN LAVOR, 2018, p. 65)

Convêm aqui destacar que as experiências aqui referidas têm relações diretas com o modelo de medicina comunitária que ganhou força no Brasil a partir da década de 1970 sobretudo a partir da criação dos departamentos de medicina comunitária em muitas Universidades, o que favoreceu a reunião de profissionais interessados nesse tipo de prática médica, como é o caso de Carlile e Frederico Simões Barbosa. Sobre isto, Frederico destaca: “O que me atraía na UnB era a base inovadora sobre a qual foi assentada a Faculdade de Ciências Médicas (posteriormente chamada Faculdade de Ciências da Saúde). A Faculdade foi montada com um sentido comunitário muito avançado para a época” (OLIVEIRA, 1997, p. 153). A disseminação desse modelo de medicina no Brasil favoreceu a aproximação entre as universidades e os setores populares, uma das molas propulsoras do movimento sanitário brasileiro.

Em 1976, o objetivo inicial do Programa foi ampliado e além de formar especialistas em medicina geral e comunitária, a ideia **era também formar um tipo de trabalhador comunitário de saúde que são denominados auxiliares de saúde**, conforme destaca Ivan LAVOR (2018). O autor ainda comenta: **“O Professor Frederico já tinha na cabeça a ideia de um programa de trabalhadores comunitários de saúde, um programa onde pessoas simples desenvolvem uma atividade de saúde na própria comunidade onde moram”** (Ibidem, p. 66). Vemos surgir aqui, o embrião do Agente de Saúde em termos de atuação específica no campo da saúde.

O projeto Planaltina se apoiava na aproximação já existente entre a Unidade de Saúde de Planaltina – DF, que desde sua instalação em 1976 desenvolvia atividades de caráter preventivo⁶⁶, e da Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho (Hospital Escola de Sobradinho) que lhe servia de referência. Participavam profissionais, professores e estudantes de medicina da UnB (SANTANA, 1980). Em sua dissertação de mestrado sobre o Projeto, Santana aponta os seguintes objetivos:

⁶⁶Santana destaca o pioneirismo do Programa nas ações de saúde que valorizavam a prevenção num contexto em que predominavam ações curativas centradas num modelo hospitalocêntrico.

- treinar estudantes de graduação e pós-graduação do campo da saúde em um sistema de saúde não tradicional;
- preparar um novo tipo de “auxiliar de saúde” capaz de operar tanto em pequenas comunidades urbanas como nas áreas remotas rurais;
- determinar a relação custo-benefício do novo sistema em comparação com o sistema clássico;
- modificar a visão tradicional dos serviços de saúde (SANTANA, 1980, p. 13-14).

Conforme indica o segundo objetivo, o projeto tinha a pretensão de alcançar as famílias através de “auxiliares de saúde”, um novo sujeito para atuação no trabalho de saúde comunitária, e a partir disso, estender a ideia para outras regiões periféricas do Distrito Federal e posteriormente para o país (SANTANA, 1980). Em resumo, o projeto objetivava promover uma mudança no trabalho de saúde a partir de uma maior aproximação entre os serviços e a população.

Embora fosse responsável pelo laboratório do centro de saúde, Carlile afirma que a maior parte do seu tempo era dedicado ao trabalho comunitário e através da experiência com as comunidades pobres reforça que aprofundou seu entendimento sobre as relações entre os problemas sociais e as doenças.

Frederico conseguiu recursos para o Programa com o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural – FUNRURAL e com a Fundação Kellog, instituição norte americana. Posteriormente, outro recurso foi agregado ao projeto vindo da Inter-Americana Foundation, agência americana. Os recursos eram direcionados para o pagamento de bolsas aos trabalhadores comunitários e incentivo às assistentes sociais que trabalhavam com Miria (IVAN LAVOR, 2018).

O Programa se mostrou mais desafiador do que parecia e por isto, o ano de 1976 foi dedicado ao planejamento do Programa e à seleção e candidatas. Foi preciso definir área de atuação, número de trabalhadores, atividades específicas, número de auxiliares, seleção, treinamento e acompanhamento dos aprovados “Em cada questão é necessário eleger o que é mais importante para não sobrecarregar o programa” afirma Ivan Lavor ao registrar os acontecimentos (2018, p. 66).

Para operacionalizar o Programa, Frederico Simões Barbosa e Carlile Lavor decidem dividir a cidade em microáreas, Planaltina foi dividida em mais de trinta microáreas, de modo que cada uma correspondia ao número de seiscentas famílias, quando na zona urbana, e cinquenta quando na área rural e cada auxiliar ficava responsável pelas famílias de uma microárea (IVAN LAVOR, 2018).

Cabia aos auxiliares desenvolver duas ações principais: trazer grávidas para o pré-natal com um obstetra em Planaltina, cujo acompanhamento era mensal até o oitavo mês, e semanal no nono, e trazer crianças menores de um ano para acompanhamento mensal com pediatra no hospital. As ações prioritárias se justificavam por serem fundamentais para uma gravidez segura e um primeiro ano de vida saudável. Além de cumprir estes objetivos, os auxiliares deveriam ajudar as famílias a resolver algum problema junto ao poder público, como tirar documentos, por exemplo, e localizar pessoas com hanseníase e tuberculose, para encaminhar para o tratamento (IVAN LAVOR, 2018).

O texto de Ivan Lavor também aponta para o desenho do perfil majoritariamente feminino do auxiliar de saúde, justificado pelas próprias atribuições, isto é, a atuação direta com mulheres grávidas e mães. Diz ele:

A necessidade de alcançar todas as grávidas e mães da cidade, e de convencê-las a mudar o comportamento deixa claro aos professores que o auxiliar de saúde ideal deve ser uma mulher com espírito comunitário, perseverança nos seus objetivos, com bom entendimento com as pessoas de sua comunidade e facilidade de relacionamento com o grupo de médicos e assistentes sociais com quem vai trabalhar (2018, p. 67).

Observadas estas questões, chegou a **etapa da seleção realizada por Miria e a equipe de assistentes sociais**. Foi preciso bastante objetividade uma vez que havia muitas candidatas para poucas vagas, segundo ele, mais de quatrocentas. Foi dividida em **quatro etapas eliminatórias**, a primeira consistia no preenchimento de uma ficha a fim de verificar se a pessoa era alfabetizada, a segunda etapa consistia em realizar uma visita à família de uma auxiliar de assistente social que fingia ser uma dona de casa, nesta fase, a própria auxiliar observa reações, capacidade de comunicação e de convencimento. **A terceira etapa consistia na interação das candidatas entre si através de dinâmicas de grupo**, ali avaliava-se a capacidade de interação

e de resolutividade conjunta, a última etapa consistia em uma entrevista onde se compara a compreensão dos desafios que precisarão ser enfrentados (IVAN LAVOR, 2018).

No que se refere ao treinamento das auxiliares, teve duração de seis meses e foi ministrada no primeiro mês por assistentes sociais e nos demais por médicos. Na entrevista concedida a Santana e Castro (2016), Carlile deu pistas a respeito da parte do treinamento com assistentes sociais:

Lá, nós treinamos essas pessoas durante seis meses. E **antes da capacitação técnica em saúde, elas participavam do trabalho no Centro de Desenvolvimento Social, discutindo como atuar na comunidade, como entrar na casa das pessoas, como abordar determinados temas pra ganhar a confiança da família**, era necessário ser parte da comunidade, conhecer a forma como as pessoas vivem. Tinha que ser como uma vizinha ou vizinho que chamava naquela casa e ajudava (SANTANA; CASTRO, 2016, p. 51) (grifo nosso).

Ivan Lavor (2018) menciona que os conhecimentos iam desde saber sobre o funcionamento dos serviços públicos, esta parte provavelmente, também dizia respeito à formação com assistente sociais, em seguida abarcavam as doenças, tratamentos e cuidados básicos que provavelmente ficou a cargo dos médicos.

As assistentes sociais se apoiaram na perspectiva teórica crítica, estudaram sobre participação social com a professora Safira Bezerra Ammann da UnB e trabalhavam com dinâmica de grupo de Lauro de Oliveira Lima além de discutirem ideias de Paulo Freire “Assim prepararam a metodologia para a capacitação dos auxiliares de saúde de Planaltina” (LAVOR; LAVOR; LAVOR, 2004, p. 122). Ammann foi professora da UNB de 1973 a 1991 e dentre os temas de estudo estavam ‘desenvolvimento de comunidade’ e ‘movimentos populares de bairro’. Consideramos importante nos determos um pouco na questão da dinâmica de grupo uma vez que serviu de referência para o treinamento das auxiliares de saúde.

Dinâmica de grupo aqui consistia em um método pedagógico criado por um crítico da educação brasileira, Lauro de Oliveira Lima⁶⁷, que tinha por base a teoria piagetiana e o objetivo de contribuir com a solução de problemas interindividuais através da interação grupal. Preocupava-se com o desenvolvimento intelectual e afetivo:

⁶⁷Um pedagogo cearense de Limoeiro do Norte, notável pela sua atuação política na educação e pelo desenvolvimento do método psicogenético.

Do ponto de vista intelectual, parte sempre de uma situação-problema que deve ser resolvida em grupo mediante discussão feita pelos próprios alunos; do ponto de vista afetivo, suscita a todo momento os problemas de solidariedade, de respeito mútuo, de moral e de lealdade, estimulando as relações afetivas entre as crianças e jovens (LIMA, 1978, p. 9).

O criador do método o compreendia como uma revolução copernicana do processo escolar porque propunha em termos práticos que os alunos fossem o centro do processo e não o professor, significava dizer que os alunos não aprendiam por audiência, mas por discussão e relacionamento. Lima entendia que trabalho educacional escolar em geral limitava o desenvolvimento social dos alunos quando deveria estimulá-lo. Ao invés de estimular as conversas e discussões, a escola condenava estes comportamentos e neste sentido castrava o desenvolvimento social/de cooperação dos alunos o que era um problema já que tendemos à individualidade. Segundo o autor,

Não fosse a necessidade sexual de acoplamento, carência individual que só pode ser superada a dois [...] talvez o homem tivesse enveredado para o mais feroz isolamento [...] mesmo acasalando, sua tendência é construir um clã isolado, hostil a cooperação com outros clãs, com seu território murado e com serviços e patrimônio privados (LIMA, 1969, p. 15).

Para que o potencial de socialização dos indivíduos se desenvolva, é preciso uma dinâmica grupal capaz de modificar a individualidade e criar espírito crítico, criativo, de cooperação e de solidariedade entre os educandos. A dinâmica de grupo seguia três fases sequenciais, a saber, anomia, isto é a desordem, a heteronomia, isto é, a ordem imposta e a autonomia, isto é, a ordem livre e democrática cuja conquista de dava progressivamente pelo grupo (LIMA, 1978).

Embora pensado como solução para a prática educativa escolar, o método foi usado para além das salas de aula tal como confirma o trabalho das assistentes sociais na seleção das auxiliares. Sobre a utilização da dinâmica de grupo no processo seletivos das agentes de saúde do Ceará, o item 5.5 contém mais informações.

Em vários momentos, Miria também destacava outro aspecto importante a ser observado na seleção das auxiliares: a escolarização, que não era uma característica definidora porque não

garantia adequação ao trabalho e neste sentido, outros parâmetros eram necessários para avaliar as candidatas do ponto de vista prático. Embora não haja detalhes sobre como de fato ocorreram as dinâmicas em cada etapa de seleção, ela afirmava o uso da técnica e de acordo com alguns indícios de falas podemos entender que a dinâmica de grupo privilegiou a exposição de uma situação problema, a fim de que o grupo encontrasse alternativas adequadas.

Tratava-se de um método que privilegiava a iniciativa coletiva, que horizontalizava e circularizava o trabalho pedagógico (LIMA, 1969). Não se trata de um falante e um ouvinte mas da reunião de várias pessoas com vistas ao relacionamento grupal e fortalecimento dos laços sociais a fim de que o grupo alcançasse maturidade. Esta é a ideia central do trabalho em grupos defendida por Lauro de Oliveira Lima.

Esses destaques são importantes porque apontam para a preocupação do treinamento das auxiliares não apenas num sentido técnico de preparação para execução e determinadas ações, mas possuía um caráter social orientado pela visão do trabalho dos profissionais do serviço social com ênfase nas formas de relacionamentos com as pessoas e famílias. A relação do trabalho médico com o social é um fato que tem repercussões no trabalho desenvolvido em Jucás, bem como em sua ampliação para restante do Estado.

Finalmente, no início de 1977 as trinta auxiliares começaram a atuar em Planaltina. O hospital era a base de apoio e a partir do trabalho, a rotina do hospital mudava com a frequência de gestantes e mães com crianças para acompanhamento, mas além disso, o movimento no pronto-socorro e o número de internações de crianças caía, demonstrando êxito no trabalho das auxiliares.

Outro indicativo de que o programa tinha dado certo foi identificado por Carlile, um ano após o início do trabalho. Ele vinha acompanhando a mortalidade infantil no distrito Federal e “Na comparação realizada por Carlile, o programa das auxiliares resultava numa redução de 40% na mortalidade infantil de Planaltina, um argumento irrefutável da eficácia do programa das auxiliares de saúde” (IVAN LAVOR, 2018, p. 69).

Até o trabalho em Brasília, o contato de Carlile com a medicina comunitária havia sido apenas no campo teórico, quando foi bolsista do Instituto de Medicina Preventiva do Ceará, sem a prática Carlile afirmava ter se sentido despreparado para atuar em uma comunidade com tantos problemas sociais como Jucás (SANTANA; CASTO, 2016) e as experiências em

Sobradinho e Planaltina oportunizaram vivenciar de forma prática o que tinha estudado sobre o assunto.

Quando foi prefeito de Jucás, Carlile participou de uma reunião no México organizada com James Grant, terceiro diretor geral do Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF (1992 – 1995). Comentou que este diretor “[...] marcou sua época ao colocar o UNICEF num patamar muito diferente do tradicional, voltado principalmente para a redução da mortalidade infantil [...] No bolso do paletó ele tinha sempre um pacote do soro oral. Aonde ele chegava, fazia o discurso do soro oral” (SANTANA; CASTRO, 2016, p. 80). O pai de Grant havia trabalhado na China e foi um dos pioneiros do que posteriormente se tornou a experiência médico de pés descalços (SANTANA; CASTRO, 2016). A referência paterna e a função no UNICEF se unificavam para dar ênfase à relevância de ações simples.

Este apontamento feito por Carlile é bastante significativo por indicar a influência da experiência chinesa como referência/inspiração para o trabalho com Agentes de Saúde, desde as iniciativas do próprio UNICEF.

Quanto a Miria, além de sua atuação no processo de seleção dos auxiliares de saúde no Centro de Desenvolvimento Social de Planaltina, sua atuação se ampliava com o Programa de família substituta, criado por ela. Funcionava da seguinte maneira: mães que precisam trabalhar deixavam os filhos com uma família que cuidava da/s crianças/s e recebia um valor por isso, uma das vantagens era o fortalecimento dos vínculos entre pessoas e famílias da comunidade. O programa foi um sucesso e exigiu que Miria participasse de encontros fora do Distrito Federal (IVAN LAVOR, 2018).

O casal estava animado e Carlile pretendia fazer doutorado nos EUA e já preparava a documentação, contudo, o plano foi suspenso porque o Ceará abriu concurso para sanitarista e ambos decidem fazer. Santana e Castro perguntaram sobre os planos para o doutorado ao que o médico respondeu: “Ah, **para mim o doutorado em Jucás era muito mais importante!** ” (SANTANA; CASTRO, 2016, p. 19); (grifo nosso).

Ambos passaram no concurso e mudaram-se para o Ceará, onde começaram uma nova etapa da carreira. Contratados em setembro de 1978, voltaram para trabalhar no Estado e a morar em Jucás. Carlile comemorou: “Era tudo que eu tinha sonhado como profissional:

trabalhar na minha terra, naquilo que eu estava preparado para fazer, após a experiência em Sobradinho e Planaltina” (SANTANA; CASTRO, 2016, p. 19).

No mesmo ano foram informados que o projeto de saúde comunitária havia sido encerrado. O projeto foi encerrado abruptamente pela reitoria da UnB, cujo reitor era comprometido com a direita política (SANTANA, 1980).

5.4. Os Agentes da FEBEM e das Creches populares em Jucás (1979 – 1986)

“Era uma época de seca. Eu lembro que disse: “ou a gente faz alguma coisa ou eu quero ir embora”. Era um sofrimento você chegar às casas e ver que as pessoas não tinham nada para comer... E nenhuma perspectiva.”

Miria Lavor

De volta ao Ceará em 1978 passaram um ano fazendo uma Especialização em Saúde Pública e posteriormente realizaram um estágio de seis meses e passaram a conhecer toda estrutura e funcionamento da Secretaria Estadual de Saúde - SESA (IVAN LAVOR, 2018). Em setembro de 1979 iniciaram o trabalho propriamente dito, Carlile em Iguatu e Miria em Fortaleza, de onde pediu transferência para Iguatu, após três meses. Os dois atuaram na Delegacia Regional de Saúde de Iguatu composta por 14 municípios: Acopiara, Orós, Icó, Cedro, Lavras, Ipaumirim, Umari, Baixio, Cariús, Saboeiro, Antonina do Norte, Quixelô, Iguatu e Jucás. “A função da Regional é coordenar as ações do sistema público de saúde sob responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde⁶⁸ – SESA”, esta função se desdobrava nas seguintes ações principais: supervisionar as unidades de saúde em funcionamento e em construção, atualizar os profissionais de saúde com aperfeiçoamento técnico, notificar a SESA sobre casos de ameaça à saúde pública e realizar a estatística vital, para enviar à SESA, isto é, registro de nascimentos, mortes e causas dos óbitos (IVAN LAVOR, 2018).

⁶⁸ A descrição da sigla não consta no trecho original, foi acrescentado por nós com o intuito de auxiliar o leitor.

Ainda de acordo com o autor, uma das preocupações de Carlile foi conhecer o funcionamento do sistema de saúde da região e logo percebeu sua precariedade: dos quatorze municípios apenas metade tem hospital, mas da metade não tem centro de saúde e apenas quatro tinham postos de saúde, além disso, há insuficiência de profissionais. O único lugar que dispunha de vacinas permanentes era um centro de saúde ligado à Regional deixando centralizada a distribuição para as sessenta comunidades existentes. Apenas nas campanhas, as vacinas chegavam às cidades e vilas, mas não alcançavam toda as famílias, e ainda havia falta de controle de doses aplicadas, o médico comentou: “A orientação é que se vacine as crianças duas vezes ao ano, até que atinjam os quatro anos de idade [...] O sistema de saúde não consegue fazer as vacinas chegarem até as famílias enquanto que estas não se interessam em vacinar seus filhos” (2018, p. 78, 82).

Sobre os atendimentos gerais, comentou:

Pouquíssimas pessoas – uma pequena parte daqueles que moram próximo às unidades – procuram pelo reduzido atendimento nos centros de saúde. **Os partos continuam sendo acompanhados pelas parteiras; as famílias estão habituadas aos rezadores e às consultas com os farmacêuticos práticos; e as vacinas (das mães e das crianças) são ignoradas pela grande maioria das gestantes** e dos pais na própria cidade de Iguatu, onde há disponibilidade permanente de vacina e vacinadores (Ibidem) (grifo nosso).

O resultado disso se expressava em uma mortalidade infantil de cem em cada mil nascidos vivos no Estado, isto é, dez por cento. Sobre o retorno ao Ceará e a situação encontrada, Miria comenta: “[...] **encontramos uma situação muito precária. Não tinha centro de saúde, não tinha médico. Situação difícil mesmo!**” (SANTANA; CASTRO, 2016, p. 49). Diante do quadro, Carlile percebeu que podia contribuir com a melhora do nível de saúde da população e junto com Miria pensaram em adaptar à realidade do Ceará aquilo que haviam aprendido em Planaltina isto porque as condições de Planaltina eram muito melhores que as do Ceará, isto, contudo, não os desanimavam, ao contrário os motivam para inovar no sistema público de saúde do Ceará pois acreditavam na possibilidade de melhorar a saúde pública da região (IVAN LAVOR, 2018). Miria diz: “Então resolvemos usar nossa experiência de Planaltina em Jucás” (SANTANA; CASTRO, 2016, p. 49).

O grande desafio, destaca Ivan Lavor (2018) era universalizar o pré-natal e a puericultura e com isto combater a mortalidade infantil e Brasília os havia mostrado um caminho a seguir. Carlile comentou:

Nós tínhamos a experiência de campo, é possível fazer isso no campo [...] e nós fizemos durante dois anos um trabalho com auxiliares de saúde, tipo nosso agente de saúde, [...] e conseguimos realmente reduzir muito a mortalidade infantil [...] Então, eu fui vendo que era possível prevenir aquelas doenças [...] E o trabalho educativo do agente de saúde foi essencial, com mais o trabalho de puericultura. Esses dois trabalhos juntos é que realmente fizeram reduzir a mortalidade infantil. Então, quando voltamos para o Ceará foi a primeira experiência nossa lá em Jucás e fazíamos o mesmo [...] praticamente acabamos as doenças que podiam ser prevenidas com vacinas [...] (ANDRADE, 2016, p. 108).

As prioridades estavam diretamente ligadas à possibilidade de ‘uso’ de um trabalhador comunitário pois exigia ações que podiam ser facilmente desenvolvidas por eles.

Aquele ano, 1979, marcou o início de uma das piores secas do Ceará. A fome e desnutrição maltratavam e ocasionavam muitas mortes, inclusive de crianças. Todas as infecções evitáveis por vacina enchiam os hospitais (SANTANA; CASTRO, 2016). Além da falta de alimentos, as precárias condições de higiene contribuía para o adoecimento. Sobre isto, Aparecida comentou: “[...] as crianças eram famintas e desnutridas, as informações de higiene delas eram péssimas, havia mães que as crianças tinham diarreia, chegava lá a casa estava cheia de mosca. Era um desafio muito grande porque na época ninguém sabia fazer alguma coisa” (2019). Consideremos ainda o comentário de Carlile sobre cuidado com a infância: “[...] a criança tem no primeiro ano de vida o período mais frágil de sua existência. Não é à toa que a mortalidade infantil no primeiro ano seja indicador de desenvolvimento humano. Nos países menos desenvolvidos esta ocorre de forma muito significativa” (IVAN LAVOR, 2018, p. 81).

O casal se viu diante de um grande desafio porque, diferentes deles, os colegas e políticos acreditavam que a melhora no quadro de mortalidade estava ligada à ideia de desenvolvimento do país. Ainda havia a ideia naturalizada na população de que é normal crianças e mães pobres morrerem. De acordo com Ivan Lavor, “A ideia de Carlile e Miria é a

de que, enquanto eles trabalhavam para sensibilizar os colegas e as lideranças municipais para a importância daqueles objetivos, a mesma tarefa, junto à população, cabia a trabalhadores comunitários de saúde, ainda a serem postos em atividade na região” (2018, p. 83).

Sem apoio e possibilidade momentâneos de iniciar o projeto em toda a Regional, decidiram começar um projeto piloto em uma comunidade apenas, na cidade de Jucás, em 1981. Seria mais fácil acompanhar um projeto piloto na cidade onde moravam e para isto, dedicaram dois dias da semana ao projeto piloto na pequena cidade que se tornou, nas palavras de Ivan Lavor, “[...] um laboratório através do qual o casal mostrará à sociedade o potencial de transformação de um trabalhador comunitário de saúde” (2018, p. 85).

E desta forma, Jucás foi escolhida para dar início ao trabalho com Agente de Saúde. Segundo Carlile, a agenda de trabalho foi organizada da seguinte forma:

Dedicávamos as segundas, quartas e sextas-feiras ao trabalho na Delegacia de Iguatu [...] e as terças, quintas e finais de semana a Jucás, onde aprofundamos o trabalho junto às famílias e à formação de auxiliares de saúde. Em Jucás havia em 1979 um pequeno hospital, mantido pela Igreja, um médico, uma parteira e um grupo de atendentes (CARLILE LAVOR, 2020)⁶⁹.

A ideia de desenvolver o trabalho com auxiliares, como em Brasília, ainda tinha como dificuldade a ausência de recursos humanos, pois, em Jucás não havia uma equipe como em Planaltina. Então, de onde seriam os auxiliares?

Carlile e Miria tinham conseguido em 1980 abrir em Jucás uma Unidade da Fundação do Bem-estar do menor no Ceará – FEBEMCE que funcionava em uma sala cedida pela comunidade com o objetivo de atender às crianças da sede de Jucás e da Vila São Pedro. Para tanto, a Fundação contratou também duas professoras, Eurenice e Liduína e um auxiliar administrativo e Miria, que coordenava a Unidade junto com um grupo de dezoito ‘monitores de educação’, ajudava nos deveres de casa das crianças e desenvolvia atividades recreativas. Os ‘monitores’ eram estudantes de quinta à oitava série e recebiam uma bolsa da FEBEMCE (IVAN LAVOR, 2018). Às terças e quintas, Miria e Carlile se reuniam com a equipe contratada.

⁶⁹As citações assim referidas resultaram de comunicação virtual (entrevista semi-estruturada) com Carlile Lavor no período em que construíamos o relato das experiências.

A FEBEMCE custeou também material pedagógico, a alimentação. Os monitores atuavam quatro horas por dia e foi organizado rodízio de mães para ficarem durante o dia na Fundação e ajudar no preparo dos alimentos e para aprender a cuidar melhor do/s seu/s filho/s. As crianças que estudavam eram levadas no contra turno escolar e as que ainda não estudavam passavam o dia na fundação, ao final do dia os responsáveis as pegavam para levar para casa (CARLILE LAVOR, 2020).

Ainda segundo o médico, a equipe começou nos dois bairros mais pobres de Jucás (Alto do Tó e São José) onde funcionavam duas salas, uma em cada bairro, nas quais os monitores se dividiam nos turnos manhã e tarde para trabalhar com as crianças ajudando nas atividades escolares. As crianças eram deixadas de manhã pelas mães na fundação e ao final do dia voltavam para casa. As menores eram levadas apenas nos horários das refeições e para acompanhamento médico. Quando havia necessidade, os monitores realizavam visitas às famílias (CARLILE LAVOR, 2020).

Naquele momento, a Unidade da FEBEMCE foi a alternativa encontrada para operacionalizar a ideia dos auxiliares de saúde. Miria explica como se deu a negociação, por assim dizer:

Fizemos uma proposta para Fundação do Bem-Estar do Menor do Ceará (FEBEM-CE), para que o monitor deles fosse um auxiliar de saúde. No Ceará, nós passamos a chamá-lo de agente de saúde. Essa proposta teve algumas dificuldades antes de ser aprovada. Uma delas era como e por que colocar um monitor de uma Fundação que cuida do bem-estar do menor para ser agente de saúde. Foi aí que **propusemos como objetivo para o trabalho desse monitor, cuidar para que a criança nascesse bem. Dessa forma o nosso projeto foi aprovado. E assim, iniciamos o projeto de agentes de saúde em Jucás, com monitores da FEBEMCE** (SANTANA; CASTRO, 2016, p. 49) (grifos nossos).

A pretensão de Miria e Carlile era acrescentar mais oito monitores com um objetivo diferente dos já atuantes, os oito deveriam atuar como monitores/agentes de saúde e deveriam acompanhar o nascimento e crescimento das crianças de Jucás desde a gestação ao primeiro ano de vida. O presidente da FEBEMCE se convenceu da ideia e disponibilizou as oito bolsas de meio salário mínimo para os monitores que deveriam ser estudantes de Jucás. Segundo

Carlile (2020), recorrer à Fundação foi a forma encontrada para obter recursos para o ‘experimento’ com auxiliares de saúde, como os de Planaltina (IVAN LAVOR, 2018); (CARLILE LAVOR, 2020). Sobre o novo projeto, Ivan Alvor, afirma:

A proposta de Carlile e Miria é realizar um trabalho com os monitores de saúde de Jucás nos mesmos moldes dos auxiliares de saúde de Planaltina. O problema é que, em Jucás, não há as mesmas condições favoráveis encontradas na cidade-satélite do Distrito Federal [...] É preciso que Carlile e Miria adaptem o programa de trabalhadores comunitários de saúde que estão iniciando a tais condições desfavoráveis, o que ocorre aos poucos, à medida que o programa se desenvolve na cidade (2018, p. 88).

Miria ocupava-se de desenhar a planta da cidade e a dividia em oito micro áreas em correspondência à quantidade de monitores de saúde. A divisão era necessária para organizar a distribuição e monitorar as famílias da cidade. O próximo passo foi organizar a seleção sobre o que Ivan Lavor comenta: “Ela procede à seleção dos candidatos com o apoio da enfermeira Lúcia Nascimento, de forma semelhante à seleção em Planaltina, com preenchimento da ficha, dinâmica de grupo, visita e entrevista” (2018, p. 89).

O treinamento tinha a parte teórica e em seguida a prática na qual Miria e Lucia os acompanham em visitas às famílias para colocar em prática o conhecimento teórico adquirido, isto era feito até que o monitor ganhasse confiança e habilidade para realizar as atividades sozinhos. Ainda no treinamento, Miria percebia que as crianças de Jucás, diferente das de Planaltina, tinham muitas infecções na pele, provavelmente pela falta de banho e isto mostrou a Miria a necessidade de munir os monitores de sabonete e óleo mineral para banho e limpeza das infecções. Aos poucos ela percebeu também a necessidade de outros cuidados de higiene das crianças e além de sabonete e óleo, os monitores passam a levar outros utensílios como tesourinha para cortar unhas, tesoura grande para cortar cabelo, pente fino e pomada para assaduras, além de termômetro, toalha de mão e plástico para dispor os objetos nas casas. Isto tudo levado em uma bolsa feita pela própria Miria (IVAN LAVOR, 2018).

Carlile Lavor comenta:

Com a pobreza extrema e o baixo nível cultural das mães, o trabalho do antigo auxiliar de saúde de Planaltina foi adaptado para o novo profissional em

formação. A miséria era muito mais acentuada do que conhecíamos em Sobradinho e Planaltina: analfabetismo, pobreza extrema, falta de água e saneamento, desnutrição, ausência de perspectiva para sair daquela situação (2020).

Como parte do trabalho da regional de saúde, foi inaugurado em Jucás em 1982 um Centro de Saúde com médico, dentista e enfermeira, a Lucia Nascimento. Sobre o período de 1980 a 1982 Carlile comentou “[...] foi o grande aprendizado de como trabalhar junto às famílias mais pobres para a construção de uma cultura mais saudável, como formar um monitor (que no futuro seria o ACS)” (2020).

Em 1980 abriu-se novo concurso no Ceará, desta vez para visitadoras sanitárias, eram dois visitantes para cada município e Miria e Carlile resolveram aproveitar⁷⁰ a oportunidade para que eles pudessem atuar como os monitores de saúde, pois as funções não eram tão específicas, em geral eles davam atenção a pessoas com tuberculose. Ivan Lavor comenta:

Isso obriga Miria e Carlile a desvirtuarem as funções originais estabelecidas pela SESA para os visitantes sanitários, fazendo com que seu trabalho seja direcionado para o objetivo desejado pelo casal, que é a atenção à saúde materno-infantil. Todos são treinados por Miria em Jucás, onde podem fazer um estágio com os monitores de saúde da cidade (2018, p. 91).

Contudo, não somente os visitantes sanitários de Jucás foram treinados pelo casal, mas todos, conforme explicita o trecho acima. Os visitantes ficaram hospedados na casa do casal para o treinamento e em seguida voltaram para seus municípios de origem para desempenhar suas funções e serem supervisionados por Miria e Carlile.

De acordo com Severina, uma das visitadoras sanitárias de Jucás com quem tivemos a oportunidade de conversar, o treinamento dos visitantes tinha uma parte feita no hospital e depois na unidade de saúde e em seguida fizeram um trabalho de campo acompanhados do casal de sanitaristas. A parte de treinamento no hospital incluía a sala de vacinas onde aprendiam

⁷⁰ Também atuaram na valorização dos orientadores de saúde que estavam praticamente esquecidos pela Regional. Os orientadores eram aptos à aplicação de vacinas e se mostraram como alternativa a curto prazo para expandir a vacinação (Cf. Ivan Lavor, 2018, p. 93).

aplicar doses. Possivelmente a parte do treinamento prático com o casal era mais voltado para o trabalho com crianças e gestantes conforme o interesse do casal naquelas circunstâncias.

Sobre o início do seu trabalho em Jucás, ela comentou:

Quando eu vim pra Jucás eu vim com contrato para trabalhar de visitadora sanitária na unidade de saúde. Eu vim em junho de 81. Dr. Carlile mais a Miria começaram a me ensinar o trabalho do acompanhamento da criança desde a gestação até os cinco anos. Desde o pré-natal, aí depois o nascimento, enfim as vacinas, a alimentação... essa coisa toda. Era na época em que a mulher tinha menino e só tomava banho com trinta dias, trancado dentro do quarto com a cabeça coberta, aquela coisa toda. Pra gente desmanchar esse tabu aí foi uma batalha (SEVERINA, 2019).

Além de atuar como visitadora sanitária na atenção às pessoas com tuberculose, Severina cumpria o papel de monitora da FEBEM no acompanhamento de crianças desde atividades escolares até a parte mais específica voltada para saúde como higiene, vacinação e estado nutricional e também realizava visitas, dentro das prioridades do trabalho dos monitores de saúde, isto é, às gestantes e mães com crianças pequenas, em muitos casos, as famílias das mesmas crianças que ela acompanhava na FEBEM.

Severina também teceu comentários gerais sobre a atuação junto às famílias em uma época em que os profissionais de saúde no interior quase inexistiam:

Não tinha médico, não tinha enfermeira então quem estava trabalhando na área tinha que ser tudo, então a gente andava com uma mochila enorme nas costas porque tinha o material de curativo, o material de injeção, o material de vermífugos [...] A gente já fazia o pedido dos exames e se desse um tipo de verme, o Dr. Carlile já orientava a gente qual o tipo de vermífugo que a gente daria para aquela criança e o tipo de tratamento. Mas antes, a gente tinha que ver a higienização, como era que tinha que ser a roupa, até os lençóis, rede, como era que a mãe tinha que fazer não é? E a gente tinha que acompanhar isso muito de perto, questão da alimentação, a amamentação até certo mês e depois ensinar a mãe a dar para a criança aquilo que ela tinha em casa. Então ensinava a fazer a sopinha, o suco, daquilo que ela tinha em casa. Isso a gente ia lá para o fogão para fazer com ela (2019).

Neste período, 1982, o Ceará passava por uma das suas piores secas e a situação alimentar das famílias pobres era precária, a mortalidade era alta e a falta de um sistema de saúde dificultava a situação. Havia muita fome, diarreia e desidratação em crianças,

especialmente e era contra esses inimigos que o casal Lavor lutava. Sobre a forma como atuavam em relação à situação alimentar das famílias, Severina comenta:

[...] como a mãe não tinha muita alimentação, aos quatro meses já começava a inserir os sucos, não é? [...] quando a criança já podia mastigar alguma coisa, a gente só amassava com o garfo, mas aí era tudo na peneira, até o arroz a gente passava na peneira e **fazia tipo aquela papinha de tudo que a mãe comia em casa. Era jerimum que ela tinha naquele dia? Então jerimum, passava na peneira, machucava e dava para a criança tudo começando de colherinha. Então hoje você deu uma colherinha, amanhã também, ela não sentiu nada? Então depois de amanhã dê duas, não é?** E a gente ia ensinando assim, com um ano a criança comia tudo o que você estava comendo, sem problemas (SEVERINA, 2019).

Severina, que atualmente é ACS, confessou a dificuldade de atuar junto às famílias na época devido ao entendimento que muitas pessoas tinham em relação a alguns hábitos. A cultura cristalizada de que o que alimenta a criança é massa e que o leite materno é fraco, além de outras possíveis coisas, constituiu um empecilho a ser superado. A falta de conhecimentos sobre determinados comportamentos fazia com que a reprodução de práticas equivocadas fosse corriqueira tal como mostra o relato a seguir:

Tinha aquele tabu que a criança nasceu e com menos de oito horas já estava dando um prato de papa, pegava no dedo e tacava na boca da criança e isso a gente foi mudando para que ela passasse a dar de mamar. Então as crianças daqui a gente ensinava desde cedo como a mãe alimentar porque morria tanta criança por conta disso [...] aquela massa pesada no intestino né? O que ela ia ter? Diarreia, infecção e tudo mais, então, a gente foi mudando, onde nascia uma criança, a gente marcava cerrado ali com a mãe para que ela desse de mamar e com isso foi quebrado muitos tabus, essa mudança de hábito é difícil (2019).

Entusiasmada em falar de sua experiência, Severina comentou como seu aprendizado refletiu em sua vida pessoal. Da mesma forma que aprendeu em Jucás cuidou de sua filha. Contou que quando levou sua filha de 6 meses ao médico em São Paulo, ele disse que ela deveria introduzir sopa na sua alimentação e ela prontamente disse que a menina já comia até feijão e o médico se espantou dizendo que a criança teria problemas, ao que ela respondeu:

Vai não doutor! Vai não que lá do Nordeste de onde eu vim as crianças tá comendo feijão com essa época sabia? Com esse período, com essa idade ela

já tá comendo feijão, nunca morreu não, ao contrário morria quando não comia, agora por isso que os paulistas não tem saúde, a criança com cinco anos ainda tá tomando mamadeira. Não doutor, pelo amor de Deus, vamos mudar isso!

Reproduzimos esta fala por considerá-la significativa para pensar o contraste do que é considerado certo e errado aos olhos de determinadas perspectivas médicas. Na medicina comunitária se trabalha em uma perspectiva diferente da medicina tradicional, entre outras coisas, por ter como base um público fixo, adscrito em determinado serviço de saúde, levando em consideração as condições sociais das pessoas, o que exige trabalhar com o que se tem à mão para desenvolver jeitos para lidar com os problemas. Severina também demonstra em sua fala que as aprendizagens adquiridas não se restringiram ao espaço de trabalho, ou seja, foram significativas.

Sobre a questão da relação entre profissionais, Severina levantou a questão do trabalho colaborativo. Referiu-se aos atendimentos de pré-natal realizados periodicamente por médicos comentou: “Ele sempre gostava e dizia assim: – fique aqui do lado. Aí quando dizia: – o que que está sentindo? Ela dizia o que estava sentido, aí... – e o que foi que ela orientou pra você? – Disse isso, isso e isso. Então, eu só acrescento isso aqui, você faz o que ela disse, mais isso aqui” (SEVERINA, 2019).

Entendemos que esta fala é bastante significativa por dar visibilidade à integração das ações. A forma como as atividades são desenvolvidas fazem muita diferença. Embora a fala se refira a um período em que não havia equipes de saúde, não perde seu sentido no contexto das equipes. É verdade que, devido às demandas do ACS, acompanhar consultas seria inviável, mas ressaltamos a questão do apoio e da credibilidade interprofissional como algo que de fato faz falta. Num comparativo com sua realidade recente na condição de ACS, Severina comentou “A gente precisa muito desse apoio dos médicos, que os Agentes de Saúde não têm mais não! Na época, a gente tinha”.

A fala de Severina aponta para uma contradição existente em muitas equipes de saúde, se não na maioria, que é o distanciamento entre médicos e ACS mesmo estando territorialmente perto e em uma mesma equipe de trabalho. É recorrente ouvirmos relatos de colega de que o contato próximo com os médicos se restringe aos momentos de visita domiciliar. Certamente

este distanciamento é um elemento dificultador para uma maior qualificação do trabalho em equipe.

De acordo com Aparecida (2019), depois de algum tempo do trabalho da FEBEM surgiu a ideia de criar uma espécie de berçário para acomodar melhor as crianças menores. Eram na verdade espaços muito simples e improvisados. Foram criados dois, um deles anexo a um dos prédios da FEBEMCE.

No caso das crianças muito pequenas e com um grau de desnutrição mais severo, elas não eram levadas para casa ao fim do dia como as demais, mas recebiam cuidados mais específicos durante o dia e no fim da tarde eram levadas para passar a noite no hospital. Comentando sobre esses casos, a pedagoga e a visitadora sanitária (à época) rememoraram algumas situações:

Eu me lembro sabe de quem? De Eva. Eva que o padre João criou. Eva que veio lá do alto, acolá, que o padre João adotou, ela era muito desnutrida, ela não podia ficar em casa, passava a noite no hospital. Essa criança estava tão desnutrida, desnutrição de terceiro grau né? Que nem chorar ela conseguia chorar! É, as crianças não choravam mais não, quando chorava você não via lágrima. Era só assim: immm (imitou de choro de criança sem força), não tinha lágrima mais! As mais graves não conseguiam nem chorar. No dia que ela disse a primeira palavra e deu o primeiro passo foi uma festa no hospital, foi assim de muita alegria porque essa criança praticamente estava morta, ela não se mexia (APARECIDA; SEVERINA, 2019).

A gente fazia massagem nessas crianças com óleo mineral, a gente fazia massagem na pele da criança. Tinha todo um trabalho... que era para hidratar. Ai tinha a água que tinha horário pra dar água que era pra hidratar, o soro não é? E quando dava cinco horas da tarde, essa criança a gente ia deixar no hospital, não é? (SEVERINA, 2019).

Acontece que mesmo com todo o esforço até então feito, a situação era crítica, havia muita fome e mortes. Em 1983 com a intensificação da seca, o quadro de desnutrição se agravou e os casos de marasmo e *kwashiorkor* (duas formas de manifestação severa de desnutrição) aumentaram muito. Sobre este período Carlile comentou:

Nesse período em que moramos em Jucás ocorreu uma das piores secas que o Ceará já viveu, de 1979 a 1983. Foi realmente uma coisa que me marcou muito. Teve uma hora, em 1983, que Miria pensou em voltar para Fortaleza

porque, realmente, nós não tínhamos mais o que fazer. As pessoas estavam morrendo de fome, e nós não podíamos fazer nada. Tínhamos conseguido construir um centro de saúde, vacinávamos quando necessário, mas estávamos quase impotentes diante da fome. Tinha um monte de menino morrendo e eu não sabia o que fazer com tanta desnutrição (SANTANA; CASTRO, 2016, p. 23)

Diante do difícil quadro, o casal concluiu que seria preciso fazer algo a mais e decidiram criar creches improvisada para alimentar as crianças⁷¹. De acordo com relatos de Aparecida (2019), as creches eram espaços simples cedidos por pessoas das comunidades, a maioria deles, casas de taipa que funcionavam para o preparo de alimentos provenientes de doações e do governo do Estado.

Iniciaram com duas creches nos bairros onde havia trabalho da FEBEMCE (construídas por pais com material de doações conseguidos por Carlile) e depois na zona rural em casas de taipa e chão batido, arrançadas por pessoas da comunidade. Ao todo foram mais de trinta creches atendendo toda Jucás, sendo três na zona urbana e o restante na zona rural. Além das visitadoras e dos monitores, as famílias eram fundamentais para o funcionamento das creches conforme destacou Miria:

As famílias se juntavam para ajudar: os homens colocavam água e lenha; e as mães faziam a comida. Ninguém contribuía nem ganhava dinheiro para nada. Nós reuníamos as famílias e discutíamos o calendário e distribuição das mães por dia da semana. No dia que uma das mães ia para a creche fazer comida para todas as crianças levava comida para a família dela. Mas era bem acertado que a comida era para a família “só” naquele dia. Tinha uma quantidade determinada para cada pessoa. Havia a necessidade de racionar para não prejudicar o coletivo (SANTANA; CASTRO, 2016, p. 50).

Em 1983, foi mais devastador ano da seca, os açudes já estavam praticamente secos. Os governos do Estado e Federal enviavam cestas básicas para distribuir às famílias, acontece que os alimentos eram divididos entre toda a família de modo que as crianças menores e mais

⁷¹Ao mesmo tempo desenvolveram um projeto de convivência entre parteiras e médicos com o objetivo de diminuir a mortalidade materna nos partos bem como apaziguar a relação entre parteiras e alguns médicos. Um médico obstetra passou uma semana em Jucás junto com os médicos de Jucás e Cariús, para dar um curso às parteiras. Miria é escalada para suavizar os ânimos entre médicos e parteira usando a técnica da dinâmica de grupos” (IVAN LAVOR, 2018).

vulneráveis ficavam subalimentadas e as creches pretendiam garantir justamente que elas pudessem se alimentar diariamente (IVAN LAVOR, 2018).

Carlile comenta que priorizou o trabalho direto com a população e colocou o trabalho no hospital em segundo plano por entender que a busca pela população para ajudar nas medidas adotadas era fundamental (SANTANA; CASTRO, 2016).

No entanto, o trabalho das creches de oferecer comida não é suficiente para salvar as crianças que chegavam cada vez mais apresentando desnutrição. Foi quando pediram ajuda a uma médica com quem haviam trabalhado na UnB, a nutricionista Zuleica Albuquerque⁷² para ajudar no combate à desnutrição. A médica passou uma semana em Jucás ensinando o casal e a enfermeira Lucia a tratar a desnutrição com **uma receita simples** que segundo as mulheres com quem conversamos ficou conhecida como ‘leite mol’. **Tratava-se de adicionar 5% de óleo de cozinha e 8% de açúcar ao leite integral das crianças em estado de desnutrição grave.**

A solução era facilmente absorvida e havia resposta rápida ao tratamento de modo que em um ou dois dias as crianças voltavam a sorrir, **“A recuperação era um verdadeiro milagre, com 24 horas se notava a diferença nas crianças”** (CARLILE, 2020). Miria comenta: “Não perdemos nenhuma das crianças desnutridas que atendemos naquela rede de creches”.

O leite era em pó adquirido em sacos de 20 a 40 kg, comprados com recursos do Estado ou doados pela Legião Brasileira de Assistência – LBA⁷³. Sobre a receita, Aparecida, a pedagoga que acompanhou o trabalho comentou:

[...] a gente se assustava, porque não era apenas uma criança com diarreia não! Eram várias com diarreia, aí você levava as crianças para a creche para tomar leite com óleo, óleo de soja e imagina nossa cabeça que pensava que iam morrer [...] e assim foi recuperado muita criança né? Foi quando parou de morrer tanta criança, foi quando foi feito isso (APARECIDA, 2019).

⁷² Zuleica Portella de Albuquerque, pediatra e especialista em nutrição que integrava a equipe docente da UnB e foi assessora do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde (Cf. SANTANA; CASTRO, 2016).

⁷³ A Legião Brasileira de Assistência – LBA foi um órgão assistencial público brasileiro, fundado em 1942 com o objetivo de ajudar as famílias dos soldados enviados à Segunda Guerra Mundial.

Dona Anália⁷⁴, ACS de Jucás, que passou pelas etapas das creches e da contratação emergencial comentou sobre o trabalho nas creches:

Era seca... era na época de uma seca grande que veio essa creche porque tinha muita criança aqui e não tinha como sobreviver aí veio uma creche pra dar de comer às crianças e às mulheres que tinham muito filho [...] Ensinava como era para as mães amamentarem os filhos porque as mães não queriam amamentar naquele tempo, as mães estavam tudo sem amamentar os filhos, aí nós fomos trabalhar em cima disso aí, orientar as mães a cuidar direitinho, fazer o pré-natal, fazer as consultas que necessitavam e ensinar a elas darem de mamar aos filhos (2019).

De acordo com ela, nos casos em que as crianças eram de idade de amamentação, o leite com óleo era preparado na creche e levado às casas pelas monitoras ou pela visitadora sanitária, para ser administrado pelas mães, a fim de evitar interrupções das mamadas. As crianças maiores de um ano, até seis, ficavam o dia todo nas creches e quando ainda mamavam, as mães iam até a creche para amamentá-las, as vezes que achava necessário. Além da assistência nutricional, também eram desenvolvidas outras atividades nas creches conforme esclarece ainda Dona Anália:

Eu era monitora e tinha mais outra mocinha para ficar com as crianças, conversar, ensinar, começar a ensinar a alfabetização para as crianças, nós ficava ensinando eles, conversando com eles, botando eles para brincar, depois botando eles riscar no papel, aprendendo a fazer letra, tirando amostrinha de outra letra e com as mães nós orientamos muito, eu fazia a roupinha das crianças com elas... (Ibidem).

As gestantes também recebiam alimentação nas creches. A reunião de crianças e gestantes favorecia também o trabalho de cobertura vacinal e, além disso, também serviam de apoio para o desenvolvimento de atividades com as gestantes como palestras e a confecção de pequenos enxovais pelas próprias gestantes com a ajuda de algum monitor. Sobre a confecção dos enxovais, dona Anália comentou entusiasmada:

⁷⁴Na ocasião da entrevista, ela estava aguardando resposta sobre a aposentadoria que havia solicitado há alguns meses.

A gente orientava às mães como dar de mama aos filho quando nascesse. Nós fazia o enxoval junto com a gestante. Ensinei às mulheres a costurar, fazer a roupinha de criança. A gente recebia o enxoval em Jucás... As fraldinha, nós abanhava, nós fazia as camisinha, tudo ensinei fazer na mão, era feita na mão e pintado, nós recebia até a tinta para pintar as ropinha das criança. Aconteceu isso aqui (2019).

Esse trabalho em Jucás e o conhecimento da realidade de cada município da região de saúde de Iguatu facilitou a organização de um sistema de saúde para a regional a partir das quais Carlile se integrou nas discussões sobre saúde no contexto estadual (SANTANA; CASTRO, 2016) e o preparou para lançar o Programa para o nível estadual.

O trabalho com monitores de saúde resultou na cobertura de toda a cidade de Jucás e ganhou destaque. Inúmeros profissionais da saúde visitavam Jucás para conhecer de perto o projeto. O casal fazia filmagens em ‘super 8’ dos monitores de saúde e apresentavam em encontros e congressos dos quais participavam.

O que foi feito em Jucás, especialmente nesse primeiro momento, nos remete ao conceito freireano de inédito viável. As circunstâncias da seca severa, da fome e da falta de recursos se impuseram como situações-limite que, vistas como desafios e não como fatalidade assumem outra dimensão, os percebidos-destacados, isto é, aquilo da vida cotidiana que não pode permanecer como está, pelo contrário, precisa ser discutido, enfrentado e superado. Sobre suas experiências que vão ao encontro desta percepção, Carlile Lavor afirma:

As experiências internacionais que conheci, de ouvir falar, de leituras ou em visitas a alguns países, mostravam que mesmo com toda pobreza era possível estender a saúde para todas as pessoas. Não precisa esperar o enriquecimento de um país para que o direito à saúde seja atendido (SANTANA; CASTRO, 2000, p. 44).

Os percebidos-destacados mobilizam a busca pela descoberta do inédito viável. A afirmação de Carlile Lavor explicita isto no contexto de Jucás, quando afirma: “Eu pensava que se outros lugares estavam se desenvolvendo, era possível que a nossa terra também se desenvolvesse” (SANTANA; CASTRO, 2000, p. 19), a situação de pobreza entendida como resultado de um processo social de desigualdade permitia ao médico e sua esposa notarem

destacados percebidos em um movimento de superação das situações-limite a partir de uma compreensão da realidade não superficial e produzindo inéditos viáveis (FREIRE, 2010).

5.5. A contratação emergencial de mulheres (1987 - 1988)

As experiências de Carlile e Miria com o desenvolvimento de um tipo de agente de saúde somavam dezesseis anos. O trabalho em Jucás, projetou o nome de Carlile e Miria na região. O trabalho com monitores de saúde em Jucás havia projetado o casal de sanitaristas para toda a região. 1986 era um ano de eleições para governo do Estado. Tasso Jereissati foi candidato pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro – PMDB, apoiado por um grupo de jovens empresários que se fortaleceu em defesa de um movimento pró-mudanças, em contraposição à chamada política dos coronéis (SILVA, 1997).

No grupo que articulava a campanha política e a construção de um projeto de governo para a saúde a experiência de Jucás foi apontada como potencial para um trabalho em saúde (MINAYO, D’ELIA; SVITONE, 1990). Como diretor do Departamento de ações básicas para o qual havia sido indicado no mesmo ano, Carlile foi convidado a fazer parte da equipe que elaborava a proposta da saúde para o candidato ao governo do Estado e a ideia do projeto com trabalhadores comunitários tinha a simpatia dos demais médicos e ganhava cada vez mais espaço (IVAN LAVOR, 2018). Sobre a indicação de Carlile para o grupo responsável para pensar um plano de governo para a saúde, Santana e Castro comentam:

[...] o comitê da campanha estava querendo propostas que chegassem aos municípios, Adriana Forti⁷⁵ falou que conhecia um casal que fazia um trabalho de saúde e educação com a população no interior. O candidato se interessou pela experiência de Jucás [...] (2016, p. 53).

⁷⁵Médica endocrinologista, de quem o então candidato a governador era cliente e fazia parte do grupo de saúde da campanha.

Já no grupo, Carlile comentou sobre como se deram as articulações para pensar o projeto:

[...] começamos a nos reunir, a mobilizar [...]. Essa mobilização foi importante. E veio a campanha eleitoral e fizemos aquela reunião do grupo [...]. E nos juntamos para coordenar esse trabalho [...]. E com toda a experiência que a gente tinha vivido no interior [...] começamos a discutir um projeto de governo [...] (ANDRADE, 2016, p. 153).

O candidato ao governo enviou uma equipe para filmar o trabalho dos monitores de saúde e Jucás apareceu no horário político na TV, o candidato prometeu que, se eleito⁷⁶, o projeto seria ampliado para todo o Estado (IVAN LAVOR, 2018).

Com a eleição de Jereissati, o projeto de trabalhadores comunitários ganhou novo status, destaca Ivan Lavor e foi pedido um detalhamento da proposta à equipe da saúde composta por quatro médicos (Adriana Forti, Marco Penaforte, Anamaria Cavalcante e Carlile Lavor).

Carlile sabia do potencial do trabalho com Agentes de Saúde por ter como base além de conhecimento teórico, experiências práticas bem sucedidas⁷⁷: “[...] eu achava possível fazer, porque a metodologia estava muito clara internacionalmente e nós sabíamos o que tinha que fazer, era mobilizar a sociedade para salvar as crianças [...]” (ANDRADE, 2016, p. 153).

Tendo percebido a potencialidade da estratégia do projeto, Jereissati⁷⁸ assumiu a ideia da redução da mortalidade infantil como chave para seu plano de governo. Sobre isto comentou:

Quem na verdade me disse é possível [...] foi o Carlile quando explicou, é desidratação, e dando soro oral você resolve. Foi ele que deu o estalo, você resolve. É só isso [...]. E para essa desidratação, tem prevenção? [...] na minha visão de não especialista no assunto, era um problema muito mais complexo do que parecia. Realmente foi um estalo muito grande quando o Carlile disse, com isso você resolve. Pois se é só com isso, vamos fazer! [...]. Normalmente tem toda uma filosofia da fome, das origens da pobreza, isso é histórico [...]. É

⁷⁶Informação também consta em depoimento de Miria em vídeo que fala sobre o Agente de Saúde (0:43min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=qe2D6p2hW-Q&feature=youtu.be>.

⁷⁷ Em uma de suas falas, Carlile mencionou ter estudado o exemplo da Suécia que, na década de sessenta e setenta, era campeã em saúde da criança (SANTANA; CASTRO, 2016).

⁷⁸ O deputado estadual Ciro Gomes, que sucedeu Jereissati como governador, deu continuidade ao projeto de saúde.

precisa melhorar o nível de educação, a renda, não sei o que mais. O estalo foi esse, é água, açúcar e sal. (ANDRADE, 2016, p. 153).

O governo Jereissati imprimiu uma série de mudanças na administração pública com destaque para a área da saúde do Estado, na qual o Agente de Saúde passou a ser protagonista. Silva (1997) destaca que o referido governo suscitou defesas apaixonadas e críticas severas a depender da posição do crítico.

Carlile assumiu a pasta da Secretaria de Saúde do Estado na qual ficou de 17/03/1987 a 14/04/1988 quando saiu para se dedicar à campanha eleitoral, para prefeito de Jucás. A gestão de Jereissati (1987 - 1990) teve três secretários de saúde depois de Carlile, sobre o que o médico comentou:

Não houve ruptura na condução do projeto para a saúde, estabelecida desde a campanha eleitoral, porque éramos da mesma equipe. A influência de nosso grupo prolongou-se ainda mais nas quatro gestões seguintes [...] os titulares da pasta mantiveram as orientações estabelecidas desde 1987 (SANTANA; CASTRO, 2016, p. 26).

Em 1987, após a posse de Jereissati, Miria que coordenava os trabalhos voltados para o trabalhador comunitário na SESA, começou a formar uma equipe multidisciplinar para organizar as ações. A valorização do trabalho com diferentes profissionais é algo que acompanha o casal desde Brasília, quando perceberam a importância e o potencial da união de diferentes conhecimentos. A ideia inicial era montar uma proposta de trabalho permanente incluindo custos para apresentar ao governo (IVAN LAVOR, 2018).

Contudo, aquele primeiro ano do governo Jereissati, foi mais um ano de seca no Ceará e como habitualmente, o governo federal efetuava repasse de recursos para serem usados nas frentes de trabalho, já referidas anteriormente no item 5.1. Em reunião com os secretários para discutir o uso desses recursos foi pedido que cada secretaria organizasse uma atividade. Segundo Carlile, o governo achou importante que as pessoas recebessem um salário mínimo e não um pouquinho como em geral se fazia e que para isto, de fato trabalhassem (VIEIRA-MEYER, 2015). Carlile propôs que na saúde o recurso fosse usado para contratar mulheres para atuarem por um ano como agentes de saúde, recebendo um salário mínimo, o que garantiria às

mulheres, ter como sustentar os filhos por esse período. Pata tanto, Carlile pediu seis mil bolsas para seis mil mulheres. Ele explicou que a priorização das mulheres se deu devido ao fato de que só os homens eram contratados com os recursos de enfrentamento da seca, no entanto, muitas famílias só tinham mulheres com condições de trabalho, ação que configurou uma mudança de padrão (SANTANA; CASTRO, 2016); (ÁVILA, 2011), (VIEIRA-MEYER, 2015). Minayo comenta que [...] viu-se a possibilidade de envolver, a curto prazo, em atividades de promoção da saúde, vários milhares de moradores destas áreas, os quais seriam remunerados com fundos especiais de emergência de origem federal destinados à Região Nordeste” (MINAYO; D’ELIA; SVITONE, 1990, p. 17).

A proposta permitia ao governo contratar mulheres para atuarem como Agentes de Saúde em quase todo Estado, mesmo sem ter recursos e com alta probabilidade de obter êxitos já que a ideia já havia sido experimentada, conforme destacou Carlile: “[...] em 87, a gente estava pronto pra testar, estava com a experiência madura para ser estendida para o Ceará todo, aí o problema era como financiar” (ÁVILA, 2006, p. 55).

A proposta de Carlile foi aceita e a equipe se viu diante de um grande desafio sobre o qual Ivan Lavor comenta:

A equipe estadual que vem trabalhando no projeto dos trabalhadores comunitários de saúde tem de interromper sua elaboração para se dedicar a um problema imediato: **como selecionar e treinar seis mil mulheres a curto prazo em praticamente todos os municípios do Estado para serem trabalhadores comunitários de saúde?** (2018, p. 106) (grifo nosso).

Como o objetivo principal era reduzir a mortalidade infantil, o Estado pediu apoio do UNICEF que acompanhou as experiências no Estado e posteriormente fez um estudo avaliando o impacto do trabalho com Agentes de Saúde. É importante lembrar que mesmo tendo sido executado a nível de governo do Estado, o mérito do Programa emergencial deveu-se muito mais a Carlile Lavor pelo esforço para convencimento do governador quanto à aplicação dos recursos da seca para a contratação exclusiva de mulheres na pasta da secretaria de saúde, conforme mostra a fala de Jereissati a três citações anteriores.

A equipe da secretaria do Estado era composta por nove membros e se encarregou de identificar os municípios mais afetados pela seca e administrar o Programa desde o

recrutamento, treinamento à supervisão (TENDLER, 1998). Cada município foi dividido em microáreas nas quais e para as quais as mulheres seriam recrutadas.

Negociado o uso dos recursos, Miria e a equipe de coordenação se dedicou à operacionalização do processo. De acordo com Ivan Lavor (2018), a intersetorialidade, com a Secretaria de Ação Social do Estado, foi o caminho encontrado. Esta secretaria ficou responsável pela criação em cada município de uma comissão que deveria ser formada por representantes da Secretaria Estadual, da EMATERCE, da Igreja, da prefeitura e do sindicato dos trabalhadores rurais. A comissão de cada cidade denominada Grupo de Ação Comunitária – GAC deveria escolher para cada microárea do município uma mulher pobre, que precisasse da bolsa, que tivesse boa relação com a comunidade em que vivesse e pudesse realizar visitas na microárea. Os GAC⁷⁹ funcionavam como conselhos locais em cada município⁸⁰.

Os GAC indicavam as mulheres para participar das seleções em cada município. Os critérios estabelecidos foram: **ter mais de 18 anos, viver no local onde atuaria e ter oito horas diárias disponíveis**. Segundo Carlile, como o número de mulheres interessadas era maior que o de vagas, foi levado em consideração ainda o fato de a mulher **não ter filhos pequenos e apresentar boa disposição para trabalhar**.

Em cada município, uma pessoa da saúde iria dirigir tecnicamente o trabalho das Agentes, uma vez que não havia recursos para contratação de uma enfermeira, nesta época, ainda pouco presente nos serviços de saúde, sobretudo nos interiores (lembrando que a regulamentação da profissão havia ocorrido em 1986, portanto era muito recente). Em 1987, havia cerca de cinquenta enfermeiros para os 184 municípios do Ceará (VIEIRA-MEYER, 2015).

⁷⁹De acordo com Tendler (1998) os grupos eram formados por representantes da câmara de vereadores, Secretaria de Educação e da Saúde, representantes dos lugarejos indicados pelas associações, representantes da sociedade civil apontados por grupos como Igreja católica e evangélica, sindicato rural, clubes de serviços como Associação Comercial e Associação dos proprietários rurais, Lions Club e Rotary Club, totalizando 12 integrantes.

⁸⁰De acordo Com Silva (2017), a criação dos GAC de um modo geral teria significado uma influência direta nas organizações locais como associações de bairro, por exemplo, estimuladas pelo governo. A partir de mecanismos como estes, o governo teria se infiltrado nas organizações e enfraquecido o movimento popular por ter disseminado suas ideias através de alguns representantes. Contudo, estas ações não correspondiam a uma iniciativa exclusiva do governo, mas teriam seguido uma tendência nacional, destaca a autora.

As mulheres não selecionadas e as demais pessoas das comunidades foram estimuladas para assumir o papel de fiscalizadoras. Era dito nas reuniões: “[...] aqueles entre vocês que não forem escolhidos [...] devem garantir que os selecionados se comportem de acordo com as normas” (TENDLER, 1998, p. 50).

Feita a seleção veio a etapa do treinamento das seis mil mulheres em um período de quatro meses. Uma equipe de voluntários vindos das cidades onde as mulheres residiam treinou as mulheres, em cada cidade havia uma equipe de voluntários que foi devidamente preparada pela equipe multidisciplinar do Estado. Os voluntários se deslocaram para Fortaleza, custeados pela SESA onde foram treinados por dois dias e depois voltaram aos seus municípios para treinar as mulheres selecionadas (IVAN LAVOR, 2018).

Com as mulheres, o treinamento durou quinze dias. Carlile comenta que a forma adotada para os treinamentos **teve muito de Paulo Freire e Lauro de Oliveira Lima**. A orientação dada às mulheres era para identificar as gestantes e fazer com que realizassem o pré-natal além de identificar todas as crianças menores de quatro anos para vacinação. Sobre o treinamento, Miria comentou: “Um desafio era que a maioria das mulheres selecionadas era semianalfabeta, e algumas analfabetas” (SANTANA; CASTRO, 2016, p. 53).

De acordo com Ivan Lavor,

Considerando o que era ensinado a essas mulheres pelos voluntários, o termo “treinamento” talvez seja um pouco forte, porque basicamente o que elas são instruídas a fazer é encontrar todas as gestantes de sua microárea e trazê-las para o pré-natal (2018, p. 107).

Os primeiros municípios fizeram a seleção e iniciaram os trabalhos em junho e os demais em setembro de 1987. Foram contratadas em caráter emergencial mais de seis mil mulheres⁸¹ para atuação em 118 municípios do sertão. Era um período em que as mulheres tinham muitos filhos devido à falta de planejamento, sobre isto, Freedheim (1993) comenta que

⁸¹ De todas as referências vistas sobre a contratação emergencial, duas mencionaram a quantidade de contratos efetuados (6.113) destacando que a maioria foram mulheres, na segunda referência menciona-se 95% (ANDRADE, 2016); SILVA; DALMASO, 2002) todavia, Carlile afirma em suas falas que foram mulheres (Cf. SANTANA; CASTRO, 2016, p.41, 54); (CARLILE LAVOR, 2010, p. 17), (ÁVILA, 2006, p. 55) por este motivo, optamos pela afirmação do médico.

muitas mulheres lhe disseram que antes de 1987 esperavam que muitos de seus filhos morressem e depois da ação das Agentes esperavam que todos vivessem.

As mulheres selecionadas deveriam visitar cada domicílio ao menos uma vez por mês e participar de todas as reuniões de treinamento e aperfeiçoamento. Segundo dona Anália algumas que faziam trabalhos com base na sabedoria popular foram “aproveitadas” devido às experiências acumuladas, a exemplo das parteiras, conforme destacou na seguinte fala: **“Algumas que trabalhou, eu acho que sem saber quase nada, era umas que já eram parteiras velhas, mas essas hoje já é tudo aposentada. Mas era porque elas trabalhavam mesmo de parteira, elas pegavam menino e eram boas demais nessa parte aí”** (2019).

O primeiro esforço foi de levar todas as gestantes para realizar o pré-natal, em seguida levar todas as crianças até quatro anos para serem vacinadas. Foram disponibilizados pela primeira vez cartões de vacina para as famílias, a Secretaria de Saúde do Estado produziu um milhão de cartões (IVAN LAVOR, 2018).

O trabalho das Agentes tinha também como ideia básica que as famílias tivessem acesso a informações simples de cuidados com a saúde, como: aleitamento materno, terapia de reidratação oral com uso do soro, vacinação e higiene (MINAYO; D’ELIA; SVITONE, 1990); (ANDRADE, 2016); (SANTANA; CASTRO, 2016) e identificar as pessoas em condições de risco em relação aos problemas mais agudos que rapidamente levavam à morte, principalmente quando acometiam a criança simultaneamente (diarreia, desnutrição, e infecções) e combater suas causas (falta de higiene, de prática da amamentação e vacinação que eram as mais sérias). As crianças menores de um ano eram as que mais morriam, por isso constituíam um grupo prioritário.

Dona Anália, comenta sobre o trabalho no período emergencial:

Era pra conversar muito com as pessoas [...] Naquela época morria criança demais. Morria muita criança que adoecia e morria de diarreia, essas coisas tudo porque era a falta da higiene que a mãe não tinha. A mãe não tinha cuidado, não fazia pré-natal, não cuidava, aí a maioria das crianças morriam [...] Nós ensinava como era para as mãe amamentarem os filhos porque as mães não queriam amamentar naquele tempo, as mães estava tudo sem amamentar os filhos [...] As mães não queriam dar de mamar aos filhos porque dizia que dava trabalho, que caía os peitos. Passou uma época que o povo tinha isso na mente né? (ANÁLIA, 2019).

A fala de Dona Anália corrobora a ideia de que a ação das seis mil mulheres nas cidades do Ceará foi de fundamental importância para o desenvolvimento do pré-natal, vacinação e amamentação, sem isto provavelmente, a superação do quadro de mortalidade infantil não teria sido notável naquele momento.

Ao fim de um ano de ações e com o fim dos recursos do governo federal o programa chegou na fase de encerramento e obedecendo o período de início dos trabalhos, em junho e setembro de 1988 o trabalho das mulheres foi encerrado. A esta altura do percurso Carlile havia se afastado para a candidatura a prefeito de Jucás e não deu tempo de entregar a proposta final do programa permanente, contudo, ele continuou sendo elaborado pela equipe multidisciplinar, Miria seguiu na coordenação e concluída a proposta, o casal a entregou ao secretário Penaforte que o apresentou ao governador (IVAN LAVOR, 2018).

Na proposta contava dois tipos de seleção, um para a zona urbana e outro para a rural na qual deveria haver apenas uma dinâmica de grupo e uma entrevista, não se exigia saber ler. Na seleção da zona urbana deveria haver além destas etapas uma prova escrita. Em ambos os casos, o resultado da seleção deveria ser divulgado imediatamente após a seleção, ainda que fosse à noite para evitar interferência política, algo já esperado. Constava ainda na proposta um treinamento que deveria ser feito em poucos dias por uma enfermeira devidamente treinada pela equipe de coordenação do Programa, da qual Miria era coordenadora. O resultado esperado era que até o fim do governo houvesse uma redução da mortalidade infantil em 40% (IVAN LAVOR, 2018).

Tendo até aqui verificado o que foi anunciado no capítulo 2, isto é, que as experiências do Ceará foram iniciadas a partir da ação do casal de sanitaristas e considerando que a história das Agentes de Saúde no Ceará reúne diferentes momentos: primeiras experiências na FEBEMCE e nas creches (1979 – 1986), situação da emergência da seca (1988) e criação do Programa Agente de Saúde no Estado – PAS (1989), temos três diferentes, mas complementares momentos marcados pela interferência institucional do Estado em termos de recursos financeiros. É importante observar que o Estado não interferiu nas experiências em termos de operacionalização tendo isto ficado a cargo dos sanitaristas e suas equipes. Isso tem uma importância a ser destacada porque não houve imposição de protocolos burocráticos em termos

de desenvolvimento das ações, as experiências foram acontecendo muito próximas das necessidades das pessoas em seus contextos de vida.

A forma como as coisas aconteceram no Ceará permite localizar as experiências como um meio termo em relação às outras duas vias de origem dos/das Agentes Comunitários de Saúde, isto é, no Ministério da Saúde e nas organizações de base conforme apontam os capítulos 4 e 6. Neste sentido, nos parece pertinente perguntar **o que motivou o casal de sanitaristas para o desenvolvimento das experiências em Jucás?**

É fato, o casal tinha uma ligação institucional já que estavam ligados ao Estado, contudo, ao que parece, o que foi experimentado em Jucás tem mais a ver com uma dimensão de responsabilidade e compromisso social, de criatividade, impulsionada pela da necessidade.

A partir deste entendimento, buscamos informações que pudessem ajudar a identificar elementos influenciadores/motivadores e que oferecessem maiores detalhes e esclarecimentos sobre a questão e encontramos na história de vida do médico e da assistente social alguns indícios que parecem ter sido determinantes para sua forma de compreender e aplicar a medicina e o serviço social.

No caso de Carlile Lavor, notamos a tradição familiar ligada à área da saúde. O pai de Carlile foi farmacêutico (não diplomado) em Jucás.

Além da relação com o campo da saúde, a família do médico também fez história na política. Além do seu bisavô, seu pai foi prefeito de Jucás duas vezes (1950-1954 e 1962-1966) o que parece ter influenciado sua trajetória também na política, todavia, Carlile afirmou que sua aprendizagem política se deu mais no âmbito acadêmico através da participação em diretório acadêmico. A influência de alguns professores e colegas de trabalho foi fundamental para construção de sua visão de mundo de trabalho em saúde concebido a partir da ideia de aproximação entre os profissionais e as realidades vividas pelas pessoas. Sobre sua vida na faculdade comenta: “[...] discutíamos como o ensino deveria ser mais ligado à realidade. Eu via aquele ensino muito distante do que eu conhecia de Jucás, e fui aprofundando cada vez mais essa reflexão” (SANTANA; CASTRO, 2016, p. 11).

O médico lembra que do campo da educação Paulo Freire e Lauro de Oliveira Lima foram muito significativos, afirmação que se confirma no percurso profissional quando os dois autores aparecem como referências para a operacionalização do trabalho com Agentes de saúde.

Ainda merece destaque outra forma de manifestação da influência familiar, mais especificamente a paterna dimensionada pela relação com o duro contexto de seca, elemento que marcou as memórias do médico e repercutiu na sua trajetória de vida conforme mostra a história: em 1993 na condição de prefeito de Jucás, Carlile conseguiu que 99% das crianças de Jucás frequentassem a escola. Sobre sua experiência como prefeito comentou:

Foi uma das coisas mais prazerosas da minha vida! [...] visitei 90% das casas do município, conversei com cada pessoa sobre as dificuldades, como era a produção deles, a agricultura, a educação, se os meninos estavam na escola, e se não estavam, qual era o motivo [...] **No primeiro ano a grande dificuldade foi com a seca. Mas foi possível, com recursos próprios da prefeitura, garantir o emprego de mil agricultores...**⁸² **Mas, o meu grande trabalho foi na educação. Eu não conseguia aceitar que as pessoas não fossem para a escola** (SANTANA; CASTRO, 2016, p. 24).

Embora Carlile não tenha vivido na pele todas as privações, problemáticas e sofrimentos de um contexto de seca e fome, se manteve ligado a ele no sentido de não ignorá-lo e assumir o compromisso de fazer algo pela gente da sua terra quando teve oportunidade para isto e as experiências profissionais alicerçaram um caminho para o trabalho em Jucás, conforme indica o trecho a seguir:

A experiência em Sobradinho e em Planaltina foi muito rica nesse aspecto porque eram comunidades pobres, com gente parecida com as nossas do sertão, e nós conseguimos fazer mudanças nos indicadores de saúde [...] nesse período que passei em Brasília, **eu nunca deixei de estudar sobre o Ceará** (SANTANA; CASTRO, 2016, p. 18, 19, 22) (grifos nossos).

No caso de Miria, sua postura profissional e política de proximidade com os grupos populares, conforme visto no item 5.2, diz muito a seu respeito. A influência de Carlile e os percursos feitos apontam para uma profissional compromissada e preocupada com as populações empobrecidas, quando poderia ter optado por outro viés da sua profissão.

⁸² Aqui, o entrevistador comenta: “[Pausa prolongada; a evidente emoção de Carlile revelava a irrecorrível lembrança de quando o prefeito de Jucás era o pai dele, e só podia dar uma cuia de farinha com rapadura para as vítimas famintas da seca]” (SANTANA; CASTRO, 2016, p. 32).

A sintonia profissional do casal ganhou expressividade a partir do trabalho em Brasília. Sobre esta questão da relação do trabalho, Carlile comentou que assumia mais a linha de traçar metas e Miria atuava mais na operacionalização isto não somente no caso específico do trabalho com Agentes de Saúde, mas em outros também conforme destaca o seguinte trecho:

Todo o trabalho que eu fiz foi com parceria de Miria. Por exemplo, quando em Jucás decidimos colocar todas as crianças na escola, as formas usadas para atrair a garotada foram ideias delas; **foi ela quem foi conversar com as famílias, com a comunidade. Eu trabalho mais com a definição dos objetivos, com a avaliação dos resultados, e ela ajuda; mas ela sabe muito mais do que eu como fazer.** É como se nós fôssemos complementares um para o outro (SANTANA; CASTRO, 2016, p. 46) (grifo nosso).

Da parceria de trabalho do casal, também podemos depreender a questão da união dos campos de conhecimento. Pessoas com diferentes formações direcionadas para o mesmo objetivo: o bem social. A trajetória do casal mostra um trabalho conjunto da medicina com o serviço social com resultados promissores nos alertando para o fato de que as profissões enquanto forças sociais aplicadas/desenvolvidas conjuntamente são mais fortes. Como nenhum campo de conhecimento é completo, isto é, dá conta de todas as facetas de um problema, a união de diferentes olhares para um determinado problema indica percebê-lo em diferentes perspectivas, Carlile afirma isto diretamente no seguinte trecho “E fui valorizando cada vez mais a importância da articulação do trabalho médico com o serviço social” (SANTANA; CASTRO, 2016, p. 16). Miria pensava as situações em perspectivas sociais enquanto Carlile dedicava-se mais ao sentido médico das ações.

Esse tipo de articulação fortalece muito um trabalho em equipe porque cada um pensa a partir de seu campo de conhecimento produzindo soma de percepções e consequentemente de ações. Tornar os campos de conhecimento aliados na linha de frente de um projeto através da ação de diferentes profissionais possibilitou o êxito do projeto profissional do casal. Observando as atribuições históricas dos/das ACS desde as primeiras experiências de base até as do Ceará, podemos considerar que o Agente de Saúde se encontra em um ponto entre o trabalho médico e o social, ou em termos mais específicos das profissões, entre o trabalho da enfermagem e do assistente social, pois desenvolve atividades próprias dos dois campos

5.6 A oficialização do Programa Agentes de Saúde no Estado (1989)

Optamos por chamar este momento de oficialização porque na verdade já havia sido criado por seus idealizadores e executado há algum tempo conforme já posto. A etapa a que nos referimos neste tópico foi na verdade o reconhecimento de um projeto que já havia dado muitos e claros sinais de eficiência.

Assim, tendo em vista os resultados alcançados pelo trabalho das Agentes de Saúde, a desativação do programa despertou atenção dos profissionais da saúde e da população. Miria destacou que, profissionais da saúde começaram a se mobilizar para a continuidade das ações:

[...] fizemos uma grande reunião com profissionais representantes de todos os municípios. Houve depoimentos de médicos que diziam que, mesmo com toda a seca, foi um período que os hospitais menos receberam crianças com diarreia. E eles creditavam isso ao trabalho dos agentes. Embora o programa tenha sido desenvolvido no curto prazo de um ano, gerou uma ampla base social de apoio que foi essencial para sua continuidade (SANTANA; CASTRO, 2016, p. 55)

Como já havia uma proposta oficial de continuidade do projeto, o governo estadual autorizou a execução da proposta sem nenhuma alteração e sobre a reunião feita para discutir a continuidade do programa, Miria comentou:

Foi uma reunião emocionante e nela foi confirmada, com verba do Estado, a continuidade do programa de agente de saúde. Logo depois, o próprio governador autorizou a contratação, mediante a indicação de necessidades de agentes de saúde em cada município e conforme a adesão dos governos municipais (SANTANA; CASTRO, 2016, p. 57).

Assim, em setembro do mesmo ano de encerramento da emergência (1988) o programa foi reiniciado primeiro nas cidades de Jucás e Várzea Grande sendo gradualmente implantado em outros municípios. O processo de implantação aconteceu da seguinte forma: os prefeitos eram convidados a aderir ao Programa e para isto precisavam contratar e pagar uma enfermeira, seria a contrapartida do município já que o Estado pagaria aos Agentes. A enfermeira deveria

supervisionar o trabalho dos agentes. Segundo Carlile, o Estado só implantava o Programa se houvesse uma enfermeira para treinar, supervisionar e oferecer formação continuada (CARLILE LAVOR, 2020). Nesta fase, a interiorização dos profissionais de enfermagem começou a ser impulsionada. Com isto, o programa perdeu a característica de emergencial e se tornou estratégico para a disseminação de ações básicas na assistência materno-infantil e constituindo-se o principal programa de saúde pública do governo Jereissati (ÁVILA, 2011).

Sobre os primeiros passos, Ivan Lavor comenta: “Para iniciar o programa está previsto o convite a uns poucos municípios de prefeitos mais progressistas que deverão concordar, de imediato [...] A ideia é expandir o programa com cautela, município a município, priorizando sempre aqueles que primeiro se interessarem” (2018, p. 112). Os municípios precisavam apresentar interesse formalmente, acatar as normas de seleção coordenada pela secretaria de saúde do Estado (para garantir o cumprimento dos critérios e inibir a intervenção política)

Aos poucos, a notícia se foi espalhando e os prefeitos começaram a ser cobrados para a implantação e em pouco tempo há muito interesse no Programa, mas há também aqueles cujo interesse se basearam na pretensão em indicar pessoas para os cargos de Agente, estes não aceitaram o modelo de seleção do Estado e como o Estado não cedeu, muitos municípios ficaram fora do Programa por um bom tempo. Somente em 1994, ao final do governo Ciro Gomes, sucessor de Jereissati, todos os municípios tinham completado a adesão ao Programa (IVAN LAVOR, 2018).

Somente em janeiro de 1989 o Programa Agentes de Saúde - PAS foi oficializado pelo decreto nº. 19.945 e regulamentado, posteriormente, pela Portaria nº 232/92 e Decreto nº 23.079, de fevereiro de 1994 (ÁVILA, 2011). De acordo com Carlile Lavor, foi uma regulamentação breve, coisa de duas folhas de papel e destacou:

Isso foi um dos problemas nossos, todo o ensinamento foi feito verbal e quando foi para estender o Programa do Ceará para todos os Estados do Nordeste, em 91, quando o Ministério adotou o Programa pro Nordeste todo, então cada pessoa do grupo de coordenação do Ceará foi uma pra cada Estado, a Miria por exemplo, foi pra Alagoas [...] mas foi uma coisa muito verbal, faltou essa documentação (2021).

Ao fim do primeiro mandato de Jereissati em 1991, o Ceará tinha 3.000 ACS. Em 2001 eram 10.087 Agentes⁸³, em 2021 eram 14.600 Agentes, de acordo com o portal do governo do Estado. Embora oficializado em 1989, somente em maio de 1992, a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará estabeleceu as normas técnicas e operacionais do programa no Ceará (ÁVILA, 2011).

Para a seleção, o formato do concurso público havia sido descartado e ficou decidido que a equipe da Secretaria de Saúde do Estado que coordenava o Programa faria a seleção em cada município. Foi a alternativa mais adequada, pois foi a forma encontrada para evitar ao máximo as interferências políticas. Quando planejavam a seleção ficaram sabendo que na Rocinha no Rio de Janeiro estavam selecionando um tipo de Agente de Saúde e enviaram uma equipe para conhecer a experiência, contudo, viram que a forma como fora realizada a seleção não garantia que fossem pessoas da comunidade. Carlile comentou que dessa experiência o que foi aproveitado foi a denominação “Agentes de Saúde”, até então no Ceará era usada a mesma denominação das experiências de Brasília “Auxiliares de Saúde” que logo foi substituída.

A seleção acontecia em um dia apenas. A equipe responsável era ágil na aplicação das provas (no caso da zona urbana), correção e divulgação dos resultados, conforme comenta a assistente social “[...] nós fazíamos todo o processo seletivo bem rápido, em apenas um dia. Nós fazíamos as provas, corrigíamos, fazíamos a classificação e divulgávamos os resultados. Muitas vezes, íamos de madrugada entregar o resultado na rádio, pois a população ficava acordada, esperando” (SANTANA; CASTRO, 2016, p. 57).

A flexibilidade dos critérios, conforme posto no final do último item possibilitou a contratação de muitas mulheres experientes, mas que não tinham domínio da escrita (no caso da zona rural) o que naquele momento não foi empecilho para a realização do trabalho, conforme comenta Miria “[...] saber ler e escrever era um critério básico para o agente trabalhar na sede do município. Mas não servia para a zona rural, porque excluiria alguns candidatos dessa área aptos ao projeto” (Ibidem). Sobre a seleção da zona rural Miria comentou:

A gente fazia essa parte seletiva: a entrevista, mas ninguém nem fazia prova porque o nível deles era muito difícil de avaliar com essa percepção de que

⁸³ De acordo com Santiago (documento não datado) disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/mostra/mr/ok15h_laura_gilvanir_mr.pdf

não era o fato de ele saber ler, escrever muito bem que fazia com que ele fosse melhor que o que não soubesse, né? ... então a gente fazia todas as etapas: entrevista, dinâmica, mas a etapa mais importante era na comunidade (ALEXANDRE, 2014, p. 67); (grifo nosso).

Muitas agentes que atuaram no período emergencial fizeram a seleção e continuaram no trabalho, a exemplo de dona Anália, já mencionada e de dona Zeni, citada por uma entrevistada, como pessoa analfabeta que atuou como Agente de Saúde por deter conhecimentos acumulados pela experiência de vida e importantes para aquelas circunstâncias:

[...] tinha uma parteira que nem sabia fazer o nome e ela Agente de Saúde [...] o nome dela ela Dona Zeni [...] não sei se ela é viva, Dr. Carlile sempre disse que ela ia ficar porque ela era como uma médica da comunidade tá entendendo? Sem saber nem fazer o nome, mas tinha muito conhecimento (TEREZA, 2019) (grifo nosso).

Esta flexibilização quanto à questão da escolarização tem significativa importância. Embora sem ou com pouca escolarização, as mulheres detinham determinados conhecimentos populares que agregados ao que foi aprendido nos treinamentos fortaleceu tanto sua forma de atuação na comunidade quanto o auto reconhecimento. A valorização desse tipo de conhecimento da experiência nos remete ao ‘saber de experiência feito’ sobre a qual fala Paulo Freire. O saber de experiência feito tem como pressuposto o “com o povo” e nega o “para/ao o povo” e neste sentido valoriza o senso comum, isto é, o saber que as pessoas adquirem e acumulam em suas trajetórias de vida e que os permite mover-se no mundo (FREITAS, 2010).

As Agentes da zona urbana tinham 200 famílias⁸⁴ e da zona rural 100. O treinamento teve uma parte teórica (com a equipe formadora instruindo sobre como chegar às casas, conversar com as famílias, aprender o calendário de consultas e vacinação das gestantes, o calendário de vacinação das crianças e os gráficos que indicavam o estado nutricional entre outras coisas) e outra prática que acontecia nas áreas onde com acompanhamento de uma agente já atuante, exercitava o que havia sido estudado estabelecendo contato direto com as famílias (SANTANA; CASTRO, 2016, p. 56).

⁸⁴ Em Ávila (2006, p. 57) esta informação aparece diferente no que se refere ao número de famílias da zona urbana, registra-se 300 e não 200 famílias.

O treinamento durava dois meses e depois disso, a enfermeira supervisora realizava formação permanente. De acordo com Ávila (2006), a capacitação teve como base módulos editados pela Organização Pan-americana de Saúde – OPAS sobre cinco ações básicas da saúde da criança, a saber, acompanhamento, crescimento e desenvolvimento da criança, incentivo ao aleitamento materno, terapia de reidratação oral – TRO, esquema de vacinação e manejo adequado de infecções respiratórias agudas – IRA.

As influências já mencionadas de Lauro de Oliveira Lima e Paulo Freire foram significativas e incorporadas à forma de treinamento preparado para os/as ACS, além deles, a experiência de Planaltina observando é claro, as devidas adaptações para o contexto jucaense. Carlile afirmou que “[...] os primeiros agentes ainda foram treinados com muita preocupação com o aspecto social” (SANTANA; CASTRO, 2016, p. 53).

Sabendo do contexto de carências produzido pela seca e a partir das informações já expressas, sabemos que a situação das condições de saúde de um modo geral era difícil, mesmo contando com praticamente dez anos de ações por melhorias. Para uma maior aproximação com a realidade encontrada pelas Agentes no início do Programa bem como com situações com as quais conviveram, apresentamos dois relatos de Agentes pioneiras do Programa em Jucás:

O começo foi difícil para nós porque era muita gente, muita criança [...] era criança demais pra gente dá conta e a gente tinha que pelejar muito com o povo [...] e era no pé que tinha que fazer tudo isso aí e era trabalho viu? E tinha dia da gente pesar até 25 crianças (ANÁLIA, 2019).

[...] as crianças morriam muito de diarreia e aí foi onde fomos combatendo a mortalidade infantil com soro caseiro, indo em casa em casa explicando, que colocava um copo de água, uma colherzinha de sal, a gente andava com uma colher de plástico que veio do Estado explicando como fazia o soro caseiro [...] uma tesourinha para cortar as unhas das crianças, o pente fino para tirar o piolho, tesoura grande para cortar, tudo era o agente de saúde que fazia e ainda por cima ia trabalhar com as gestantes, era muitas gestantes. **Dona Miria criou um grupo que trabalhava com gestantes, e eu trabalhava no colégio aqui do lado, uma vez ao mês o Agente de Saúde ia ficar com a gestante para fazer o enxoval...** A gente andava com remédio, com um pozinho que colocava na água que ficava bem vermelhinho igual suco, para lavar as feridas das pessoas, eram muitas feridas... As crianças tinham piolhos demais criava até bichos. Você trabalhava com amor (TEREZA, 2019) (grifo nosso).

A partir dessa fala é possível perceber que as primeiras ações tinham também um caráter interventivo, isto é, as mulheres/Agentes faziam muitas coisas mostrando para as mães como tomar determinados cuidados para a partir disso e, aos poucos ensinar às mães como dar prosseguimento àqueles procedimentos de cuidados mais urgentes de higienização. Diante de situações como as mencionadas a atuação direta e imediata se fazia necessária, não fazia sentido chegar a uma casa, ver uma criança com feridas na cabeça e simplesmente orientar a mãe pois subtende-se que para chegar àquela situação certamente a mãe não sabia/podia cuidar adequadamente. Em outras palavras, diante de situações emergenciais era e é preciso agir para depois tomar outras providências.

Outra observação a ser feita em um paralelo com o que se vê hoje é a entrega de enxovais a gestantes, no caso da fala acima há uma correspondência com o que foi dito em outro momento sobre a produção dos enxovais. O fato de as mulheres trabalharem na produção de peças do enxoval do seu bebê aponta para a questão do trabalho coletivo e estimulação da criatividade. Reunir-se com as Agentes para produzir significava muito mais que produzir um enxoval, significava também construir momentos de convivência e interação onde ocorriam trocas de experiências e construía-se momentos favoráveis para fortalecimento dos laços de solidariedade. Em tempos mais recentes, a prática da entrega de enxovais ainda acontece (em Mari, por exemplo), contudo, não há produção coletiva, não se faz “com”, mas “para”, entrega-se o enxoval pronto e o que parece um gesto generoso, no contexto da educação popular perde seu sentido porque não envolve os sujeitos no processo de construção e compartilhamento de experiências. Tem-se apenas um produto que é doado e recebido, portanto, perde seu valor cultural, por assim dizer.

Esta prática ainda nos remete ao método mencionado da dinâmica de grupos teorizada por Lauro de Oliveira Lima, autor já referido. O fato de a estratégia de criar grupos com gestantes ter partido da Miria justifica esta relação direta, guardadas é claro, as devidas especificidades do método.

Outros relatos prosseguem com as descrições de algumas situações:

Nesse tempo **não tinha uma mulher grávida que soubesse o que era pré-natal, quando a gente ia fazer visita em toda porta que você olhava tinha um caixãozinho azulzinho ou rosa, eu digo meu Deus do céu! Que tanta criança**

morta é essa? [...] Mas depois do Agente de saúde, as mães foram se educando, a gente conversando, educando as pessoas... A gente orientava, a gente fazia curativo, a gente colocava sonda em homem, catava os piolho, quando a gente passava o pente assim... que botava o óleo mineral pra sair aquela casca chega fedida [...] A gente andava com termômetro, a gente andava com fita métrica, a gente andava com material de curativo, tesoura, mercúrio, esparadrapo, pince, a gente andava com uma bolsa de lado (MARIA, 2019) (grifo nosso).

Este relato reforça práticas já mencionadas anteriormente, ao passo que todos estes descrevem bem o caráter prático do trabalho das Agentes de Saúde naquele momento inicial. Sem equipe de saúde como temos hoje com a Estratégia Saúde da Família, as Agentes faziam praticamente tudo conforme apontarão ainda alguns relatos. Esta questão merece destaque fazendo inclusive um comparativo em relação ao contexto atual. Os primeiros ACS tinham um grande número de atividades e ainda assim havia tempo para atividades coletivas com grupos prioritários como gestantes e puérperas além de participação de formação continuada, um ponto mencionado por todas as mulheres em seus relatos. Contraditoriamente, atualmente, muitas atribuições mencionadas são feitas não pelos ACS, mas por outros profissionais e mesmo pelas mães como os cuidados de higiene, contudo, praticamente não há tempo dedicado para atividades coletivas nem participação de processos formativos.

Atualmente, mesmo sem tais atribuições, o ACS se sente sobrecarregado, sobretudo pelas demandas burocráticas que nem sempre têm seus resultados percebidos pelos ACS. Nos últimos anos da nossa atuação em Mari, por exemplo, passávamos bastante tempo realizando levantamentos, fazendo listas nominais e quantitativas de nossas áreas (dados de usos de medicamentos e realização de exames, por exemplo) e os resultados disso não apareciam para nós, de modo que aquele trabalho parecia inútil, não era significativo (BANDEIRA, 2017).

A seguir apresentamos mais relatos sobre os primeiros trabalhos do Programa no Estado:

[...] o primeiro que a gente trabalhou foi com a desnutrição porque tinha muita criança desnutrida. O município dava leite, o óleo e o açúcar para as crianças [...] aí a gente fazia direitinho e dava para as crianças [...] **A gente fazia muitas coisas, a gente tirava os pontos da sutura. Eu fazia tudo, eu cheguei a fazer um parto. Eu era muito corajosa**, hoje eu já não tenho mais a coragem que eu tinha antes. **Porque não tinha quem fizesse na época** aí eu lavava a tesoura com bastante sabão, eu sempre fui cuidadosa. Aí eu tirava aquele

recipiente só para colocar as coisas, aí eu lavava com álcool e ainda **acendia o fogão e esquentava a tesoura bem muito até ela ficar vermelha, aí era que eu tirava os pontos e nunca deu problema**, mas eu tinha muito cuidado, ninguém pegava nas minhas coisas. Ainda hoje eu não gosto que ninguém pegue, minhas coisas é minhas coisas (JOANA, 2019) (grifo nosso).

[...] nós media assim no braço, aí tinha o total a setinha indicando onde era desnutrido, nutrido [...] os meninos tinha a redinha com a balança pra pesar toda vida, **se fosse desnutrido tinha que pesar de oito em oito dias ir lá. As mulheres quando paria, eu ia, não sei as outras, mas era sete dias indo para lá, todo dia indo pra lá para falar como amamentar até ficar direitinho [...] eu saía as sete da manhã e chegava às cinco da tarde.** Aí no sítio tinha um rio que enchia, Deus mandava muita chuva e eu cansei de passar com água aqui, eu andando de ponta de pé com as coisas na cabeça e as cobra passando assim dentro d'água, era trabalhando minha filha [...] eu fiz foi trabalhar, não era brincadeira não! Era pra entregar anticoncepcional que a gente recebia [...] **a gente carregava soro, os pacotes e quando não tinha a gente orientava a fazer o soro caseiro, Dr. Carlile dava a colherinha para medir, que tinha a medida do soro e do sal [...] bebia água do rio Jaguaribe e eu distribuía cloro, explicava como era,** duas gotas para cada litro de água (JOSEFA, 2019) (grifo nosso).

As falas explicitam as atividades realizadas pelas Agentes bem como as dificuldades encontradas. Como não havia uma cultura de determinados cuidados, era preciso uma presença constante na área e em determinadas casas para garantir que o trabalho daria certo. Conforme relatou Joana, não havia muitas restrições quanto ao que fazer, na verdade fazia-se de tudo um pouco devido a ausência de profissionais da saúde na época. Em áreas como as rurais, tal como a de dona Josefa, as dificuldades eram ainda maiores devido à distância entre as casas, como ainda hoje a zona rural é uma realidade bem mais desafiadora.

Mas o fato é que o Programa foi implantado e ao assumir o Programa como estratégia de cuidado em saúde para o Estado, o Ceará tornou-se referência pelo pioneirismo em ações de atenção primária em saúde através de agente de saúde, no âmbito institucional. A seguir, apresentamos a evolução quantitativa do Programa no Estado nos cinco primeiros anos, em termos de quantidade de municípios a aderirem ao programa e quantidade de agentes atuantes (os números da primeira linha referem-se ao período emergencial).

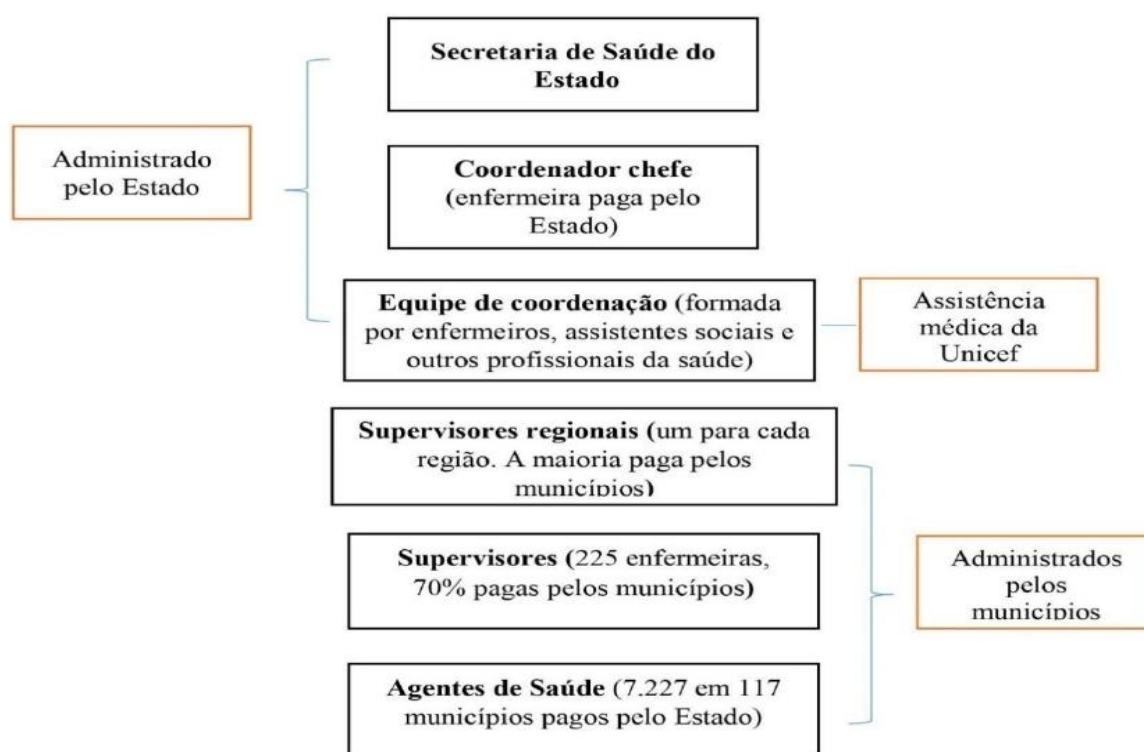
QUADRO 4 – Evolução do PAS entre 1987 e 1992

ANO	MUNICÍPIOS	ACS
1987	128	6.113
1988*	4	150
1989**	45	1.628
1990	102	3.433
1991	130	4.947
1992	177	7.227

Fonte: Freedheim (1993, adaptado).

Freedheim apresenta ainda a estrutura montada para orientar o funcionamento do Programa no Estado conforme reproduzimos a seguir (a autora não deixa claro a que período exatamente a estrutura se refere, contudo, supomos que se refira aos primeiros anos da implantação).

Figura 2 – Estrutura organizacional do Programa Agentes de Saúde – PAS no Ceará



Fonte: Freedheim (1993, p. 22, traduzido)

A figura ilustra a estrutura nos diferentes níveis de organização. Os 7.227 Agentes de Saúde recebiam do Estado um salário mínimo para um trabalho de oito horas diárias. As Agentes se reportavam ao profissional da enfermagem designado como supervisor, cada enfermeira supervisionava treinava e avaliava cerca de 30 Agentes. Depois do nível de supervisão municipal havia o regional com um supervisor ou supervisora para cada uma das regiões de saúde que, em geral, era o secretário/a de saúde municipal, estes distribuíam suprimentos fornecidos pelo Estado e organizavam reuniões em nível regional além de reunir e enviar dados coletados pelos supervisores. Acima destes havia a coordenação estadual composta por enfermeiros, assistentes sociais e outros profissionais da saúde. Esta equipe foi a todos os municípios para selecionar os/as Agentes, para evitar interferência política (esta mesma equipe se dividiu para ajudar na implantação das equipes estaduais nordestinas quando o Programa foi estendido para o Nordeste). Esta coordenação estadual recebia assistência técnica do UNICEF (FREENDHEIM, 1993).

O caso do Ceará é ilustrativo e mostra como é possível reunir esforços e recursos para desenvolver ações simples e eficazes para o enfrentamento de determinadas situações, mostra que gestores e profissionais comprometidos, profissionais especializados e pessoas sem qualificação profissional, juntos podem fazer a diferença em seus municípios, sua região ou mesmo em outras instâncias (BANDEIRA; GONÇALVES, 2020).

Para finalizar, apresentamos um quadro cronológico organizado como forma de síntese das experiências apresentadas neste capítulo.

Quadro 5 – Síntese das experiências diretas que deram origem aos/às Agentes Comunitários de Saúde no Ceará

Ano	Experiência
1969-1976	Experiências com saúde comunitária. Em 1976 foi criado em Planaltina o Programa Integrado de saúde comunitária, com preocupação de formar um tipo de trabalhador comunitário de saúde denominados auxiliares de saúde.
1979-1986	Trabalho com Agentes de saúde, que surge contra a seca, com monitores da FEBENCE e abertura de creches comunitárias.
1987	Contratação emergencial de seis mil mulheres para atuarem emergencialmente como Agentes de Saúde em 118 municípios do Estado.
1988	O Programa foi reiniciado de forma permanente iniciando em Jucás e Várzea Grande, sendo gradualmente implantado em outros municípios do Estado. Nesta fase houve a mudança de denominação: de ‘Auxiliares de Saúde’ para ‘Agentes de Saúde’
1989	Oficialização do Programa Agentes de Saúde – PAS no Estado pelo decreto nº. 19.945

Fonte: elaboração própria

6. EXPERIÊNCIAS COM AGENTES DE SAÚDE NO CENTRO-OESTE

Este capítulo é dedicado a apresentar a experiência com Agentes Comunitários de Saúde de Goiás, na região Centro-Oeste do país e também ao lugar que o assistente social ocupou nesses percursos históricos. O primeiro item intitulado A experiência com Agentes de Saúde em Goiás relata de forma breve como este trabalhador foi pensado nesse território a partir de instância pública. O segundo item intitulado O lugar do Assistente social na constituição do ACS é dedicado a registrar aspectos da presença do profissional assistente social na constituição desse trabalhador considerando tanto o contexto de Goiás quanto do Ceará.

6.1. A experiência com Agentes de Saúde em Goiás.

A experiência de Goiás tem como referência inicial o médico Halim Antonio Girade a quem nos referiremos como Girade. Ele é do interior de São Paulo, de Nova Granada. Cresceu em São José do Rio Preto e se formou em medicina em 1982 na faculdade desta cidade. Em suas palavras, tinha como objetivo ser “médico de roça” ou ser um “médico antigo”, ir para o e “ir para o Brasil profundo”, expressões que remetem a um interesse profissional fora dos interesses comuns, isto é, trabalhar como médico não especialista em locais/comunidades com grandes necessidades de um profissional e não em consultórios tradicionais. Girade era líder estudantil e esteve à frente, junto com outros colegas, de uma greve que durou noventa dias que mudou os destinos de sua faculdade de medicina.

Sua primeira atuação como médico foi em Planaltina de Goiás, “Brasília”, de 1983 a 1984, uma cidade dormitório para trabalhadores de Brasília, distante 80 km da capital. Havia ali 35 mil habitantes e nenhum médico na cidade, sobre o que afirmou: “É aqui que eu tenho que fazer a diferença e essa diferença para mim era muito importante” (GIRADE, 2021). O médico sentiu a necessidade de preparar pessoas para ajudá-lo, pois percebeu que muitas orientações que dava às pessoas eram muito simples e poderiam dar ótimos resultados e um líder comunitário bem orientado poderia fazer o mesmo e ajudar muito na comunidade. Em pouco tempo treinou nove pessoas como Agente de Saúde, tanto da zona urbana quanto da zona rural, algumas eram parteiras leigas. Contudo, não durou muito e ele saiu da cidade.

Em seguida, em 1984 foi para o município de Mambai, também em Goiás, onde já chegou com o intuito de também qualificar líderes comunitários tanto na zona urbana quanto na zona rural como Agentes de Saúde. A fonte principal de inspiração eram os médicos de pés descalços da China e a principal referência para os treinamentos dos/das Agentes de Saúde era o livro “Onde não há médicos” do David Werner (1984). Diante da experiência, foi ao Ministério da Saúde propor um trabalho com ACS, mas a ideia não foi bem aceita, foi proibido de falar do assunto. Foi então que soube do Serviço Nacional de Aprendizagem Rural – SENAR do Ministério do trabalho, que tinha interesse em no trabalho com parteiras leigas, e lá assumiu o trabalho e chegou a treinar parteiras no interior do país. Foi convidado para ser Superintendente de Ações Básicas de Saúde de Goiás de 1987 a 1990 e o convite foi aceito com a condição de desenvolver trabalhos com Agentes de Saúde, com apoio do Estado. Assim, em março de 1987, em Goiás começou o trabalho de implantação dos/das Agentes de Saúde. Segundo o médico, quando o Estado começou o trabalho com ACS, o pessoal do Ceará chegou a visitá-lo para conhecer a proposta e trocar experiência. Estiveram em Goiás a enfermeira Maria Inês Vasconcelos do Amaral e outra chamada Maria Vilane Carvalho Araújo. Em pouco tempo o governador do Estado, Henrique Santillo, convidou Girade para assumir a Secretaria Estadual da Saúde quando pôde atuar mais ativamente no projeto com Agentes de Saúde. Essa experiência foi de 1987 a 1991.

Ao final do governo, março de 1991, havia em Goiás 61 municípios que contavam com a atuação de 766 Agentes de Saúde devidamente qualificados por equipes, cada uma delas composta por profissionais médico, enfermeira e assistente social. Girade afirma que a presença do assistente social em Goiás é muito forte, desde o início dos trabalhos. Havia assistentes sociais tanto no nível central quanto em todas as equipes itinerantes, em todos os municípios. “Sempre se trabalhou muito de perto e de forma integrada com a assistência social no Estado de Goiás” (2021).

Cada equipe passava seis meses realizando treinamento nos municípios e depois ficava a cargo do governo contratar profissionais para dar continuidade ao projeto. Este aspecto se diferenciou do Ceará onde, para que o Programa fosse implantado exigia-se que o município contratasse uma enfermeira para coordenar os/as Agentes. Em Goiás, a equipe era itinerante o que foi revisto posteriormente porque dificultava a continuidade do trabalho. Os/as ACS eram

peças indicadas pelas comunidades e que passavam por uma seleção, em geral, as mais qualificadas e que tinham maior capacidade de comunicação eram as escolhidas pela comunidade e eram submetidas a um processo seletivo escrito e oral. O governo seguinte não deu continuidade ao trabalho.

Em maio de 1991, a presidente da Fundação Nacional de Saúde, Isabel Cristina Aparecida Stefano, convidou Girade para assumir a coordenação nacional do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, que ainda não havia começado, além do Programa de Parteiras Leigas. O período fevereiro/março de 1991 é apontado como marco da decisão do ministério da Saúde de trabalhar com ACS, o ministro era o médico Alcení Guerra. A partir de então, os esforços se concentraram na institucionalização do ACS. Girade afirmou em um momento de sua fala que tinha consciência da força do trabalho com Agentes de Saúde e o que precisava ser feito era institucionalizar, isto é, reunir todas aquelas experiências já existentes no Brasil, identificadas em número de 64 e investir e qualificar sua efetivação em nível de Estado.

É importante fazer um destaque a respeito da preocupação com a valorização dos conhecimentos e experiências detidas pelas parteiras leigas algo observado no processo de constituição do ACS desde as experiências de organizações de base às instituições públicas. Trata-se muito mais que valorizar o saber dessas mulheres que, por tanto tempo atuaram como ‘médicas’ em muitos recantos do país, significa reconhecer o saber de experiência feito por elas detido, diminuindo o fosso entre conhecimento especializado e senso comum (FREITAS, 2010), ambos importantes para a compreensão da dinâmica da vida. Há também neste reconhecimento a consideração do saber do outro como reforço da concepção médica comunitária a partir de uma compreensão integral quanto à forma de pensar os processos de cuidado em saúde levando em consideração aquilo que as pessoas produzem em seus cotidianos e negando a ideia de que o conhecimento válido é aquele que vem das classes dominantes, neste caso, da classe médica. Está implícita aí a noção de circularidade, uma vez que se reconhece neste caso, as parteiras como protagonistas da cultura popular, negando a legitimidade apenas ao conhecimento médico-científico.

Mas, olhando para outros cenários, é possível notar o quanto tardiamente atentamos para isto. Na Suécia, por exemplo, a profissão de parteira licenciada foi regulamentada desde 1711, elas eram licenciadas após cuidadoso processo de acompanhamento e exames por instituição

médica, em seguida foram criadas escolas para formação de parteiras, a fim de estimular a formação para atenção junto às famílias (CARLILE LAVOR, s.d).

6.2. O lugar do Assistente social na constituição do ACS

As experiências do Ceará e as de Goiás nos remetem a uma reflexão sobre o lugar do assistente social na constituição do ACS, mas muito mais o Ceará. Na verdade, o assistente social não tem uma vinculação histórica legal ligada ao ACS, isto é, não havia um lugar previsto para sua atuação junto aos ACS, embora a profissão tenha uma vinculação com o setor saúde a partir da década 1940, por ter sido a área que mais absorveu esta categoria profissional, impulsionada pelo novo conceito de saúde elaborado em 1948 pela Organização Mundial da Saúde – OMS que, por sua vez, refletiu uma tendência de trabalho em equipe multidisciplinar como uma solução racionalizadora para suprir a falta de profissionais. Contudo, a colocação de assistentes sociais no mercado se deu com ênfase no âmbito hospitalar, uma vez que este tipo de atendimento vigorava como a principal forma de atendimento à saúde por parte do Estado (WEBER, 2009); (BRAVO; MATOS, s.d.); (SILVA; SCHRAIBER; MOTA, 2019).

O fato é que tendo em vista o envolvimento de Miria Lavor com o trabalho com Agentes de Saúde, tínhamos em mente desde o início da pesquisa que seria importante uma conversa com o casal Lavor e com Miria ,mais especificamente, para esclarecer algumas questões sobre o lugar do assistente social na constituição do ACS. O encontro estava previsto para 2019, todavia, devido aos itinerários da vida e da pesquisa não foi possível fazer a viagem em 2019, e acabamos deixando para um momento posterior à ida a Jucás, o que ocorreu em Agosto de 2019. Assim, Fortaleza seria o próximo destino, mas a pandemia inviabilizou muitos planos de 2020 e este foi um deles, além disso, ocorreu que, em junho deste mesmo ano Miria Lavor veio a óbito e, diante desta grande perda, o cumprimento da etapa prevista da pesquisa foi impossibilitada.

Frente a este acontecimento, uma melhor compreensão da história concreta do papel do assistente social cuja figura central foi Miria passou a depender de fontes próximas, além do próprio Carlile Lavor.

Como vimos, a relação do Serviço Social com o ACS aparece de forma expressiva tanto contexto do Ceará quanto em Goiás. No Ceará, o principal nome de referência é Miria Lavor que desenvolveu todos os projetos envolvendo ACS junto com Carlile Lavor, mas, mais que isto, foi a assistente social que delineou o ACS no Estado, conforme mostra o seguinte trecho:

Todo o trabalho que eu fiz foi com parceria de Miria. Eu trabalho mais com a definição dos objetivos, com a avaliação dos resultados, e ela ajuda; mas ela sabe muito mais do que eu como fazer. É como se nós fôssemos complementares um para o outro [...] **Foi Miria que planejou, discutiu e aprimorou as nossas experiências. O que caracteriza o agente de saúde é a forma como ele trabalha, e essa forma foi pensada por Miria e pelo grupo de serviço social lá do Projeto Planaltina. O modelo veio de lá... O agente de saúde se caracterizava pela solidariedade, ela ligação com as famílias, pela forma de trabalhar** (SANTANA; CASTRO, 2016, p.45, 46); (grifos nossos).

Conforme já vimos no item sobre a experiência de Brasília/Planaltina foi um acontecimento determinante para o que foi feito no Ceará. Merece destaque a influência da professora Safira Bezerra Ammann na postura profissional de Miria. Segundo Carlile (2021), as assistentes sociais de Planaltina, dentre as quais Miria, estudavam referências de Ammann, a professora tinha como um dos focos de seus estudos a questão da participação social que é inclusive o título de um de seus livros⁸⁵. A experiência em Brasília articulada entre o trabalho médico e a perspectiva de formação no serviço social, conforme Miria, foi importante para alicerçar todo o trabalho no Ceará. Caminhava-se no sentido de pensar o ACS com outras preocupações como indica o seguinte trecho:

O agente de saúde que eu idealizo se diferencia de outros profissionais pela sua formação social. E isso se deve a Miria. O objetivo do trabalho dos agentes tradicionais de saúde é traçado só na perspectiva médica: convencer as mães a vacinar os filhos, ir para o pré-natal, usar o soro caseiro etc. Tudo isso é objetivo médico. Não está errado, mas, como fazer essas atividades de forma diferente? Com objetivos mais amplos? (SANTANA; CASTRO, 2016, p. 46).

Embora possamos pensar que o caso do Ceará não demonstre em termos práticos um ACS preocupado com pautas mais plurais por estar mais voltado para a questão do cuidado

⁸⁵ Não sabemos exatamente que obras eram estudadas pelas assistentes sociais, a ausência de Miria não nos permitiu esta informação.

materno infantil, nos parece que havia uma preocupação dos idealizadores para que ele fosse marcado pela solidariedade na relação com as famílias. Este aspecto é endossado por Sousa (2001, p. 105) ao se referir ao momento da institucionalização, a autora dedica uma seção de seu texto para falar da missão social dos ACS dando ênfase para a questão da identificação e conhecimento com a/d comunidade.

Não se trata de um Agente Político no sentido visto e discutido nas organizações de base, contudo, também não se trata de um funcionário público comum, isto é, preocupado com o objetivo principal de resolver demandas específicas. Neste sentido, nos parece que o ACS do Ceará ocupa um lugar de meio termo entre o Agente de base e o institucionalizado. Observamos também que o serviço social/assistente social é destaque nesta distinção. Contudo, é interessante notar que embora o Ceará tenha sido tomado como referência para a ampliação do Programa no Nordeste, o que pressuporia a manutenção do profissional do serviço social na gerência do Programa, este lugar se esvaziou e a até certo ponto do caminho os motivos desse esvaziamento nos eram alheios. Na verdade, antes de falar do esvaziamento é preciso reconhecer que o assistente social não chegou a ter o devido destaque na literatura sobre ACS, a figura do médico, no caso Carlile Lavor, ocupou o lugar tradicionalmente reconhecido, o que ficou registrado em parte pelos cargos que ocupou e especialmente pelo status da profissão em nossa sociedade, algo que não se aplicou ao espaço do serviço social. Em uma das correspondências conosco, Carlile Lavor chegou a comentar que o próprio governador, Tasso Jereissati, reconheceu em um discurso: “80 % do trabalho do Carlile é a Míria” (CARLILE LAVOR, 2021). Esta observação é importante para chamar atenção sobre a necessidade de aprofundarmos o olhar para aquilo que a história deixou de registrar, por acaso seria por que dizia respeito a uma profissão predominantemente do sexo feminino?

A partir da conversa com Halim Girade, verificamos a presença do assistente social também em Goiás, segundo ele, as assistentes sociais estavam presentes nos 61 municípios onde havia Agentes de Saúde, pois entendiam o papel do assistente social como fundamental para o trabalho em comunidade, devido à sua capacidade mobilização e compreensão do papel dos ACS junto às famílias. De modo que, no Ceará e em Goiás o trabalho dos ACS era acompanhado por assistentes sociais. Girade afirmou que enquanto Secretário de Saúde do Estado de Goiás, conseguiu meios para financiar um assistente em cada município para atuação

junto aos ACS, mediante realização de um concurso através do qual o Assistente social passava a atuar como mobilizador social.

No caso do Ceará, devido ao envolvimento direto de Miria com o projeto ACS, por assim dizer, a relação é observada desde as primeiras iniciativas até a criação do Programa no Estado. Na ocasião da institucionalização do PACS, esta presença até então central do assistente social se diluiu em uma equipe multiprofissional que foi dividida e direcionada para vários Estados do Nordeste a fim de ajudar na implantação do Programa a começar pela Paraíba. De acordo com Girade, a categoria das/os assistentes sociais chegou a acompanhar o processo de institucionalização, contudo, logo se distanciou, o próprio conselho federal da categoria pediu o afastamento dos profissionais do PNACS por motivos não muito claros para nós. (GIRADE, 2021).

Contudo, a partir do histórico visto, afirmamos que a assistência social deveria ter ocupado lugar decisivo na constituição do ACS. Ao que apreço, o problema se localizou no nível da burocracia estatal de modo que a institucionalização do ACS parece ter entrado em choque com a compartimentação do sistema o que por sua vez contribuiu para/promoveu o atrofamento do sentido social e político desse trabalhador que teria ganhado corpo com a presença da assistência social, mas esta não demonstrou grandes interesses. Girade corrobora esta ideia quando afirma que o Ministério da Saúde tinha interesse no trabalho com assistentes sociais, no entanto, poucos profissionais demonstravam interesse.

É importante e necessário refletir sobre esta questão do papel da assistência social, porque o trabalho do ACS passa pelo aspecto intersetorial desde sua origem nas organizações de base, no sentido de ser direcionado para todos os setores da sociedade, isto é, as questões de saúde, moradia, trabalho, educação, terra, transporte, condições de vida, etc.

De acordo com o que a pesquisa nos mostrou no Ceará, três fatores principais foram aspectos contribuintes para o esvaziamento do lugar do assistente social. Em primeiro lugar, o fato de o protagonismo de Miria ter se dado pelo seu envolvimento direto e orgânico em cada uma das experiências em todas as etapas e não pela ocupação de um lugar específico, bem delimitado, do ponto de vista profissional. Ao contrário, tratava-se de um lugar aberto, não problematizado diretamente, tanto que quando o Programa foi implantado no Ceará, a equipe formada para coordenar era composta por voluntários, de modo que qualquer profissional que

quisesse colaborar seria bem aceito. Sobre isto, Carlile Lavor comenta que na ocasião da formação da equipe para tornar o programa que era emergencial para permanente, apenas uma assistente social se animou para ajudar, era recém-formada e logo se engajou no processo.

A presença não consolidada e ao mesmo tempo determinante do serviço social na constituição do ACS aponta para uma possibilidade de pensarmos a categoria de forma mais alargada no sentido de perceber como potencial agente social capaz de contribuir para o trabalho e saúde para além do atendimento ao núcleo familiar, isto é, envolver-se em organizações/grupos sociais preocupados com a saúde, do ponto de vista social.

O segundo fato foi a falta de registros documentais dos serviços realizados, algo declarado pelo próprio Carlile Lavor quando o Estado visava a ampliação do Programa para o Nordeste. Pouca documentação foi produzida (em termos de documentos oficiais de Estado), em termos de planejamento e controle, Carlile Lavor comenta que Miria era muito organizada e documentava em relatórios tudo o que fazia, infelizmente nenhum destes documentos chegou a ser publicado, pois esta não era uma preocupação do casal. A pouca documentação podia revelar uma maior preocupação com a execução do projeto propriamente dito e, mesmo na instância do Estado, notamos durante a emergência uma exceção às normas burocráticas.

O terceiro fator diz respeito mais diretamente à remuneração. Como os ACS foram institucionalizados através do Ministério da Saúde o que nos municípios correspondia ao vínculo com as Secretarias de Saúde e os assistentes sociais não faziam parte direta desta secretaria, não foi planejado financiar esses profissionais e aqui entrava a questão já mencionada do não interesse do Ministério da Saúde na **categoria**, pois nos parece que a inserção destes profissionais por meio **de secretaria específica** poderia ter sido a saída, isto é, para trabalho com ACS, se assistentes sociais tivessem, assim como os enfermeiros, situados na secretaria de saúde, teria mais viabilidade da presença destes profissionais. Talvez este tenha sido o principal fator de afastamento do Assistente Social do PACS, o que talvez possa ser resumido em falta de uma cultura a serviço da saúde pública popular, ou de interesse político nessa direção.

A partir disto, cabe refletir um pouco sobre a importância desse lugar do assistente social no trabalho com ACS. Esta vinculação que não aconteceu nos convida a pensar sobre o conceito de intersectorialidade, entendido como possibilidade de uma nova abordagem das

necessidades da população, ancorada na ideia de complementaridade dos setores de serviço em saúde pública, com o intuito de superar a fragmentação em vista das necessidades cruzadas da população, em suas diferentes dimensões (SCHUTZ; MIOTO, 2010). A intersetorialidade não está explícita ou reconhecida nos documentos sobre o PACS, este é um entendimento nosso a partir do que foi estudado e vivenciado tomando como referência o conceito de saúde. Acrescenta-se o fato de o ACS atuar em comunidade com um agir que supõe relacionamento com os fatores determinantes e condicionantes da saúde, conforme previsto na Lei 8.080/1990 e esta seria a grande contribuição desse profissional pois,

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (BRASIL, 2010, p. 46).

Não entendemos que necessariamente deveria haver um assistente social em cada equipe de saúde (embora a citação não afirme isto), acreditamos que sua presença na coordenação do trabalho dos ACS seria importante porque o projeto ético-político da profissão pauta-se na perspectiva da totalidade social, isto é, vê os sujeitos de forma integral e para isto toma alguns conceitos como fundamentais para a ação na saúde, como intersetorialidade, participação e a própria concepção de saúde entre outros (BRASIL, 2010).

Em uma crítica à setorização, Schutz e Miotto (2010) afirmam que esta compromete a qualidade do encaminhamento de soluções dos serviços por não considerar o cidadão de forma integral, considerando que os direitos sociais dependem da satisfação de diversas necessidades sociais, daí a importância da presença do assistente social no planejamento, desenvolvimento e avaliação do trabalho dos/com ACS. A setorização aparece nesse contexto como expressão burocrática própria da instância administrativa do Estado.

É importante ainda ter claro que a atuação dos assistentes sociais na saúde se dá de forma diferenciada da forma como atua no setor de assistência social propriamente dito. De acordo com os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, os assistentes sociais atuam em quatro grandes eixos, a saber: 1. **Atendimento direto aos usuários;** 2. **Mobilização, participação e controle social;** 3. **Investigação, planejamento e gestão;** 4. **Assessoria,**

qualificação e formação profissional (BRASIL, 2010). Embora este documento seja relativamente recente e esteja distante do contexto da institucionalização inicial, é possível considerar, de acordo com o que vimos que o eixo da mobilização, participação e controle social é o que tem maior aproximação com o trabalho de ACS, conforme podemos ver no trecho que segue:

Este eixo envolve um conjunto de ações voltadas para a mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social (conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas) e nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde. As atividades realizadas têm por objetivo contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde (BRASIL, 2010, p. 57).

Sendo o ACS um mobilizador da comunidade, isto é, alguém que atua no sentido de contribuir para o somatório de esforços com vistas à solução de variados problemas (HENRIQUES; MAFRA, 2010), nas primeiras organizações de base mobilizava as pessoas para uma compreensão crítica da realidade. No Ceará mobilizava as mães para a prática de cuidados básicos em saúde, desde práticas de higiene à vacinação e no PNACS mobilizava igualmente para a prática de cuidados básicos em saúde e procura pelos serviços. Verificamos que a ação do assistente Social na Saúde vinculada ao ACS possui potencial qualificador do trabalho deste. Duriguetto e Baldi (2012) chamam atenção para o fato de que no atual contexto sócio-histórico, a profissão tem assumido configurações contraditórias, pois diante dos ataques às classes subalternas e da reestruturação produtiva o que inclui a esfera estatal, o assistencialismo tem sido focalizado. A lógica de organização do trabalho passa pela ótica das classes dominantes que ocupam o Estado e por isto, o enfrentamento das questões sociais se dá com o intuito de ocultar os conflitos da classe trabalhadora de modo que “[...] a demanda imediata que se coloca ao assistente social é impressa pela classe oposta àquela que será alvo de sua intervenção” (DURIGUETTO; BALDI, p. 195) e neste sentido, entende-se o exercício da profissão como sendo contraditório pois vincula-se prioritariamente aos interesses classistas que fundamentam a sociedade capitalista. É o que Iamamoto e Carvalho, afirmam observando o exercício profissional do assistente social no contexto contemporâneo:

Responde tanto a demandas do capital como do trabalho e só pode fortalecer um ou outro polo pela mediação de seu oposto. Participa tanto dos mecanismos de dominação e exploração como, ao mesmo tempo e pela mesma atividade, dá resposta às necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora e da reprodução do antagonismo nesses interesses sociais, reforçando as contradições que constituem o móvel básico da história (IAMAMOTO; CARVALHO, 2006, p. 75).

Atrelado a isto está o fato de que a área temática que envolve processos organizativos, movimentos sociais e mobilização popular tem tido pouca atenção do serviço social, o que é visto pelos estudiosos como preocupante porque indica a acomodação da categoria profissional à lógica dominante.

Esta observação sobre a tendência assumida pela profissão nos leva a pensar que não necessariamente a entrada do assistente social no PACS, isto é, a conquista de um espaço institucional ligado ao Programa teria sido bem-sucedida do ponto de vista do fortalecimento da mobilização social, tal como apontamos anteriormente.

7 . A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PROGRAMA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Conforme fizemos nos capítulos 3 e 4 em cada um dos movimentos históricos, faremos a seguir uma descrição dos encaminhamentos através dos quais o Programa Agentes de Saúde já criado no Ceará e também em Goiás, os dois únicos (que temos notícia) já institucionalizados a nível de Estado, chegaram a ser desenvolvidos pelo Ministério da Saúde e ampliado para o Nordeste e posteriormente para as demais regiões do país. Tentamos organizar e apresentar os eventos a partir de uma sequência cronológica por uma questão didática apenas, haja vista que a história é dinâmica, muitas coisas aconteceram simultaneamente e em vários momentos a lógica temporal é rompida no sentido de sua linearidade.

Devido aos poucos materiais identificados dedicados à exploração dos percursos do Programa Agentes Comunitários de Saúde em termos de sua constituição na esfera nacional, por assim dizer, recorreremos com frequência a duas referências principais: Sousa (2001) que em seu livro “O Agente Comunitário de Saúde: choque de povo” faz uma reconstrução histórica do Programa e reúne informações sobre o seu processo evolutivo, produzindo uma espécie de desenho cronológico do Programa e Girade (2021) cujo relato provém de uma entrevista que realizamos com o médico cujo tema central foi sua experiência com Agentes Comunitários de Saúde o que inclui sua passagem pela coordenação nacional do Programa quando este ainda estava na fase embrionária na instância federal. Girade acompanhou de perto na condição de coordenador nacional todo o processo de institucionalização.

Na verdade, dos materiais pesquisados, o livro de Sousa é o que reúne maior de número de informações sobre o evento e por isto, será a principal referência física usada para compor nosso esforço de historicização do Programa. Os relatos da autora são cheios de emoção, não estranhamente uma vez que participou ativamente dos processos de implantação. Os relatos feitos por Girade são também cheios de entusiasmo demonstrando que se trata de um percurso profissional que envolvia também compromisso social.

O capítulo foi organizado em quatro itens. No primeiro item denominado **Um breve olhar para o contexto sócio-político do país na década de 1990**, fazemos uma breve apresentação do contexto da época; No item **A institucionalização do Programa** fazemos uma

(re)construção histórica de como a ideia do Programa chegou ao Ministério de Saúde além de apresentar os principais desdobramentos; No item **A Paraíba como Estado pioneiro** tratamos sobre como a Paraíba foi escolhida para ser o primeiro Estado a implantar o Programa (PNACS) e em seguida, no item **Marcos históricos e legais referentes aos ACS desde a institucionalização aos dias atuais** apresentamos a evolução dos documentos e principais fatos históricos da categoria desde 1991 ao presente momento.

7.1. Um breve olhar para o contexto sócio-político do país na década de 1990

A ampliação do Programa Agentes de Saúde para o nível nacional se deu em 1991 quando o Ministério da Saúde assumiu a responsabilidade da condução do Programa. Esta ampliação se deu em um contexto político e social que exigia mudanças que respondessem à Constituição Federal que havia sido promulgada em outubro de 1988 e ainda como resultado de uma pressão de grupos da sociedade em defesa da democratização da saúde. Neste sentido, antes de tratar da institucionalização propriamente dita, faremos uma breve digressão para apontar alguns aspectos importantes para a compreensão do cenário nacional.

A partir da instauração da ditadura militar na década de 1960, as classes populares começaram um movimento de criação de espaços reivindicatórios por uma sociedade democrática. Além da luta contra o regime várias pautas foram agregadas em favor de uma mudança nos vários setores da sociedade. A partir da década de 1970, isto ganhou maiores contornos e diversos movimentos e grupos de periferia reivindicavam entre outras coisas, o direito à saúde. A ausência do Estado na prestação de serviços de saúde capazes de atender as necessidades básicas da população foi o grande motivador de experiências entre os grupos populares.

Neste setor, houve indiretamente, a influência internacional do modelo de medicina comunitária. Este modelo alternativo visto como capaz de oferecer respostas às reais necessidades das populações foi difundido na América Latina através dos departamentos de medicina preventiva nas faculdades (PIRES-ALVES; FALLEIROS, 2010);

No debate amplo toda essa discussão e movimentação sobre saúde culminou com a agenda internacional da construção de estratégias em defesa da saúde para todos, materializada na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata no Cazaquistão em 1978 (FERREIRA; BUSS, 2002). A partir desta conferência, a atenção primária tornou-se pauta das discussões do setor saúde e passou a ser vista como alternativa possível para as demandas mundiais (SILVA, 1997). No Brasil, os primeiros reflexos desta tendência foi a criação de Departamentos e/ou Programas de medicina comunitária tais como: Programa de Medicina Comunitária de Londrina – PR iniciado em 1969, o Projeto de Saúde comunitária da UNICAMP em Campinas – SP iniciado em 1971, o Projeto de saúde comunitária realizado em Vitória de Santo Antão pela UFPE iniciado no começo da década de 1970 e o Programa da USP realizado no Vale da Ribeira entre outros. Muitos deles contaram com financiamento de entidades estrangeiras como Fundação Kellogg e Fundação Rockfeller, por exemplo (VASCONCELOS, 1987).

O fato é que estes programas eram pontuais e não havia uma estrutura que garantisse atenção universal, integral e equitativa e até o início do século XX as preocupações do governo com a saúde foram motivadas, sobretudo, por interesses econômicos. Mais tarde com as reformas empreendidas pelo governo Vargas os trabalhadores formais passaram a ter acesso à saúde através do Instituto Nacional de Assistência Médica da previdência Social – INAMPS e os que não tinham trabalho formal, isto é, a maioria não tinha nenhum direito (BRASIL, 2002). Em tese, até a constituição de 1988, o acesso à saúde era privilégio de poucos devido à inexistência de um sistema de saúde universal.

A mudança de cenário melhorou com a criação do SUS, que como se sabe, foi uma conquista do povo brasileiro, resultado de cobranças e lutas da sociedade organizada em diversos setores e movimentos que lutaram pelo direito à saúde. Neste sentido, se inserem necessariamente no contexto aspectos que dizem respeito às lutas sociais.

A década de 1970 foi muito fértil para a emergência de novos movimentos isto porque, de acordo com Napolitano (1988), uma vez afastada do espaço da “grande política” a sociedade procurava se mover coletivamente ocupando igrejas, praças, bares e escolas transformando-os em espaços de organização social. Nesse contexto, “A sociedade reaparece como lugar da política, ou melhor, como alternativa política frente ao Estado [...] para mobilizar e articular

como experiência compartilhada as várias opressões vividas em lugares diferenciados” (TELLES, 1987, p. 60, 61). Ainda nesta década ocorreu a ampliação das formas de mobilização ultrapassando o caráter imediato de atendimento das necessidades cotidianas localizadas para alcançar um sentido político mais aguçado a partir do alargamento da compreensão do papel do Estado.

Muitos movimentos surgiram de forma fragmentada e clandestina devido ao bloqueio dos canais de participação popular promovido no período ditatorial produzindo num sentido contrário, um estímulo à organização de/em associações, sindicatos e grupos diversos (BRANT, 1982). Neste sentido, o período ditatorial brasileiro foi instigador de um despertar da sociedade para um projeto de país mais democrático e humano. Muitos sujeitos sociais como estudantes, intelectuais, profissionais de saúde e os setores populares (com ênfase para os sujeitos coletivos) assumiram papéis fundamentais nas lutas pelas mudanças necessárias ao país. No campo da saúde se convencionou chamar de “reforma sanitária brasileira/movimento sanitário brasileiro” os movimentos que reivindicavam a democratização da saúde (PAIM, 2013).

Na década de 1980 observou-se o fortalecimento dos movimentos numa postura de indignação frente à situação da atenção à saúde no país configurando-se como “[...] ação política concertada em torno de um projeto civilizatório de sociedade inclusiva, solidária, tendo a saúde como direito universal de cidadania” (SOUTO; OLIVEIRA, 2016, p. 205). Esta década foi um marco nos processos instituintes de grande significância para a retomada da democracia. A VIII Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986 é considerada significativa no contexto porque além de ter sido a primeira aberta para participação popular (anteriormente apenas deputados, senadores e autoridades do setor saúde participavam), por meio de entidades representativas como sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, estudantes entre outras, foram lançadas as diretrizes para a construção do sistema de saúde pública brasileira, preparando as discussões para a constituinte que ocorreria no ano seguinte. Sousa comenta que “[...] a mobilização pela Assembleia Nacional Constituinte fortaleceu o projeto proposto pelo movimento sanitário [...]” que desde a década anterior se constituía na luta pela democratização da saúde (2002, p. 46).

Finalmente em 1988 foi aprovada e promulgada a Constituição Federal que assegurava a criação de um sistema de saúde. Em seu artigo 196, a saúde foi reconhecida como direito “[...]

direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A eleição do presidente Collor, primeiro eleito após o período ditatorial, representava o processo de consolidação da democracia e para muitos a instauração da justiça social. Legitimada por mais de 35 milhões de votos, provocou um estado de anestesiamento do movimento popular (SOUSA, 2002).

O governo Collor viu-se diante de duas questões centrais: primeira, uma ordem econômica voltada para privilegiar o capital orientado por políticas públicas recessivas preconizadas pelas organizações internacionais representadas pelo Banco Mundial. Esta lógica previa mudanças políticas e ideológicas num apelo para a diminuição do papel do Estado e fortalecimento do mercado (COSTA, 1996); (FILGUEIRAS, s. d.). Segundo Alves “É a década da inserção subalterna do Brasil na mundialização do capital por meio de políticas neoliberais que acentuaram a lógica destrutiva do capital no país” (2002, p. 71). A segunda questão: a nova constituição era referenciada pela participação popular, com previsão de direitos sociais garantidos pelo Estado, o que confrontava a lógica econômica.

Coube ao governo Collor iniciar o processo de estruturação da atenção à saúde à luz do que havia sido garantido constitucionalmente, mas a situação econômica do governo representou uma crise para o financiamento de políticas públicas em saúde, o que fez com que os que lutaram em defesa da saúde, por assim dizer, se deparassem com a ameaça de uma “cesta básica” para a saúde deixando muitos militantes em estado de alerta. O fato é que a pressão social havia alcançado êxito por ter conquistado a saúde como direito garantido na constituição, mas em termos econômicos havia restrições para a efetivação dessa garantia devido à crise do financiamento público (QUEIRÓS, 2008).

Para Faleiros (2000) e Filippon (2015), este movimento configurou uma contradição, pois, se por um lado tínhamos uma constituição que reconhecia a saúde como direito de todos e dever do Estado, tínhamos também um governo com forte aspiração neoliberal. Contudo, se observarmos a agenda dos anos 1990 com ênfase para o discurso econômico, será possível notar que não ocorreu necessariamente uma contradição, haja vista, que o ajuste estrutural das políticas públicas previa um Estado que priorizasse o controle de doenças através de uma oferta

de saúde baseada em baixo custo e boa efetividade, como reflexo da ideologia liberal alinhando assim as políticas de saúde ao contexto sociopolítico e econômico do país que naquele momento advogava em favor da “[...] ação do Estado na provisão de um pacote básico de serviços clínicos e de saúde pública” (COSTA, 1996, p. 17); (FALCÃO; GAZIR, 1998). Pode-se dizer que foi o que aconteceu embora seja necessário reconhecer os posicionamentos negadores desta ideia.

De qualquer forma, o desafio foi estruturar a atenção à saúde à luz dos princípios garantidos constitucionalmente: universalidade (que garantiu a todos acesso à saúde), integralidade (que garante o acesso às ações de prevenção, tratamento e reabilitação) e equidade (que garante tratamentos diferentes diante de necessidades diferenciadas e diante destas questões). Tarefa difícil quando a ideologia liberal de uma redução do Estado tornava-se cada vez mais forte nas pautas do país.

Diante destas questões, conclui-se que a efetivação do SUS enfrentou uma série de dificuldades. Para Teston et. al. (2018) o SUS nunca vivenciou um período de bonança pois desde seu nascedouro trava um embate com a ordem neoliberal em um processo de fragilização. E neste curso insere-se a institucionalização do PNACS como marco das políticas de atenção primária à saúde no país. De acordo com Girade (2021), podemos afirmar que o Programa deu concretude ao SUS que até o momento não tinha muito em termos efetivos de modo que os/as Agentes Comunitários de Saúde podem ser considerados como ponto de partida das iniciativas do Estado para que o sistema de saúde começasse de fato ser colocado em prática.

7.2. A institucionalização do Programa

Considerando Fatima Sousa como importante referência para o desenvolvimento desta parte da pesquisa, apontaremos alguns passos da sua trajetória de vida bem como profissional no sentido demarcar seu envolvimento com o trabalho com ACS.

Maria Fatima Sousa é natural de São José da Lagoa Tapada, cidade localizada no semiárido paraibano. Em 1983, Sousa ingressou no curso de enfermagem na Universidade

Federal da Paraíba. Desde a adolescência Sousa assumira várias funções na escola e se envolvera nos movimentos estudantis, na UFPB chegando a presidente do Centro Acadêmico de Enfermagem. Ali, afirma ter acumulado experiências em defesa da Universidade pública, gratuita e democrática. Como estudante na Residência de Medicina Preventiva e social participou de debates sobre a organização dos sistemas e serviços municipais de saúde sobre isso afirma: “aquelas cidades foram para mim espaços reais para o exercício da participação comunitária e para o aprofundamento do saber popular em saúde” (SOUSA, 2007, p. 35).

No início dos anos 1990 a enfermeira atuava no Hospital Universitário Lauro Wanderley, no núcleo de estudos em Saúde Coletiva e no Departamento de Saúde Pública e ingressou no mestrado em Ciências Sociais, ainda na UFPB. Era engajada nos movimentos do Sindicato da Saúde através dos quais participou do movimento em defesa da lei orgânica da saúde e do repúdio aos vetos de Collor à lei 8080.

Em março de 1991, Sousa foi convidada para participar de uma reunião em Salvador (BA) onde foi discutida a proposta de implantação do PACS, sua participação se deu na condição de uma das representantes da Paraíba, depois disso foi convidada pela Secretaria Estadual de Saúde para prestar assessoria técnica à Coordenação Estadual do Programa, ocasião em que a Paraíba se preparava para a implantação do PACS, como estado piloto. Sobre isto, afirma: “confesso que aceitei desafiando-me mediar relações entre o mundo dos serviços da saúde, da academia e comunidades, no desejo de ocupar o espaço institucional como exercício de mudança” (SOUSA, 2007, p. 36). Em 1994, foi convidada pelo então Ministro da Saúde, Henrique Santillo para ser gerente Nacional do PACS, expandindo assim seu foco de ação no trabalho com ACS.

A primeira coisa a ter claro é que a institucionalização não foi um evento que se deu rapidamente, de um dia para outro mediante uma decisão do governo, pois, mesmo sendo, em tese, apenas uma ampliação de experiências já existentes, houve um amplo processo de discussões, questionamentos e avaliações do qual participaram diferentes atores sociais e institucionais, muitos dos quais defenderam por longos anos, o projeto de trabalho com Agentes Comunitários de Saúde por reconhecerem a potencialidade da estratégia. Assim, é uma história cheia de tensões e conflitos nem sempre alcançados por quem procura entender.

Mas afinal, como surgiu a ideia de institucionalizar o PAS, isto é, de ampliá-lo para o país? De acordo com Sousa (2001) a primeira ideia de trabalhar com Agentes Comunitários de Saúde pelo Ministério surgiu em **março de 1991** através do Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde à qual o Programa esteve vinculado inicialmente. A informação está contida num relato apresentado pela autora, do médico Helvécio Bueno, ex-diretor do referido departamento:

A ideia inicial de trabalhar com Agentes Comunitários de Saúde surgiu em uma reunião do grupo de direção da Fundação Nacional de Saúde, sob a presidência de Isabel Cristina Aparecida Stefano (enfermeira sanitária) quando afirmou que tinha interesse em trabalhar com Agentes Comunitários de Saúde. Naquela oportunidade, estava presente um representante do Unicef, bem como outros defensores da proposição” (BUENO, 1992, apud SOUSA, 2001, p. 48).

O interesse de Stefano se afirma quando convida Girade para ser o coordenador nacional do Programa devido a sua experiência em Goiás.

Nesta reunião, Helvécio Bueno foi escolhido para participar de um encontro em Taubaté planejado para ocorrer em **abril de 1991** com a Associação dos Agentes Comunitários de Saúde que havia sido criada em Recife antes mesmo da institucionalização do Programa, indicando que já havia um nível de organização entre os/as Agentes. A Associação de Agentes Comunitários de Saúde tinha como presidente a Hilda de Rondonópolis e como vice-presidente Tereza Ramos de Recife já mencionada em outro momento, ambas Agentes de base Girade destaca que a Associação recebia suporte de Rubem Matos Pereira do Instituto Monteiro Lobato que era quem financiava um jornal do fórum e eventuais viagens da presidente.

Sobre o encontro em Taubaté, Bueno justifica que a escolha de seu nome se deu pela experiência que teve na condição de aluno com Carlile Lavor que por sua vez havia trabalhado com Agentes Comunitários de saúde em Planaltina conforme visto no item 5.3. O encontro reuniu Agentes Comunitários que atuavam voluntariamente e informalmente em várias partes do país cujas experiências foram relatadas na ocasião. De acordo com Girade (2021) a experiência do Ceará foi tomada como referência e além disso, para construir a proposta

nacional foram observados elementos das experiências de São Paulo, Maranhão, Pernambuco e Goiás. Sobre a potencialidade das iniciativas Bueno comenta:

Aquele trabalho merecia ser potencializado; sistematizado; por que não institucionalizado? **Praticamente essa reunião** (Taubaté) **decidiu a ideia do Ministério da Saúde de lançar em âmbito nacional o Programa de Agentes Comunitários de Saúde;** a partir daí foi estruturada uma comissão da Fundação Nacional de Saúde, com técnicos que tinham experiências com esse tipo de trabalho para elaboração do documento do PACS (SOUSA, 2001, p. 49) (grifo nosso).

De acordo com Girade, foi feito um levantamento informal com a ajuda de Hilda e Tereza Ramos, e foram identificadas 64 experiências com Agentes Comunitários de Saúde no país e 20 mil Agentes, a grande maioria ligados a iniciativas não governamentais. Sobre a tomada de conhecimentos destas informações, Girade afirmou:

Eu percebi claramente que meu papel era institucionalizar, isto é, o que o povo já tinha decidido. Colocar dentro do governo, esse foi o meu papel. Não era inventar a roda, a roda o povo já tinha inventado; o que fazer, como fazer, a escolha dos líderes comunitários pelas comunidades, as mais simples formas de qualificação e treinamento [...] Eu falei: bom, eu tenho um papel aqui, é realmente fazer com muita seriedade o que o povo já escolheu, trazer pra dentro do governo (GIRADE, 2021) (grifo nosso).

O médico de Goiás já tinha conhecimento da experiência de Brasília por nós já referida no item 5.3 e estava sendo contratado pelo Ministério da Saúde para a coordenação Nacional do Programa.

Depois do encontro em Taubaté, uma série de **reuniões foram realizadas em Fortaleza – CE, tendo sido a primeira em maio de 1991 no Hotel Beira Mar. A escolha do Estado se justifica pelo fato de o Estado ser reconhecido pela UNICEF como maior expressão em atividades com Agentes Comunitários de Saúde, o maior da América Latina e único com remuneração** (SOUSA, 2001). Nesta reunião teve início a primeira discussão. **Os técnicos do Ceará a saber, o médico sanitaria Carlile Lavor, a assistente social Miria Lavor, a assistente social Inês e outra pessoa chamada Vilane, desempenharam papel fundamental**

na elaboração da proposta e “Dessa forma, **preparava-se o documento preliminar** para ser apresentado a todos os Estados da Federação” (SOUSA, 2001, p. 49) (grifo nosso).

Paralelo a isto, o ministro da saúde do governo Collor, Alcení Guerra havia solicitado à Fundação Oswaldo Cruz um projeto de formação de 40.000 visitantes sanitários que atuariam no Nordeste, todavia, a proposta apresentada pela equipe da Fundação Nacional de Saúde – FNS para o PACS se sobrepôs. O jornal ‘O Estado de São Paulo’ em matéria de 26 de maio de 1991⁸⁶ noticiou:

Alcení toca o projeto da saúde sem deixar política de lado. Ministro adota modelo de tucanos cearenses e sonha com milhares de “médicos de pés descalços” [...] treinar 100 mil médicos de pés descalços é um dos planos do ministro [...] deverão ser pessoas da comunidade, que serão treinadas para aplicar vacinas e fazer um diagnóstico dos problemas mais simples de saúde, afirma o ministro (SOUSA, 2001, p. 49)

Buscamos a notícia no acervo do jornal e identificamos a referida edição, contudo, não é possível ler sem baixar e somente assinantes podem fazer isto. De toda forma, é possível ler alguns títulos e na página 3 há uma notícia intitulada “**O exemplo vem da China**”⁸⁷ que, de acordo com o conteúdo supracitado, indica ser a notícia à qual Sousa se refere.

Um breve parêntese para mencionar que a referência à China/aos médicos de pés descalços, como inspiração para o trabalho com ACS é um fato que pudemos notar em vários momentos da pesquisa. O trabalho com os médicos descalços⁸⁸ na China foi iniciado após a revolução chinesa em 1948. A ideia central tem por base os ensinamentos de Mao Tsé-Tung, estudar para servir ao povo (HENFIL, 1986). Os ‘médicos’ eram camponeses que recebiam treinamento de cerca de seis meses após a conclusão do curso secundário. Eles eram pagos pelas cooperativas agrícolas e o tempo usado nos atendimentos era contabilizado como tempo trabalhado na agricultura, embora o treinamento fosse limitado, exerciam um importante papel na melhoria das condições de vida da população. Para ter uma ideia, antes de 1949, a

⁸⁶ Página não informada.

⁸⁷ Disponível em <https://acervo.estadao.com.br/pagina/#!/19910526-35670-nac-0003-999-3-not> . Acesso em 22 de janeiro de 2020.

⁸⁸ De acordo com relato de Henfil sobre conversa com uma médica descalça, a denominação surgiu no sul da China onde as pessoas trabalhavam descalças nos arrozais e como os “práticos” que atendiam o povo também trabalhavam nos arrozais passaram a ser assim chamados (HENFIL, 1986).

mortalidade materna era de 150 para cada 100.000 habitantes, número que caiu para 41.3, a mortalidade infantil era de 200 por cada 1000 e caiu para 18.6 (MIYASAKA, 2011)⁸⁹.

A experiência do país comunista é uma expressão significativa da medicina comunitária (PIRES-ALVES; FALLEIROS, 2010). Em todo caso, no Brasil, o trabalho com Agentes Comunitários de saúde está mais vinculado às experiências de base ocorridas em grande parte dos estados brasileiros, inclusive antes mesmo da década de 1950 observando as problemáticas e especificidades locais.

Feita esta observação, voltemos aos fatos. **A ideia inicial para a implantação do PACS era que acontecesse em três fases sendo uma em 1991 e duas em 1992**, pensadas da seguinte forma: no primeiro momento a meta era implantar 100.000 ACS, após negociações concordaram que deveria ser 45 mil ACS, priorizando o Nordeste devido aos indicadores negativos e considerando o interesse de Estados e municípios. O Nordeste teria 20.034 Agentes (com exceção do Ceará por já ter o Programa). No segundo momento, em 1992, o Programa seria estendido para a região Norte priorizando Manaus e Belém, seria concluída a segunda parte do NE e iniciaria a implantação em Brasília; No terceiro momento, ainda em 1992, a implantação seria concluída e o Programa chegaria aos demais estados do Norte e periferias das principais capitais. A ideia, contudo, não se efetivou nesses termos (em todas as etapas), grandes centros, regiões metropolitanas e capitais do Sul e Sudeste só passaram a contar com ACS a partir de 1994 com a implantação do Programa Saúde da Família cujas equipes agregaram os/as Agentes (SOUSA, 2001); (SILVA; DALMASO, 2002); (ANDRADE, 1998). De toda forma, o Nordeste foi mantido como prioridade para o início do Programa, por ser a região que concentrava os maiores indicadores de pobreza, fome, miséria e, conseqüentemente, doenças conforme destaca Sousa (2001).

Em **21 de Junho de 1991** ocorreu em Salvador – BA um **Encontro Macrorregional** financiado pelo MS via FNS **que** foi o lugar possível para situar o Programa naquele momento e cujo primeiro coordenador foi o médico Girade. A FNS resultou da fusão da Fundação SESP

⁸⁹ Ainda de acordo com o mesmo autor, a tendência capitalista inviabilizou as comunidades agrícolas “Nos anos 60, 90% das vilas possuíam cooperativas, mas em 1985 esse número estava reduzido a 5%”. As comunidades foram inviabilizadas e conseqüentemente não foi possível manter os “médicos de pés descalços” cujo título foi cancelado pelo no país em 1985.

com a SUCAM que já tinham alguma experiência com um tipo de gente de Saúde. O Encontro teve ainda o apoio da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia que tinha como Secretário o médico Otto Alencar. O Encontro reuniu a presidente da FNS, o coordenador da comissão nacional, o coordenador nacional do PACS, os representantes do UNICEF, a Igreja, a Pastoral da Criança, o presidente do Movimento Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, os técnicos das secretarias estaduais de saúde, o Fórum Nacional de entidades de enfermagem, além dos convidados especiais, a saber, a Fundação Osvaldo Cruz e a Secretaria Estadual de Saúde do Ceará. De acordo com Girade (2021), depois de muito debate os Estados aceitaram a proposta de trabalho com Agentes Comunitários e foi na ocasião deste evento que o médico conheceu Fatima Sousa e diz ter se surpreendido com a postura da enfermeira.

O encontro tinha como objetivos: 1) apresentar o documento preliminar que continha a proposta do PACS como resultado do que havia sido discutido pela equipe da FNS e 2) lançar o Programa no Nordeste, todavia o segundo objetivo não foi alcançado devido às divergências ocorridas, conforme evidencia Sousa:

[...] o que se presenciava naquele momento era um **confronto institucional e profissional** deixando transparecer vícios corporativos, legalistas, políticos e ideológicos, quase ocupando o lugar do engajamento em um projeto político gerador de alianças, inibidor de divergências e respeitador de diversidade (2001, p. 52) (grifo nosso).

O documento apresentado no encontro, isto é, a primeira proposta do PACS foi elaborada por parte da coordenação local de Pernambuco e da Comissão Nacional do Programa de Agentes Comunitários de Saúde da FNS. A ideia inicial era começar o Programa na Bahia.

Por se tratar de um dado significativo para a história do PACS e pouco disseminado, consideramos importante apresentar a composição da equipe de comissão assim como as respectivas entidades de representação. Por questões didáticas optamos por organizar as informações em um quadro:

QUADRO 6 – Participantes da elaboração da primeira proposta para o PACS nacional.

NOME	ENTIDADE DE REPRESENTAÇÃO
Helvécio Bueno	DEOPE/FNS – MS – coordenação local
Halim Antonio Girade	DEOPE/FNS – MS – coordenação local
Eda Gomes de Barros Lima	Conselho Federal de Assistentes Sociais
Ernesto Silva	Fundação Hospitalar do Distrito Federal
Ivone Moura M. Souza	Fórum Nacional de Entidades de Enfermagem – COREN/ABEN/UNATE/FNE
José de Sá Cavalcante Junior	Fundação Nacional de Saúde – CE
José Telles de Almeida	FIOCRUZ
Lyciano Santos Flores	Secretaria Nacional de Assistência à Saúde – MS
Luz Maria Ponce de Leon	Organização Panamericana de Saúde
Miria Campos Lavor	Secretaria Estadual de Saúde – CE
Nelson Arns	CNBB/Pastoral da Criança
Oscar Castilho	UNICEF
Rubens de Matos Pereira	Instituto Monteiro Lobato
Ruy Pereira dos Santos	Universidade Estadual de Pernambuco
Telma Dantas Teixeira de Oliveira	Fórum Nacional de Entidades de Enfermagem
Glória Teixeira	CENEPI – FNS

Fonte: Sousa, 2001 (adaptação de texto)

Uma vez que estamos historicizando a institucionalização do Programa e tendo em vista a deficiência na literatura sobre o assunto, consideramos pertinente apresentar brevemente as posições assumidas pelos grupos participantes do encontro, alguns contrários e outros favoráveis à proposta (Cf. SOUSA, 2001, p. 52-56).

1. **As entidades de enfermagem** (Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEN, União Nacional dos Técnicos de Enfermagem – UNATE e Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE): apresentaram **posição contrária** ao Programa argumentando que o trabalho dos/das Agentes era de má qualidade, descontínuo e isolado dos

demais serviços de saúde e que a inserção de um grande contingente de trabalhadores sem qualificação específica influenciaria negativamente na organização do setor saúde além de alegarem verticalidade do Programa ao que a coordenação reagiu especialmente pelo fato de o Agente ser originário da comunidade, argumento central da não verticalidade do Programa. De acordo com Silva (1997) havia ainda um receio de que os/as agentes viessem substituir os profissionais da enfermagem, isto porque a regulamentação da profissão era recente: junho de 1986. Argumentavam ainda que a contratação de um grande contingente de trabalhadores “desqualificados” colocaria em risco a qualidade dos serviços. De acordo com Girade (2021) o as entidades de enfermagem foram as que mais reagiram contra a proposta de trabalho com ACS.

2. **Pastoral da Criança:** foi **contrária** à implantação do Programa, contudo, não foi clara na argumentação e deixou a entender apenas que os/as agentes do PACS deveriam se diferenciar dos da pastoral que eram voluntários e movidos pela fé e religiosidade enquanto que os/as Agentes do PACS seriam remunerados.

3. **Movimento Nacional dos Agentes Comunitários:** **favorável** uma vez que representava significativo avanço na luta por uma identidade profissional e direitos trabalhistas.

4. **Profissionais diversos que tinham experiências com Agentes em nível periférico:** foram **favoráveis** por entenderem que o Programa suscitaria nos municípios a discussão sobre atenção básica como porta de entrada para o sistema de saúde, recentemente conquistado pela população e ainda não efetivado.

5. **UNICEF:** posição extremamente **favorável**, justificando através de seu representante Oscar Castilho que no Brasil, o UNICEF apoiava, acompanhava e implementava trabalhos com Agentes Comunitários de Saúde destacando que trata-se de uma postura institucional baseada na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde de 1978 que identificou o fundamental papel do Agente de Saúde para melhorar as condições de saúde das populações.

Além disso, o UNICEF tinha vasta experiência com esse tipo de Programa que além de demonstrarem sucesso tinham baixo custo.

Sousa (2001) afirma que diante das discussões e dos posicionamentos ficou claro um confronto institucional e profissional, todavia, a relevância dos aspectos filosóficos foram reconhecidos. Os técnicos da Fundação Nacional de Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde deixaram transparecer o interesse em comandar o Programa. **Em suma, o encontro concluiu: era preciso além de um estudo mais exaustivo do documento para ampliação das discussões e engajamento de novos sujeitos nos debates, acompanhar a rotina de trabalho dos/das Agentes no Ceará.**

Com isto, novos objetivos foram lançados para o redesenho da proposta e ampliar a comissão nacional do PACS bem como das discussões nos Estados sobre os pontos mais polêmicos do Programa envolvendo novos sujeitos sociais. Ceará, Paraíba, Pernambuco e Rio Grande do Norte formariam um bloco de apoio aos demais Estados de modo a adequar a proposta do PACS aos Estados com cuidado para não se desviar das bases conceituais:

[...] todos unidos e **orientados na construção de uma nova ética: a do zelo pelo bem público e da solidariedade pelo desenvolvimento (empoderamento) da comunidade, em uma espécie de co-responsabilidade federativa – pacto de solidariedade nacional [...] um programa** que atendesse às necessidades da população, com qualidade, universalidade, sem preconceitos, **participativo, sobretudo livre de interferências político-partidárias** (SOUSA, 2001, p. 57) (grifo nosso).

Conforme explicita o trecho acima, a solidariedade se fez presente enquanto conceito fundante do Programa Agentes Comunitários de Saúde, fato reconhecedor desta característica como marca importante da filosofia do trabalho com Agentes e que serve como um dos elementos diferenciadores de outros trabalhadores, especialmente pelo fato de ser vinculado à comunidade de origem.

Assim, dando encaminhamento aos acordos do encontro, **os futuros coordenadores estaduais⁹⁰ do Nordeste permaneceram no Ceará entre 1 e 12 de Julho, com o objetivo de acompanhar e avaliar os municípios onde existiam Agentes** observando múltiplos aspectos. Foram escolhidos os municípios: Acopiara, Maranguape, Canindé, Caucaia, Icapuí, Chorozinho Iguatu, Maracanaú, Antonina do Norte e Paracuru, a escolha se justificou pelo fato de que estes municípios apresentavam estágios diferentes quanto ao período de implantação o que permitia aos coordenadores avaliar todas as fases da implantação⁹¹.

Ao concluir o período de acompanhamento, cada coordenador nordestino apresentou à coordenação nacional uma proposta que respondesse à sua realidade, isto é, uma proposta de seus Estado **à luz das experiências do Ceará**. Não havia dúvidas quanto ao êxito do Programa, sobretudo nas áreas rurais o que permitia concluir que, a ampliação do Programa para os demais estados do Nordeste daria certo, sobretudo, devido às semelhanças das realidades entre os Estados de modo que “Diante da experiência bem-sucedida do Ceará, poderia ocorrer processo semelhante no restante do Nordeste, em virtude de suas características similares” (SOUSA, 2001, p. 60).

Feita a avaliação geral dos prós e contras do Programa, a equipe concluiu que: 1) Os coordenadores estaduais deveriam ainda discutir em seus Estados (com várias entidades) sobre a viabilidade da implantação e 2). Haveria em **19 de Julho de 1991 um encontro em Brasília** para aprovação da versão final da proposta do PACS.

Os coordenadores do NE ficaram em Brasília por dois dias e após muitas idas e vindas e discussões foram elencados critérios que definiriam **o perfil do Programa**, a saber: forma de adesão dos municípios, perfil exigido para ser ACS, inserção na estrutura formal, papel dos/das Agentes, ações, definição de vínculo e remuneração, contrapartidas financeiras e organizacionais estaduais e municipais, perfil do instrutor/supervisor e competências de gerenciamento do Programa (SOUSA, 2001).

⁹⁰ Sobre esta questão, em um momento Sousa se refere aos futuros coordenadores estaduais e outro momento se refere aos “técnicos dos estados” gerando certa confusão se está realmente falando de dois grupos diferentes ou ao mesmo grupo que é o que parece.

⁹¹ Em nota de rodapé (nº 12) Sousa apresenta uma notícia do “Jornal do Commercio, em Recife” datada de 7 de Junho de 1991 noticiando que técnicos cearenses na área da saúde encontravam-se em Recife treinando representantes dos demais estados nordestinos à com base nas experiências cearenses (Cf. p. 56).

Em 20 de agosto de 1991 o Programa foi lançado pelo então presidente Fernando Collor de Melo. Contudo, os planos até então em andamento precisaram ser modificados devido a epidemia de cólera que avançava no norte do país.

Em 23 de agosto, o ministro da saúde chamou em seu gabinete o coordenador nacional do Programa, Girade e tratou do assunto da cólera que havia entrado no Brasil meses antes e ainda não tinha sido contida, avançando gradativamente pelo rio Amazonas, e então perguntou se o coordenador achava que o Agente Comunitário poderia segurar a cólera, ao que Girade respondeu: “Eu não acho, eu tenho certeza porque a questão de cólera é uma questão de higiene e de comunidade, depois que pega cólera é que vai pra hospital”(GIRADE, 2021). Então o ministro pediu que o médico fosse pra Manaus acompanhar a situação no Estado e no mesmo dia Girade se dirigiu ao destino. Ficou entre Amazonas e Brasília durante dois anos, período no qual levou para o norte mais duzentas e oitenta pessoas para treinar Agentes Comunitários de Saúde no Estado. Fazia parte da comitiva pessoas de vários lugares mas com destaque para o Ceará, Goiás e São Paulo, isto porque estes estados já tinham experiência. **De 24 de agosto a 23 de dezembro de 1991, foram preparados 5.376 ACS para atuar em 79 municípios do Amazonas, dentre os quais muitos indígenas.** A escolha dos/das Agentes seguia aquilo que tinha sido pensado para a proposta do Programa nacional, isto é, eles deveriam ser escolhidos pelas comunidades e diante desse fato surgiram divergências devido ao interesse de indicações políticas (GIRADE, 2021). Acontecia que com a implantação do Programa os casos de cólera aumentavam muito devido as notificações, em seguida, diminuía devido a ação dos/das Agentes nas comunidades.

Os indígenas tiveram um importante papel no trabalho no Amazonas, muitos foram treinados para a ajudar na capacitação. Alguns grupos indígenas ficaram a cargos dos Médicos Sem Fronteiras que também contribuíram com o controle da epidemia. Sobre a atuação dos indígenas, o médico diz: “Chegava um avião com 40 técnicos de São Paulo, no aeroporto quem dava uma aula de cólera era um índio ticuna chamado João Ticuna” (GIRADE, 2021) que depois, em 1994, chegou a receber um troféu do ministério da saúde e da Unicef. Toda a história de formação dos/das Agentes na Amazônia está registrada no livro ‘A comunidade contra a

cólera' encomendado pela Unicef e de autoria do coordenador das ações o médico aqui referido Girade⁹².

A cólera que entrou no país pela região Norte em abril de 1991, mais precisamente no Amazonas, onde foram registrados os primeiros casos, conforme destacam Gerolomo e Penna (1999), a situação exigiu que as autoridades tomassem providências no sentido de adotar medidas de bloqueio capazes de evitar a disseminação da doença e neste sentido a utilização de Agentes Comunitários de Saúde foi de grande importância para o fortalecimento do Programa que estava sendo gestado. Nesse contexto, foi realizada então a primeira grande seleção de ACS em 28 de Agosto de 1991, na cidade de Tabatinga no Amazonas, 38 dias antes da grande seleção na Paraíba, portanto foi por ocasião de uma situação emergencial contra a cólera que as primeiras equipes de ACS foram selecionadas (ver anexo 8).

Este fato foi importante porque evidenciou a eficácia da atuação de ACS em comunidades. A atuação dos/das Agentes no combate ao vibrião colérico assumiu grande importância no controle da epidemia através de orientações e sensibilização da população⁹³.

Na Paraíba, os primeiros casos de cólera surgiram no município de São Bento (distante 375 km da capital) e foi um fator fortalecedor para a implantação do Programa uma vez que o trabalho dos ACS foi determinante para a contenção da epidemia evitando muitas mortes (SOUSA, 2001).

Neste sentido, a ocorrência da cólera foi positiva por um lado, mas também negativa por outro, pois, a situação emergencial foi aproveitada para desviar recursos públicos associados diretamente à compra de material para o trabalho dos/das Agentes (mochilas, bicicletas e guarda-sóis, por exemplo). Sousa destaca que a mídia cumpriu importante papel na associação entre o PACS e o desvio de recursos e “Por pouco, a proposta do PACS, não morria junto com o último noticiário do Jornal Nacional” (2001, p. 72).

Paralelo às ações no Amazonas, seguiam no Nordeste os planejamentos para a seleção de Agentes, agora não mais na Bahia, mas na Paraíba. O olhar para a Paraíba se deu de acordo com Sousa (2001), devido a escolha **por votação unânime para sediar o projeto-piloto devido ao fato de ter sido o Estado que mais se empenhou para a implantação** “[...] tendo

⁹² Nos ocupamos em verificar a disponibilidade do livro para venda mas não o localizamos.

⁹³ Sobre este fato não localizamos maiores informações.

sido até referido para outros estados da região como treinamento” (2001, p. 76). Três fatores principais se destacam: 1) foi o Estado com maior número de solicitações ao Programa; 2) A Secretaria de Saúde se mostrou determinada a implantá-lo; 3) Boa relação estabelecida entre a Secretaria Estadual de Saúde, a Fundação Nacional de Saúde e Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

Para implantação do Programa, os municípios deveriam fazer solicitação e concordar critérios exigidos: existência de Conselho Municipal de Saúde, uma unidade que servisse de referência e um profissional da enfermagem, os ACS deveriam ser recrutados em seleção amplamente divulgada nas comunidades e a seleção ocorreria no próprio município.

No ano seguinte, com o impeachment de Collor e a mudança do ministro da saúde, o Programa sofreu mais um golpe devido à oposição de muitos membros do Ministério da Saúde. Neste contexto, com intenção de encerramento do programa um grupo de técnicos da FNS foi enviado a Estados do Nordeste (Paraíba, Rio Grande do Norte, Pernambuco e Sergipe) para avaliar o Programa.

No que se refere à Paraíba, a autora comenta que o técnico já tinha juízo de valor sobre o Programa. No documento final, as ações dos/das Agentes foram vistas como positivas de um modo geral, contudo, devido ao pouco tempo da experiência e a ausência de um sistema de informações não teria sido possível avaliar os resultados concretos. Sousa comenta que o relatório técnico foi considerado contraditório.

Com isto, uma reunião foi convocada para **Abril de 1992** com os coordenadores e representantes estaduais em Recife com o suposto objetivo de avaliar o Programa na região Nordeste, no entanto, de acordo com Sousa (2001) se tratava de uma manobra que pretendia anunciar o fim do Programa fato que ficou claro tanto pela ausência das secretarias estaduais e municipais de saúde, (ativas em todo processo de discussão sobre a institucionalização) que não foram convidadas quanto no discurso do vice-presidente da FNS, Joaquim de Castro Filho, conforme se pode ver a seguir:

A FNS não vai assumir compromisso com um Programa desse, quem inventou que dê conta, os estados que assumam a paternidade desse filho, essa administração não tem nada a ver com isso [...] Estamos aqui para que vocês coordenadores regionais conversem com os secretários de Saúde, que o

Programa agora é do Estado, para nós **não interessa o nome <médico de pé no chão>, atendente rural, voluntário da saúde, não quero nem saber**, os estados que se virem para resolver esse abacaxi, e de uma coisa tenho certeza absoluta – essa administração da FNS não quer nada com o PACS e estamos respaldados pelo ministro, estou aqui falando porque esse é o pensamento de todos (SOUSA, 2001, p. 77) (grifos nossos)

A Paraíba reagiu ao ataque. Sousa declara que sentiu dificuldades para transcrever as intervenções feitas pela coordenação da Paraíba na reunião, possivelmente por terem sido muitas e intercaladas com outras falas. O fato é que o Estado se manteve firme pontuando entre outras coisas que tinha partido do Ministro a ideia de sensibilizar os governadores e secretários de saúde para adesão ao Programa (Cf. SOUSA, 2001 p. 78). A coordenação da Bahia defendeu:

A satisfação e aceitação das famílias/comunidades assistidas pelos ACS devem ser a base de sua permanência [...] E a demonstração disso é o grau de resposta e resolutividade que esses ACS vêm dando a milhares de famílias nordestina, em lugares que nenhum de nos tinha ou tem coragem de ir [...] os senhores não compreendem a importância desse trabalho. Estamos aqui em nome dos coordenadores estaduais do Nordeste para enfrentarmos essa situação, seja ela qual for (Ibidem, p. 79).

Depois de uma pausa, a reunião foi retomada em um tom mais dialogal e a partir dali várias estratégias de enfrentamento foram traçadas, dentre elas, a articulação com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS que na reunião de **02 de julho de 1992** incluiu o PACS na pauta; Paraíba, Piauí e Bahia se fizeram presentes. Como resultado das discussões desta reunião, os secretários exigiram um **encontro com a FNS** para discutir novas diretrizes e estratégias para o PACS no Nordeste. O encontro aconteceu em Natal – RN entre os dias **14 e 16 de julho de 1992** em Natal – RN. Na reunião, foi firmada a ideia da necessidade de convênios entre FNS e Secretarias Estaduais de Saúde – SES. Contudo, em meio à crise política, o PACS virou agenda secundária até 1993 quando **Henrique Santillo** assumiu o Ministério da Saúde. **O médico pediatra havia implantado o Programa em Goiás quando governador** e por isto, o conhecia bem. Em dezembro do mesmo ano foi realizado um Encontro Nacional para avaliação do PACS e definir prioridades para o ano de 1994. Diante das avaliações positivas, sem ignorar os pontos problemáticos (financiamento, vinculação institucional e responsabilidades de cada esfera), concluiu-se que 1994 seria o ano da

consolidação do programa. Merece destaque conforme registra Sousa (2001, p. 84), parte do discurso do ministro: “Mesmo com indefinições [...] Vamos correr o risco de fortalecer esta proposta, sou testemunha do quanto as comunidades e os serviços mudam, com a presença dos Agentes Comunitários de Saúde”. Vê-se o quanto o devido conhecimento e a participação nas experiências se constituiu fator importante para a validação do projeto. É como diz o dito popular: uma coisa é ver, outra é ouvir falar!

Diante do exposto, constata-se que a implantação do PACS se deu de forma progressiva e resultou de muitos embates assumidos por aqueles que defendiam a democratização da saúde no Brasil. Desde a primeira ideia de trabalhar com o PACS em 1991 até sua efetivação como Programa em âmbito nacional, houve uma trajetória de três anos de muitas idas e vindas, mas depois da implantação na Paraíba o avanço foi rápido de modo que em avaliação feita em 23 de dezembro de 1991 verificou-se a existência de 24.189 Agentes Comunitários espalhados pelo Nordeste. Se na primeira seleção feita na Paraíba foram escolhidos 1.629 Agentes, em três meses praticamente, esse número era 14 vezes maior (GIRADE, 2021).

A fim de traçar uma linha do tempo da implantação do Programa de termos uma síntese dos eventos, organizamos as informações sobre as etapas descritas por Sousa e Girade no quadro que segue:

QUADRO 7 – Breve síntese do processo de institucionalização do PACS

PERÍODO	EVENTO
Março de 1991	Primeira ideia de trabalhar com o PACS – Reunião com a direção da FNS e representante do Unicef na qual a presidente da Fundação Isabel Cristina Aparecida Stefano afirmou ter interesse em trabalhar com Agentes Comunitários de Saúde
Abril de 1991	Encontro em Taubaté com Agentes Comunitários de Saúde da Associação de Agentes de Recife e Agentes voluntários de várias partes do país, no qual foi definida a ideia de trabalhar com ACS.
Entre Abril e Junho de 1991	Realização de várias reuniões em Fortaleza – CE a fim de elaborar a proposta inicial.

17 de Junho de 1991	Início do Programa na Paraíba com a visita de um assessor técnico do UNICEF
21 de Junho de 1991	Encontro Macrorregional em Salvador – BA com várias representações sociais para discutir a proposta inicial.
Entre 1 e 12 de Julho de 1991	Futuros coordenadores estaduais do Nordeste estiveram no Ceará para acompanhar o trabalho dos/das Agentes em alguns municípios.
Julho de 1991	Realização de um Seminário Estadual em João Pessoa com o intuito de divulgar o Programa
20 de agosto de 1991	Lançamento do Programa pelo então presidente Fernando Collor de Melo
23 de Agosto de 1991	O coordenador do Programa é chamado pelo Ministro para discutir a possibilidade de ‘uso’ de Agentes Comunitários de Saúde para o combate à cólera
De 24 de Agosto a 23 de dezembro de 1991	Preparação de 5.376 Agentes Comunitários de Saúde no Amazonas para atuar em 79 municípios no combate à cólera, dentre os quais muitos indígenas.
5 e 6 de outubro de 1991	Realização da seleção de 1.629 ACS na Paraíba
7 de outubro de 1991	Avaliação da seleção realizada na Paraíba
Entre fevereiro e março de 1992	Envio de grupo de técnicos à Paraíba, Rio Grande do Norte, Pernambuco e Sergipe para avaliar o Programa.
Abril de 1992	Reunião em Recife com coordenadores e representantes do Programa na qual a FNS se recusou a assumir o Programa.
02 de Julho de 1992	Reunião dos coordenadores estaduais com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS para pedir apoio à permanência do Programa.
14 a 16 de Julho de 1992	Reunião em Natal – RN com todos os coordenadores para discutir novas diretrizes e estratégias para o Programa.

09 a 14 de Agosto de 1992	9ª Conferencia Nacional de Saúde
Março de 1993	Reunião de coordenadores estaduais do PACS do Norte e Nordeste na qual foram revistas as normas e diretrizes formuladas.
Dezembro de 1993	Encontro Nacional para avaliação do PACS e definição de prioridades para o ano seguinte.
1994	O Programa foi consolidado

Fonte: Sousa, 2001; Girade, 2021 (adaptação de texto).

O Programa Agentes Comunitários de Saúde representa o marco inicial do processo de reorganização e reorientação da saúde pública no Brasil centrado no cuidado familiar e comunitário. Sua institucionalização, embora tenha sido uma observância ao movimento internacional de reestruturação de serviços de cuidados primários em saúde, é preciso reconhecer que foi muito mais resultado de muitas lutas internas pelo reconhecimento de trabalhos comunitários já em execução no país e também pela estruturação do sistema de saúde.

A resolução Nº 025 de 12 de dezembro de 1991 aprovou o PNACS ao mesmo tempo que evidenciou os conflitos existentes em relação ao Programa. A comissão criada pelo Conselho Nacional de Saúde emitiu um parecer sobre o Programa apontando algumas críticas afirmando, por exemplo que o PACS era um Programa vertical e espelhado em Programas similares e historicamente ineficientes, que arriscava o agravamento das distorções na estrutura organizacional do setor saúde por incorporar uma força de trabalho sem qualificação, que o Programa oferecia risco ao setor da educação uma vez que as professoras sub-remuneradas prefeririam se tornar Agentes Comunitários de Saúde e que os/as Agentes não deveriam ser remunerados por ações prestadas argumentando que as ações deveriam ser assumidas pelas famílias e pela comunidade. Além de explicitar a precarização do setor educacional do país, as críticas evidenciaram a falta de interesse pelo Programa, pois ao contrário do que o documento afirmou, experiências com ACS se mostravam exitosas e ao invés de causar distorções na

estrutura do setor, o PNACS foi fundamental para a organização do sistema e sendo parte da comunidade, o ACS tinha o papel de contribuir para o fortalecimento comunitário.

Com a implantação do Programa Saúde da Família em 1994, atualmente Estratégia Saúde da Família – ESF, os ACS passaram a fazer parte das equipes e o trabalho passou a ser desenvolvido de forma integrada ao dos demais profissionais o que fortaleceu a ação dos/das Agentes. Aos poucos algumas mudanças foram acontecendo dentre elas, os critérios exigidos para ser ACS e a forma de seleção. Duas mudanças simples que causaram grandes impactos na identidade da categoria. O fato de, por exemplo, não ser necessária a origem na comunidade e a participação em atividades comunitárias além do formato de concurso público para o ingresso na função representam um ganho do ponto de vista da ampliação de possibilidades de participação, por outro lado, representam perdas do ponto de vista da identificação orgânica com as pessoas e suas problemáticas e ainda o fortalecimento dos grupos comunitários, tão importantes nos processos de lutas pela democratização da sociedade.

7.3. A Paraíba como Estado pioneiro

Ainda tendo Sousa (2001) e Girade (2021) como referências principais, façamos um breve percurso pelos caminhos do PACS na Paraíba. De acordo com os autores e ainda de acordo com Lima e Moura (2005) o Nordeste foi a primeira região a implantar o Programa devido às altas taxas de mortalidade infantil, na verdade, as maiores do país há décadas conforme mostra o quadro a seguir:

QUADRO 8 – Taxas de mortalidade infantil nas regiões do Brasil entre as décadas de 1930 a 1990.

ANO	REGIÕES				
	NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	CENTRO-OESTE
1930	193,3	193,2*	153,0	121,0	146,0
1940	166,0	187,0	140,0	118,0	133,0
1950	145,4	175,0	122,0	109,0	119,0
1960	122,9	164,1	110,0	96,0	115,0
1970	104,3	146,4	96,2	81,9	89,7
1980	79,4	117,6	57,0	58,9	69,6
1990	44,6	74,3	33,6	27,4	31,2

Fonte: IBGE, 1990, p. 20.

*O ano de 1930 é a única exceção por uma pequena diferença.

Neste cenário, a Paraíba tinha na década de 1990, 81,9 mortes por mil nascidos vivos menores com menos de 1 ano de idade (BRASIL, 2000). Embora o número fosse alto, havia outros mais elevados no Nordeste, neste sentido, outros fatores foram determinantes para que o Estado fosse escolhido para sediar o projeto-piloto, conforme posto no item anterior, a saber: foi o Estado com maior número de solicitações ao Programa; A Secretaria de Saúde se mostrou determinada a implantá-lo; Boa relação estabelecida entre a Secretaria Estadual de Saúde, a FNS e Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Mas além destes, Girade (2021) destaca outros fatores como o fato de Fatima Sousa estar na Paraíba como braço direito da coordenadora e com rigorosa atuação em defesa do Programa além da atuação também a nível de região nordeste sobre o que comenta: “Eu fiquei muito impressionado com a Fatima, a forma como ela comandava, ela ia em todas as reuniões com os coordenadores estaduais” (GIRADE, 2021) e ainda havia o empenho de Danuza Benjamim que era coordenadora estadual da Paraíba e completa: “As duas fizeram um ótimo trabalho! ... Eu falei: tem que ser na Paraíba” (Ibidem)

Em termos formais, pode-se considerar **17 de junho de 1991 como marco inicial do Programa nessas terras** com a visita de um assessor técnico do UNICEF. A visita do técnico tinha como principal objetivo sensibilizar o governo do Estado através da Secretaria de Saúde do Estado. Para isto, o técnico apresentou um estudo sobre os resultados alcançados no Ceará

com o Programa. O contexto político local do momento era favorável, pois demonstravam interesse na implantação o então governador Ronaldo Cunha Lima e o secretário de saúde, o médico José Zuca Moreira Lustosa⁹⁴ que declarou: “Sou sensível a Programa dessa natureza, por conhecer experiências com Agentes Comunitários de Saúde em quase todos os Estados do país”. A data supracitada é tida como marco do início do Programa na Paraíba (SOUSA, 2001, p. 88).

Uma aliança entre o secretário e a equipe da coordenação estadual foi firmada a fim de manter a garantia da isenção política. Os técnicos regionais que fariam a ponte com os municípios deveriam atender aos seguintes critérios: a) serem profissionais com experiência em saúde pública; b) Experiência com os serviços locais de saúde; c) Boa capacidade de relacionamento com as comunidades e, d) Sensibilidade e comprometimento quanto à reforma da saúde.

Para orientar a coordenação estadual foram estabelecidos alguns pressupostos básicos, dentre eles: a) Ausência de influência política e econômica externa; b) Resguardo quanto à transições administrativas; c) Autonomia técnica para escolher os municípios para implantação; Como os ACS não existiam enquanto categoria profissional, as entidades de enfermagem foram consultadas e mais uma vez se mostraram pouco simpáticas a ideia do PACS sob justificativa de que não seria eficaz. Sousa afirma que “Um dos primeiros movimentos da Paraíba foi construir uma base interna, com diversos (as) sujeitos sociais/entidades, com legitimidade, respeito e competência profissional [...]” (2001, p. 87).

Em julho de 1991 foi realizado em João Pessoa um seminário estadual com o intuito de divulgar o Programa e ampliar as discussões. Entre os participantes do evento estavam: prefeitos, secretários municipais de saúde, profissionais de saúde, superintendentes dos núcleos regionais de saúde, reitor da UFPB, representante do Centro de Ciências da Saúde, do núcleo de saúde coletiva e da pastoral da criança, representante do hospital universitário, presidente do sindicato de saúde e coordenador regional da FNS. Souza (2001) apresenta os principais pontos discutidos no encontro destacando que foram polêmicos, isto, é, cada consenso alcançado passou por muitas posições e oposições postas à mesa.

⁹⁴ Sousa comenta: “homem de origem humilde, reto e muito ético em suas atitudes [...] tinha no PACS uma das suas prioridades de ação” (Cf. 2001, p. 87).

Remuneração dos/das Agentes: Entre os mais diversos pontos de vista, a Pastoral da criança achava que deveria ser um trabalho voluntário argumentando que as famílias e comunidades deveriam aos poucos, assumir o que os/as agentes iniciassem, a autora menciona (sem dizer da parte de quem) que houve quem defendesse a ideia de que uma remuneração comprometeria o compromisso de solidariedade. Com base na previsão de financiamento por parte da FNS, os gestores do SUS defendiam a remuneração, já que os ACS comporiam o quadro de trabalhadores atuantes nos serviços de saúde.

Vínculo institucional: diante das várias possibilidades de vinculação (Ministério da Saúde, ONGs, Secretarias municipais ou estaduais e associações de moradores, por exemplo), a maior preocupação era que os ACS tivessem seus direitos trabalhistas garantidos, ainda que ficasse posto que os ACS “[...] não poderiam ser funcionários públicos/estatais, no sentido clássico da palavra” (SOUSA, 2001, p. 91).

Identidade profissional: Sem categoria profissional definida, os ACS precisariam de uma referência profissional que amparasse a fiscalização, capacitação e acompanhamento das atividades. A conclusão foi de que os/as Agentes seriam “formados” no próprio serviço e supervisionados por um profissional da enfermagem.

Gerência do Programa: foi acordado que os três níveis de governo seriam coparticipantes e as competências deveriam ter previsão legal.

Recrutamento e seleção: dois pontos de vista prevaleceram aqui, o de que os municípios deveriam indicar os/as agentes por via dos prefeitos e que entidades não governamentais seriam a melhor opção para selecionar os ACS. O consenso foi de que os ACS deveriam obedecer aos critérios previamente definidos: morar na comunidade por pelo menos dois anos, ter no mínimo dezoito anos de idade, saber ler e escrever e dispor de oito horas diárias. A seleção se daria em duas etapas: prova escrita e entrevista por áreas. Tudo deveria ocorrer após ampla divulgação prévia.

Ações dos ACS: entre perspectivas da medicina curativa e preventiva, “Ficou reafirmado o papel central dos ACS: promotor da saúde, educador da saúde, vigilante em saúde [...] (SOUSA, 2001, p. 94)”. Surgiam algumas preocupações quanto a isto: diante da desorganização, desumanização e ineficiência dos serviços de saúde, o ACS teria credibilidade? Eles seriam respeitados já que não seriam profissionais no sentido corrente da palavra? Bem,

o fato de fazerem parte das comunidades e estarem vinculado a equipes e serem por elas referenciados, suas ações seriam de participação ativa por uma saúde como direito e isto mudava muita coisa!

Perfil do ACS: Aqui residiam as tentativas de agregar ao ACS atribuições de outras categorias profissionais já que não constituía uma categoria profissional. Sousa apresenta uma fala na qual resume o que considerava função do ACS “[...] ter sensibilidade de ler, escutar e traduzir, para as autoridades públicas, as reais necessidades da população, encontradas em cada residência, em cada pessoa, em cada família em cada comunidade. Transformando-as em reais possibilidades de mudanças, e essas de forma perene” (2001, p. 95).

A discussão do perfil trazia necessariamente a questão da formação, a depender a o tipo de ação, uma ou outra categoria seria mais adequada para capacitar os/as Agentes. A discussão ficou entre enfermeiros, médicos e assistentes sociais, três categorias profissionais presentes desde a origem dos ACS enquanto trabalhadores em saúde no Ceará e em Goiás.

Profissionais da enfermagem entenderam que deveriam capacitar os ACS por entenderem que suas ações teriam caráter invasivo, o que justificaria o acompanhamento da enfermagem; Profissionais da medicina defenderam que além das ações mais próximas da enfermagem, a orientação de uso de medicamentos e tratamentos de doenças são atribuições de médicos exigiria que os ACS fossem capacitados por esta categoria profissional; **Os profissionais da assistência social defendiam a atribuição da formação pela categoria argumentando que as ações dos ACS tinham mais proximidade com o trabalho dos assistentes sociais já que se pretendia o fortalecimento das comunidades.** Após onze seminários nos núcleos regionais de Saúde entre junho e agosto de 1991, foi percebido que este impasse, por assim dizer, seria resolvido durante o próprio processo de implantação.

Em 1991, 138 dos 171 municípios paraibanos solicitaram adesão ao PACS. O fato de sediar o projeto piloto deixou certa tensão na equipe do Estado e mesmo que os municípios solicitantes afirmassem atendimento aos critérios estabelecidos, foi preciso tomar cuidados, sobretudo pela questão da interferência política, uma preocupação sempre presente em todas as etapas do projeto. Foi preciso tomar todos os cuidados possíveis já que depois do Ceará, pioneiro no trabalho com ACS, a Paraíba seria a maior referência. Tendo isto em vista, em Agosto de 1991 foi realizada uma série de reuniões entre a coordenação estadual da Paraíba e

membros dos Conselhos Municipais de Saúde dos municípios solicitantes com o intuito de operacionalizar os processos seletivos.

7.4. Os encaminhamentos da institucionalização na Paraíba

Sousa (2001) destaca a seguir sobre como se deram o recrutamento e seleção, capacitação e missão social dos ACS. Depois de tomarem conhecimento dos critérios estabelecidos em cada fase para a implantação do PACS, **dos 138 municípios interessados, apenas 82 permaneceram firmes para seguir com o projeto.**

Para o recrutamento e seleção a ampla divulgação garantiu a também ampla participação. Para isto, "A equipe de coordenação estadual teve a preocupação de identificar várias forças sócias [...] A primeira aliança foi feita com os radialistas visando à divulgação ampla do número de vagas por município" (SOUSA, 2001, p. 99). Os enfermeiros e coordenadores locais assumiram o papel de cuidar de forma ética do processo seletivo, tudo com vistas à contenção de qualquer interferência política.

Sousa (2001) comenta que a organização das provas foi a etapa mais complicada uma vez que além de uma equipe reduzida, havia grande número de inscritos, boletins de seleção desordenados e muitos municípios para terem as provas organizadas. Todo o material foi preparado em Brasília a fim de proteger o processo de qualquer tentativa de ilicitude o que se ocorresse poderia prejudicar muito o Programa. A FNS contratou seguranças para guardarem o local onde foram guardadas as provas bem como dos carros que as transportaram e no trajeto de avião também havia policiamento (GIRADE, 2021).

Foram escolhidos os **dias 05 e 06 de outubro de 1991 para a realização da primeira seleção em massa de Agentes Comunitários** ficando o dia 07 dedicado a avaliação. Havia 82 municípios à espera da implantação, inicialmente eram 123, todavia, quando se deparavam com os critérios que impediam a interferência política muitos desistiram. Dos 82 havia um total de 18.900 candidatos para 1.629 vagas disponíveis. Dois modelos de provas foram preparados para a seleção: A e B (Anexo 10 e 11), além de roteiros para as entrevistas coletiva e individual e um material para avaliação da seleção. Para cada município foram designadas duas ou três

pessoas em média para a realização da seleção. O anexo 6 apresenta o pré nome dos aplicadores de provas designados para cada município nos dois dias de seleção.

Apresentamos a seguir um quadro com o nome dos municípios em que participaram dessa primeira seleção:

QUADRO 9 – Lista dos municípios paraibanos que implantaram o PNACS em 1991

Municípios que realizaram seleção no dia 05/10/1991	Municípios que realizaram seleção no dia 06/10/1991
Taperoá	Caiçara
Juazeirinho	Bananeiras
Fagundes	Teixeira*
Boqueirão	Mãe D'água*
Cabaceiras	Emas
Itatuba	Lagoa de Dentro
Esperança	Cuité
Monteiro	Ibiara
Sumé são José dos Cordeiros	Coremas
Serra Branca	Piancó
São José do Cariri	Olho D'água*
Sousa	São José Caiana
Paulista	Nova Olinda
Catolé*	Patos
Jericó*	São José do Sabugi
São Bento	Santana dos Garrotes*
Cajazeiras	Pedra Branca*
São José de Piranhas*	Diamante*
São José do Rio do Peixe*	Boa Ventura
Cacheira dos Índios*	Itaporanga*
Princesa Isabel*	São José de Espinharas
Tavares*	Malta*
Juru*	Junco do Seridó*
Água Branca*	Várzea*
	Malta*
	São José Bonfim*
	Passagem*
	Desterro*
	Conceição*
	São Mamede*
	Boaventura

Fonte: Arquivo pessoal cedido por Girade (2021)

* Municípios cujos nomes se repetem na lista

Para realizar o processo seletivo aplicava-se uma prova escrita (em alguns municípios aplicava-se a prova tipo A e em outros, a prova tipo B) e outra oral sendo esta, dividida em duas fases uma coletiva e depois individual. Tudo era feito em um mesmo dia para evitar interferências externas. A coordenação nacional reuniu cerca de 45 pessoas para a realização das seleções sendo aproximadamente 30 da Paraíba e outras 15 de outros estados. Havia representação de cada estado do Nordeste e ainda pessoas de Brasília, entre outros lugares.

Os processos de aplicação foram realizados obedecendo as seguintes orientações: ninguém do município poderia ter acesso às provas que permaneceriam lacradas até o momento de entrega aos candidatos; Apenas fiscais poderiam ter acesso ao local de aplicação das provas, ou seja, conselheiros, professores, e outras pessoas com legitimidade comunitária; A coordenação do processo deveria ficar longe do local de prova; A correção das provas deveria ocorrer imediatamente após a aplicação, seguida da divulgação dos resultados e no mesmo local se fazia a convocação dos classificados para entrevistas individuais e coletivas e em até 72 horas o resultado final era divulgado. Os municípios estavam distribuídos em 12 Núcleos Regionais de Saúde (SOUSA, 2001).

Em linhas gerais a avaliação foi positiva, mesmo com as falhas identificadas o que é esperado em qualquer trabalho pioneiro. Girade comenta que um carro com pessoas participantes da seleção, dentre as quais a coordenadora do Fórum Nacional de Enfermagem, entidade que era contrária ao Programa, caiu em um barranco e isso gerou certa tensão, mas ao final, tudo acabou bem.

De acordo com o documento de avaliação feito pelo estado da Bahia nas pessoas de Vilma Cabral e Rosane Martins, foram feitas as seguintes perguntas: Como foi o preparo e distribuição das provas? Como foi a prova escrita? Como foi a correção da prova escrita? Como foi a publicação dos resultados? Como foi a prova oral individual? Como foi a prova oral coletiva? O que achou do processo preparado pela Paraíba? Qual a maior lição? Escreva o que quiser (GIRADE, 2021). Entre outras coisas, foi considerado que o tempo para a seleção foi curto, o que já se imaginava, mas diante do desafio de evitar interferências externas, era preciso

correr o risco. A avaliação imediata foi importante porque outros municípios do Estado e outras unidades federativas deveriam realizar suas seleções a partir desta (GIRADE, 2021).

O fato é que mesmo com fragilidades comuns a um trabalho pioneiro, o processo deu certo e é preciso enfatizar um grande feito do Programa: conseguiram garantir que tudo acontecesse sem interferência política, esse foi um dos aspectos mais importantes do Programa porque rompeu com a prática do clientelismo político tão comum no país, especialmente nas cidades de menor porte, mas não ausente em outras cidades. Este esforço de isenção política partidária atravessa a história dos/das Agentes desde o Ceará. Pelo que vimos, as cidades de menor porte foram as primeiras a implantar o Programa com algumas exceções. Manter isenção de influências políticas, é claro, não deve ter sido tarefa fácil e sem dúvidas os que estavam envolvidos na preparação do processo tiveram que enfrentar gestores interessados e insistentes em interferir na seleção (GIRADE, 2021). O médico conta que a coordenadora do Maranhão chegou a ser ameaçada de morte por um prefeito, uma demonstração da força de uma tradição política viciada e que tenta a todo custo se perpetuar da maneira que pode.

A partir da seleção da Paraíba que serviu de laboratório, os demais estados estavam, preparados para realizar suas seleções pois já vinham planejando o Programa e lhes faltava uma experiência concreta de como efetivá-lo (GIRADE, 2021). Na edição de 6 de outubro de 1991 o jornal 'O Norte' noticiou, no caderno cidades, a seleção realizada na Paraíba com o título da matéria "Seleção de Agentes comunitários começa em 82 municípios" (Ver notícia no Anexo 4).

A capacitação para os formadores do ACS teve por base a pedagogia freireana e teve como um dos objetivos considerar a função social dos ACS. A ideia era superar o tradicional modelo de transferência de conteúdo. Sabendo do tipo de formação dos enfermeiros, a coordenação considerou que "O momento era oportuno para repensar o tempo que passaram nas "escolas" aprendendo a priorizar a teoria e recusar a prática como instrumento pedagógico, esquecendo que cada realidade/prática social é uma nova possibilidade de ensino-aprendizagem" (SOUSA, 2001, p. 102). Neste sentido, algumas questões orientadoras foram postas: o que conhecer? Como conhecer? Para que conhecer? Em favor de quem conhecer? (SOUSA, 2001). É curioso notar que Sousa cita quatro obras usadas como referência para

reflexão e mesmo afirmando a proposta pedagógica freireana, não há nenhuma obra de Freire entre as citadas.

A questão da missão social dos ACS estava refletida na ideia de que o ACS não deveria ser um funcionário público no sentido tradicional do termo uma vez que sua condição de membro e trabalhador da/na comunidade o torna ao mesmo tempo objeto de seu trabalho, defensor de direitos sociais e por isto, possui uma missão social acentuada, por assim dizer. As ações previstas para os ACS no primeiro Manual elaborado para orientar o trabalho dos ACS, o Manual do PACS de 1991 (ver Sousa, 2001, p. 103 – 104) deixam claro que além de atuar na prevenção e promoção da saúde na condição de educador em saúde, o ACS tem o papel de estimular a comunidade para que ela se torne ativa no processo de cuidado com sua saúde e isto passa pela participação ativa da própria comunidade.

Então, afirma-se aqui a perspectiva freireana e o ACS enquanto educador em saúde não é uma pessoa que detêm a capacidade de fazer com que as pessoas aprendam cuidados em saúde, mas **alguém que constrói com a própria comunidade** novas relações para e a partir destes cuidados. Aqui a concepção de solidariedade aparece com destaque "**Solidariedade e cooperação constituem o trilha da educação/ação comunitária. Não se pode esquecer, que a educação comunitária é uma tarefa da comunidade**" (SOUSA, 2001 p. 105).

Observando estes aspectos, é possível perceber a latente preocupação em que o ACS não se tornasse mais um executor de tarefas. O relato de Sousa deixa entender que por ter por base uma filosofia de trabalho comunitário, era preciso manter como pilares a participação comunitária no processo de construção da saúde e o ACS seria um elemento chave para o fortalecimento desse processo por ser um conhecedor das realidades locais e por isto atuaria como articulador.

É importante destacar que não havia consenso quanto à implantação do Programa uma vez que várias forças sociais eram contrárias, e para reforçar a tese dos defensores do Programa, a chegada da cólera no país e depois na Paraíba foi fundamental, pois a utilização de Agentes confirmou a inquestionável eficácia do trabalho com Agentes de modo que a crise também foi promotora do Programa.

8. ENTRELAÇANDO FIOS SOLTOS: EM BUSCA DE OUTRAS COMPREENSÕES

Este item é dedicado a algumas análises sobre questões que atravessam tópicos anteriores como uma espécie de fechamento das discussões sobre a temática dos ACS. Primeiro construímos no item 8.1 denominado **ACS como mediador e Agente de biopoder**, considerando o lugar do ACS nas instituições públicas, tratamos do ACS como mediador e Agente de exercício do biopoder, em seguida, no item 8.2 denominado **Ganhos e perdas da institucionalização** tratamos de alguns aspectos observados no processo de institucionalização desse trabalhador e por fim, no item 8.3 tratamos de algumas questões referentes a um olhar prospectivo em relação à categoria.

8.1. ACS como mediador e Agente de biopoder

Ao ser inserido nesta instância das instituições públicas, o ACS assume além do pertencimento ao ‘universo comunitário’ do qual já fazia parte, o universo profissional-científico uma vez que sua atuação passa a se dar ligada a saberes médicos, de modo que passa a apresentar um duplo pertencimento. Tal condição nos leva à ideia de que o ACS é um mediador, por fazer trânsito entre realidade distintas, situado entre diferentes espaços, contextos, estilos de vida e experiências (VELHO, 2001). A noção de mediação é potente na discussão sobre ACS sobretudo no sentido que o considera como sujeito que se coloca entre saberes técnico-científicos e populares, contudo, há outras compreensões a serem observadas (TEIXEIRA; PEREIRA, 2014).

Para Bornstein (2007), a mediação pode ser entendida como facilitação do acesso da população aos serviços ou como já posto, como mediação entre conhecimento tecnocientífico e popular. Nogueira *et al.* (2002) observa que a mediação pode ser entendida como facilitação do acesso aos direitos de cidadania. Teixeira e Pereira (2017) observam que a mediação se dá entre o serviços e necessidades de saúde vendo a ação do ACS como “[...] aquela que informa e viabiliza o acesso aos serviços para a comunidade, a partir de sua posição profissional, e

aquela que identifica e evidencia as necessidades de saúde da população para a equipe profissional” (2017, p. 174). Valle (2017) considera que os mediadores são por excelência, agentes de contato, negociação, disputa, atendimento etc., pois podem tanto facilitar quanto dificultar os canais de contato com a comunidade e o Estado, o autor ressalta ainda que:

Há usualmente uma pessoa com mais habilidade para estabelecer contatos e relações devido às suas atribuições e seu “modo de vida diferente”, transitando mais fácil e livremente entre escalas/níveis locais e nacionais. O **mediador** se destaca por uma maior circulação entre pessoas e instituições (tal como o médico ou o profissional de saúde) (VALLE, 2017, p. 30-31). (grifo nosso)

Pensando o ACS a partir desse trecho, reconhecendo-o como aquele sujeito que tem ampla circulação entre pessoas e instituições, neste caso, a instância estatal, o ACS assume lugar privilegiado como mediador no campo da saúde, por ser aquele que tem maior e livre circulação entre as diferentes instâncias da vida. Seu lugar é potencialmente rico do ponto de vista de ser capaz de articular experiências, conhecimentos, ideias, posturas e comportamentos não somente no setor saúde.

De acordo com Velho, o termo mediação responde a um “papel desempenhado por indivíduos que são intérpretes e transitam entre diferentes segmentos e domínios sociais” (1994, p. 81 apud NEVES, 2017, p. 309). O autor observa ainda que há dois tipos de mediação, a tradicional em que se mantém o *status quo* e uma mais dinâmica na qual a noção de liberdade é mais incidente, por assim dizer.

Considerando que o ACS é antes de tudo sujeito da sua comunidade cujo pertencimento é anterior à ocupação da instância pública, espera-se que sua prática corresponda ao segundo tipo de mediação, o que vai ao encontro dos discursos sobre os ACS conforme visto nas experiências de saúde comunitária (item 4.6). Mas, Neves (2017) nos chama atenção para o fato de que a dinâmica das dimensões intermediárias se entrecruza de modo que uma pode se tornar outra ao longo do tempo e diante do que foi visto nos percursos históricos dos ACS desde as organizações de base aos espaços públicos, é possível notar que a dinâmica intermediária mais próxima da ideia de liberdade cedeu espaço à mediação tradicional. Notamos isto quando no cotidiano das ações do trabalho em saúde vemos por exemplo, que pouco se questiona, sobre o porquê das situações problema enfrentados pela população (por exemplo, a demora de seis

meses ou mais para marcar um exame). Neves (2017) destaca a ideia da mediação como princípio que possibilite questionar por exemplo, a noção de cidadania e a forma como o Estado atua como mecanismo de poder.

A inserção dos ACS no espaço institucional reconfigurou sua condição de mediador, uma vez que antes disso, circulava em espaços comunitários articulando forças locais e à medida que ocupa espaço institucional passa a sofrer influência desta instância social. De Agentes políticos, se tornam também ferramentas políticas da política de saúde do Estado “[...] entendendo-se que constituem uma tecnologia de governo que atravessa e articula classificações, corpos, famílias, situações de saúde, estados populacionais e serviços” (PEREIRA; TEIXEIRA, 2017, p. 175).

Neste sentido, a ocupação marca uma ação/intenção política que tem como finalidade atuar como gerenciadora das formas de vida da população, o que pode ser pensado a partir de Foucault no que ele chama de biopolítica. Trata-se do exercício de um tipo de poder, neste caso, o ‘biopoder’ entendido como uma forma de governar a vida, administração dos corpos e gestão da vida. Para ao autor, o biopoder foi indispensável ao desenvolvimento do capitalismo e posto em prática no Ocidente a partir do século XVIII. Volta-se para o homem em vida coletiva e para uma gestão e regulação dos processos vitais humanos “[...] recoberta pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida” (FOUCAULT, 1988, p. 131). O modelo de produção capitalista exigiu certo controle dos corpos, das pessoas, tendo em vista que era preciso a manutenção das condições de saúde do Estado tanto em termos biológicos quanto financeiro. As pessoas que atuam no sistema de produção capitalista precisam adotar regimes disciplinares para que suas rotinas se adequem às necessidades das atividades e neste sentido, o biopoder é complementar ao poder disciplinar entendido como um poder que incide sobre os corpos de forma mais individualizada preocupado especialmente sobre o que as pessoas fazem na prática laboral (BRUTSCHER, 2017).

O biopoder se preocupa mais diretamente com a vida em sua instância mais conjunta, por assim dizer, considerando que na vida coletiva as pessoas estão mais sujeitas a riscos como doenças e morte, por exemplo. Ele diz respeito a “[...] um conjunto de processos como a proporção dos nascimentos e dos óbitos, a taxa de reprodução, a fecundidade de uma população etc.” (FOUCAULT, 2005, p. 70).

Assim, o agir cotidiano dos ACS segue justamente esta lógica de acompanhamento/monitoramento de tais processos, desde a infância à velhice, quantificando e buscando contribuir com a qualificação dos processos de reprodução, nascimento, fecundidade, ações de cuidado, prevenção, tratamento, frequência aos serviços de saúde e óbitos. Realiza “[...] mediações políticas que empreendem, entendendo-se que constituem uma tecnologia de governo que atravessa e articula classificações, corpos, famílias, situações de saúde, estados populacionais e serviços” (PEREIRA; FERREIRA, 2007, p. 174). E deste modo, os ACS atuam como instrumento do Estado para acessar a rotina das pessoas, ter acesso e produzir registros deste tipo de dados a fim de garantir que a população tenha minimamente acesso a informações necessárias para a manutenção da vida.

O biopoder, assim como o poder disciplinar, é para Foucault uma forma de exercício de poder que se exerce em instância micro social, instância na qual os sujeitos constroem suas cotidianidades e na qual o ACS está presente atuando como Agente de biopoder.

O poder sobre a vida instala-se como modo de administrar populações, levando em conta sua realidade biológica fundamental. Através dele, estabeleceu-se em nossas sociedades, desde o século XVII, um contingente significativo de conhecimentos, leis e medidas políticas, visando ao controle de fenômenos como aglomeração urbana, epidemias, transformação dos espaços, organização liberal da economia (FURTADO; CAMILO, 2016, p. 35).

Para o exercício desse tipo de poder foi necessário conhecimento sobre como as pessoas são afetadas por problemas de ordem biológica, psíquica e social, assim a medicina se destaca como campo do saber centralizador de informações ocupando o status tanto de um saber disciplinar – aplicado sobre o corpo, quanto uma forma de regulamentação – que se aplica na população (BRUTSCHER, 2017).

Frente a isto vemos que a política permeia a discussão sobre o ACS a partir de relações de forças que se movem em vários sentidos, compondo arranjos em constante movimento que se dão de forma indissociável do próprio exercício laboral. Há, então, uma forma sutil, sem necessariamente obedecer à lógica que permite visualizar de forma bem definida a figura do/s

dominador/res e do/s dominado/s. Através do conceito de biopoder, Foucault aponta para o exercício do poder como algo operado de modo difuso e irradiado na rede social constituindo uma rede de relações da qual os ACS fazem parte exercendo importante papel de Agentes do biopoder.

A grande capacidade de capilarização desses trabalhadores favorece tanto o exercício da mediação quanto do biopoder que em alguma medida podem ser vistos sem necessária separação uma vez que à medida que circula em sua área de atuação e faz circular informações e serviços exerce o biopoder.

8.2. Ganhos e perdas da institucionalização

Não há dúvidas que a institucionalização do ACS trouxe um ganho à sociedade brasileira. Este fato representou a primeira grande ação efetiva da atenção básica em saúde por parte do Estado, pois em 1991, recém-criado, o SUS ainda não tinha uma estrutura de serviços e o PNACS foi o primeiro passo para a efetivação do sistema. Embora houvesse muitas resistências iniciais para a institucionalização dos ACS, as circunstâncias da epidemia de cólera serviram para mostrar o potencial de ação dos ACS contribuindo para que fossem entendidos como uma estratégia eficiente para o trabalho comunitário, devido à sua capilarização, um importante aspecto em um país de grandes dimensões como o Brasil. Acreditamos que, sem os ACS dificilmente o SUS teria tão bons resultados do ponto de vista do alcance da população, pois foram os ACS os primeiros a chegar nos lugares mais remotos e anunciar a presença dos serviços de saúde nas comunidades, além disso a instalação das Unidades de Saúde por si só não garantiram a distribuição dos serviços, sendo necessária a intermediação dos ACS entre os serviços e a comunidade para um melhor desempenho do consumo de serviços. É fato que nenhum profissional de saúde possui o alcance do ACS.

Em 2021, o PACS que foi incorporado ao PSF em 1994, completou 30 anos. São três décadas de atuação de ACS no âmbito institucional. Neste percurso muitas coisas ocorreram dentre as quais a tímida valorização da profissão.

Com o objetivo de construirmos um panorama geral sobre o histórico dos principais marcos da categoria, organizamos um quadro tendo como marco inicial a institucionalização em 1991 até os dias atuais o que nos permitirá uma melhor visualização dos avanços:

QUADRO 10 – Marcos históricos e legais referentes aos ACS desde a institucionalização aos dias atuais

ANO	MARCO HISTÓRICO/LEGAL
1991	Criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde – PNACS pelo Ministério da saúde que expandiu para todo o país, a começar pela Paraíba, no Nordeste, tendo se espalhado posteriormente para todos os demais estados e regiões do país.
1992	Mudança da nomenclatura do Programa de Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde – PNACS para Programa de Agentes comunitário de Saúde – PACS.
1994	Formulação do Programa Saúde da Família pelo Ministério da Saúde ampliando para todo o Brasil a experiência iniciada no Ceará.
1997	Publicação da Portaria nº. 1.886 de 18 de dezembro de 1997 pelo Ministério da Saúde que aprovou as normas e diretrizes do PACS e PSF. O documento “reconhece no Programa de Agentes Comunitários de Saúde e no Programa de Saúde da Família importante estratégia para contribuir no aprimoramento e na consolidação do SUS, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar” (BRASIL, 1997).
1999	Publicação o Decreto nº. 3.189, de 4 de outubro de 1999 que fixou as diretrizes para o exercício da atividade de ACS. Documento afirma que cabe ao ACS a realização de atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças através de ações de caráter educativo tanto individuais quanto coletivas (BRASIL, 1999).
2001	Publicação de um documento intitulado Programa Agentes comunitários de Saúde no qual é feito um apanhado após uma década do Programa em nível nacional (BRASIL, 2001).
2002	Publicação da a lei nº 10.507 que criou a profissão Agentes Comunitários de Saúde, exclusivamente no âmbito do SUS e definiu os requisitos para o exercício da profissão, a saber: residir na área da comunidade em que atuar; II - haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde; III - haver concluído o ensino fundamental (BRASIL, 2002). (Esta lei foi revogada pela lei 11.350 de 2006).
2003	Lançamento da versão preliminar o documento intitulado “Perfil de Competências Profissionais dos/das Agentes Comunitários de Saúde” que

	analisou e (re)interpretou as atribuições dos ACS a partir da Portaria já citada nº. 1.886/97 (BRASIL, 2003).
2004	O Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, criou o referencial curricular do curso técnico de ACS estabelecendo uma carga horária mínima de 1.200 horas divididas em três etapas. Ao final de todas as etapas os ACS deveriam receber o título de técnico em ACS (BORNSTEIN, 2017).
2006	Publicação da portaria nº. 648/2006 que aprovou a Política Nacional de Atenção básica que estabelece diretrizes de organização, bem como as atribuições de todos os membros das equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2006a). Publicação da Emenda Constitucional nº 51 que criou processo seletivo público para Agentes de Saúde e Agente de combate às Endemias deixou estabelecido que somente os estados, distrito federal e municípios poderão contratar estes profissionais (BRASIL, 2006b) Publicação da Lei nº. 11.350 que estabeleceu atividades e requisitos para ser ACS. A Lei 13.595 de janeiro de 2018 altera esta lei que passou a incluir novas redações dentre as quais: a previsão de que o ACS precisa residir na área de atuação desde a data da publicação do processo seletivo, excepcionalmente poderá residir fora de sua área de atuação desde que justificado pelo fato de aquisição de casa própria, deverá ser submetido a formações a cada dois anos (BRASIL, 2006c).
2007	Publicação da lei 11.585, que instituiu o dia 4 de outubro como dia nacional dos/das Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2007).
2008	Publicação da portaria nº 2.662 que instituiu o financiamento pelo Ministério da Saúde para a formação de 400 horas do ACS (BRASIL, 2008).
2011	Foi publicação da portaria nº 2.488 que aprovou a nova Política Nacional da Atenção Básica (publicada em 2012) estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. No que se refere ao ACS, foi aberta a possibilidade do desenvolvimento de atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições previstas (BRASIL, 2011).
2014	Publicação da Portaria nº 314 que fixou o valor do incentivo de custeio referente à implantação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O valor fixo foi de R\$ 1.014,00 (mil e quatorze reais) por mês para cada ACS a ser repassado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a). Publicação da lei 12.994 que alterou a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos/das Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias (BRASIL, 2014b).

2016	Publicação da portaria nº 958 que extinguiu a obrigatoriedade de contratação de Agentes Comunitários de Saúde nas Equipes de Saúde da Família justificando que as composições das equipes teriam suas possibilidades ampliadas. (Esta portaria foi suspensa após pressão dos agentes Comunitários de Saúde que resultou na portaria 1.132 de 9 de julho que tornou insubsistente a portaria 958).
2017	Publicação da portaria nº 2.436 que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. No que se refere ao ACS, a nova PNAB estabeleceu que os/as Agentes de Saúde podem realizar atividades até então realizadas por técnicos em enfermagem e enfermeiros, como aferição de pressão arterial e medição de índice glicêmico dentre outras, contudo, tais atividades precisam ser assistidas por um profissional de nível superior.
2018	Publicação da lei 13.595 que altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias.
2020	Publicação da portaria nº 3.317 que fixou o valor do incentivo de custeio referente à implantação de Agentes Comunitários de Saúde. O valor ficou fixado em R\$ 1.400,00 (um mil e quatrocentos reais) por Agente Comunitário de Saúde (ACS) a cada mês do ano de 2020 a ser repassado para os municípios pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2020a). Publicada a Portaria nº 3.241 que instituiu o Programa Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. O curso prevê carga horária mínima de 1.200 (mil e duzentas) horas, para habilitação nas atividades descritas no § 4º do art. 3º e no art. 4º-A, ambos da Lei nº 11.350, de 2006; Com isto, os ACS deverão se tornar profissionais de nível técnico (BRASIL, 2020b).

Sem o objetivo de explorar um a um destes marcos legais, o que fica a cargo de quem se interessar por uma incursão por outros trabalhos que observam estes aspectos como Bandeira e Gonçalves (2019) e Bornstein (2017), faremos **três destaques principais** por considerá-los como importantes marcos de mudança no perfil do ACS tal como ele foi concebido.

O primeiro destaque diz respeito ao texto da PNAB de 2017 que prevê o acréscimo de atividades de caráter técnico para os ACS. Este documento é um importante marco no que se refere à mudança de padrão das atividades dos/das Agentes Comunitários de Saúde porque até então, as atribuições dos/das ACS tinham caráter de promoção da saúde e prevenção de doenças e a partir dele, os Agentes passaram a ter outras atividades previstas como parte de suas

atribuições a serem desenvolvidas excepcionalmente (por enquanto). De acordo com a PNAB de 2017, tais atividades exigirão que haja supervisão de um profissional de nível superior e que tenham recebido formação e equipamentos adequados (BRASIL, 2017). As atividades a que nos referimos estão previstas no artigo 2º da lei 13. 595 bem como na lei 11.350 de 2006. São atividades previstas:

§4º No modelo de atenção em saúde fundamentado na assistência multiprofissional em saúde da família, **desde que o Agente Comunitário de Saúde tenha concluído curso técnico e tenha disponíveis os equipamentos adequados, são atividades** do Agente, em sua área geográfica de atuação, **assistidas por profissional de saúde de nível superior**, membro da equipe:
I - a **aferição da pressão arterial**, durante a visita domiciliar, em caráter excepcional, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência;
II - a **medição de glicemia capilar**, durante a visita domiciliar, em caráter excepcional, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência;
III - a **aferição de temperatura axilar**, durante a visita domiciliar, em caráter excepcional, com o devido encaminhamento do paciente, quando necessário, para a unidade de saúde de referência;
IV - a orientação e o apoio, em domicílio, para a correta administração de medicação de paciente em situação de vulnerabilidade;
V - a verificação antropométrica (BRASIL, 2018) (grifo nosso)

Em 28 de abril de 2021 o Ministério da Saúde lançou o Edital nº 1 cujo objeto foi a chamada pública de abertura do processo de adesão dos municípios ao Programa Saúde com Agente, que ofertará o referido curso que terá carga horária mínima de 1.200 horas para habilitação nas atividades descritas.

Este marco explicita a especialização da categoria e foi a partir dele que a pauta da formação técnica ganhou força, embora em 2004 o Ceará já tivesse formado 100 ACS em curso técnico no município de Tauá e, posteriormente, muitos outros municípios realizaram a primeira etapa dessa formação.

Estas atividades até então previstas como ‘assistidas’ por outros profissionais de nível superior são o grande diferencial da Política e atualizadas na lei 13.595 que altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor entre outras coisas sobre a reformulação das atribuições e o grau de formação profissional. Para colocar em prática tais previsões, foi lançado em dezembro de 2020 o Programa ‘Saúde com Agente’ através da Portaria nº 3.241 que trata

justamente do curso de formação técnica e que tornará possível que as novas atividades façam parte do cotidiano desse trabalhador.

A formação técnica é considerada um ganho para a categoria, até então a única da equipe de saúde da família com nível médio. Isto também será favorável para a valorização em termos salariais. De acordo com o Manual do Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde – ACS: diretrizes e orientações para a formação, o objetivo do curso é “[...] preparar profissionais para atuar como técnicos de nível médio junto às equipes multiprofissionais que desenvolvem ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos, famílias e comunidades, exclusivamente na Atenção Primária à Saúde” (BRASIL, 2020, p. 33).

Esta especialização aproxima o ACS dos demais profissionais, ao mesmo tempo que, na prática, significa um acréscimo de atribuições o que tende a tornar sua rotina mais rígida e provocará consequentemente um aumento na demanda para o preenchimento de formulários. Se em 2017, quando nos afastamos já sentíamos uma sobrecarga de atividade e a falta de momentos de ações coletivas, com as novas atribuições isto tenderá, certamente, a se acentuar. Talvez, possamos dizer que aquilo que era ‘temido’ pelos sanitaristas que participaram da condução do PACS ao Estado, tenha acontecido, ou está acontecendo, isto é, o ACS se tornando um trabalhador tradicional, cuja relação com a comunidade se dá, em boa parte, voltada para atender às demandas burocráticas dentre as quais efetuar registros de informações diversas sobre a população atendida o que envolve levantamento de informações para preenchimento de fichas, elaboração de listas nominais e quantitativas e monitoramento de dados e seus registros, por exemplo.

Sabe-se que o ACS é considerado um trabalhador *sui generis* e sua peculiaridade tem se sustentado em três pilares: 1. Vinculação com a comunidade; 2. Exclusividade no âmbito do SUS e 3. Formação genérica. A especialização adquirida com a formação técnica derruba, de certa forma, o terceiro pilar, mesmo antes disso, o primeiro deles já havia sido abalado, conforme destacaremos no segundo aspecto. Isto nos leva a pensar que esta peculiaridade está sendo desconstruída e que o ACS está se tornando um funcionário comum. Em breve restará apenas sua exclusividade no SUS, o que dificilmente será alterado, uma vez que a iniciativa privada não tem, por enquanto, interesse em iniciativas/ações de promoção direta da saúde e prevenção de doenças pois, é centrado no tratamento e cura.

O segundo destaque feito a partir do quadro diz respeito ao pertencimento do ACS à comunidade, uma preocupação que atravessa as experiências, desde os serviços às organizações de base às experiências institucionalizadas. A exigência que o ACS residisse na área de atuação, para a qual se candidatasse, garantia que se tratava de alguém que conhecia a comunidade e se pressupunha a vínculos diretos, o que favoreceria a aproximação com as famílias, bem como a construção de laços, algo necessário para o trabalho, por isso, exigia-se que o candidato residisse na área pelo menos durante dois anos.

A lei 11.350 em seu artigo 6º altera esta exigência, conforme mostra o seguinte trecho: “O Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da atividade: I - **residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público**” (BRASIL, 2006) (grifo nosso). Tal alteração coloca em discussão a questão do vínculo, indicando que ele não precisa ser anterior mas pode ser construído posteriormente ao ingresso na função. A PNAB de 2012 aponta o vínculo como fundamento e princípio da atenção básica considerando-o como “[...] construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico” (BRASIL, 2012, p. 21). Esta construção de vínculos de vizinhança é importante e necessária não somente para o ACS, mas para todos os membros das equipes de saúde da família, todavia, o ACS muito mais por ser o membro da equipe que mais precisa das relações de afetividade e confiança das pessoas, uma vez que seu trabalho depende do acolhimento das famílias em seu espaço de vida mais íntimo, a moradia, o que não se aplica a nenhum outro membro da equipe, por não terem a visita domiciliar como principal instrumento de trabalho.

O vínculo é um elemento que atravessa também a PNAB de 2017, todavia, no caso específico do ACS, identificamos um descompasso entre os aspectos filosóficos da Atenção primária à saúde, centrada na atenção territorializada e, portanto, na construção de vínculos, com a previsão legal que deixa de exigir o pertencimento prévio à comunidade, de modo que qualquer pessoa que queira concorrer à função tem a possibilidade desde que se fixe na comunidade quando da publicização do concurso.

Se considerarmos que a interpretação do que seria vínculo pode sofrer alterações, é possível afirmar que isto não derruba o primeiro suporte do tripé (vinculação com a comunidade), contudo, considerando a importância do tempo para o fortalecimento de vínculos é possível afirmar que este foi substancialmente abalado. Sousa (2021) comenta: “é preciso resgatar os valores originários do PACS, entre eles o vínculo com a comunidade. ” Este é um dos grandes desafios atuais da categoria, um retorno à comunidade, em novas demandas.

O terceiro destaque está diretamente ligado ao segundo e diz respeito à questão da desterritorialização, um processo já em curso na legislação vigente, conforme mostra o parágrafo 5º do artigo 6º da lei 13.595:

Caso o Agente Comunitário de Saúde adquira casa própria fora da área geográfica de sua atuação, será excepcionado o disposto no inciso I do caput deste artigo e mantida sua vinculação à mesma equipe de saúde da família em que esteja atuando, podendo ser remanejado, na forma de regulamento, para equipe atuante na área onde está localizada a casa adquirida (NR) (BRASIL, 2018).

O inciso I do Caput do artigo já foi mencionado e diz que o ACS deve residir na área em que atuar, desde a publicação do edital do processo seletivo. Significa dizer que quando da aquisição de casa própria, o ACS poderá residir fora da comunidade em que atua ou ser deslocado para aquela na qual se situa a moradia. Se pensarmos em um contexto de cidades pequenas onde é comum que as pessoas tenham algum conhecimento sobre as outras, o descompasso tende a não ser tão grande, mas se pensarmos isto em cidades de maior porte, onde esse conhecimento não é real, então o descompasso é bem maior. O pertencimento ao território é algo que está impregnado na própria linguagem do ACS, que passou a chamar os limites de atuação na comunidade de, efetivamente, ‘minha área’.

São flexibilizações que podem ser vistas por pelo menos dois ângulos e como o objetivo aqui não é fazer um juízo de valor mas apontar elementos que possam contribuir com uma reflexão crítica e uma compreensão histórica dessa categoria. Não se trata de determinar o que é negativo ou positivo tendo em vista que essa determinação depende de quem julga. Assim, a flexibilização da residência, por exemplo, pode ser ruim para a vida comunitária da comunidade de origem, mas bom para o ACS, do mesmo modo que a inclusão de atividades técnicas será

interessante para a eficiência dos serviços mais verticalizados, mas não necessariamente para o fortalecimento das relações em comunidade, com relação às suas pautas emergentes.

A partir destes três destaques e assumindo uma postura política crítica com base na constituição desse trabalhador, e do ponto de vista da educação popular, observamos um processo de adaptação do trabalho à lógica do Estado muito embora para o projeto neoliberal no qual o Estado está ancorado, pareça ser mais interessante retirar o ACS de cena ou mantê-lo funcionalmente estagnado.

É verdade que o ACS chegou à instância estatal com muito daquilo que havia sido concebido nas organizações de base. Isto é possível de ser observado em Sousa (2001), a autora afirma uma preocupação com o que chamou de ‘missão social do ACS’, para que este ao chegar à instância governamental não perdesse o que de mais importante tinha como força mobilizadora: a solidariedade construída a partir da relação horizontal com a comunidade. De acordo com Sousa, ficou entendido como missão social dos ACS contribuir nos processos de desenvolvimento dos indivíduos, das famílias e das comunidades e para tanto, era preciso observar que:

O processo de aprendizagem do Agente Comunitário de **Saúde não implica apenas o domínio das técnicas das ações básicas de saúde, pois se faz necessário que o mesmo compreenda sua comunidade, entenda seus problemas e a estimule a modificar a sua relação com a saúde [...]** A base de seu trabalho são: ações que fortalecem a organização, valorização e desenvolvimento comunitário; Ações que amentam o vínculo do sistema de saúde com a comunidade; Ações, principalmente educativas e preventivas, que interfiram positivamente na saúde da comunidade. (BRASIL, 1991 apud SOUSA, 2001, p. 103-104) (grifo nosso).

De acordo com o trecho, a missão social do ACS tem muito mais a ver com sua relação com a comunidade do que com o domínio de técnicas específicas de ações em saúde, pois para desenvolver estas é preciso conhecer bem àquela e isto tem a ver com a dimensão comunitária propriamente dita. Parece-nos claro que o ‘comunitário’ da denominação ‘Agente comunitário de saúde’ se fundamenta no modelo de medicina praticada nas experiências de saúde anteriores ao SUS e que lhe serviram de base, isto é, a medicina comunitária como possibilitadora de novas compreensões a respeito do que significa saúde e doença.

A principal estratégia usada para que esta relação não fosse deturpada foi o critério de o ACS pertencer à comunidade. Em outras palavras, Sousa deixa claro que, uma das preocupações dos que lutaram pela institucionalização era que o ACS não se convertesse em um funcionário público tradicional, que não tem necessariamente um vínculo de confiança com as pessoas com as quais trabalha nem com o local de trabalho. A forma de seleção também foi um importante instrumento ‘garantidor’ dessa dimensão mais solidária.

Todavia, esta era uma preocupação dos profissionais, intelectuais e militantes e não necessariamente do Estado, tanto que, com a consolidação do SUS, a dinâmica de trabalho foi, aos poucos, assumindo outras configurações possíveis de serem vistas pelos documentos, como apontamos. De modo que, naturalmente, os ACS passaram a seguir uma lógica de funcionamento interno baseada nos moldes da estrutura do Estado, mesmo sendo membros da comunidade e sendo selecionados de forma específica, o ajustamento aos moldes institucionais exigiram novos formatos de trabalho diferentes daqueles mais abertos, que ocorriam nas organizações de base. Aconteceu que o SUS foi, aos poucos, incorporando uma tecnologia de gestão inspirada na administração do trabalho vinda das grandes empresas capitalistas cujas grandes marcas são o controle, a coerção e a normatização, que valorizam uma gestão quantitativa e estatística, e isto foi se fortalecendo cada vez mais no Sistema de Saúde (VASCONCELOS)⁹⁵; (FILGUEIRAS, s. d).

Em comentário sobre a forma de gestão assumida pelo SUS, Vasconcelos afirma:

Eu acho que o grande exemplo são as Agentes Comunitárias. Hoje você pega as Agentes comunitárias e elas estão cheias de rotina pra fazer, elas têm que lutar pra ter alguma liberdadezinha, é uma certa morte do Agente Comunitário que a gente tá assistindo, por conta dessa gestão⁹⁶.

Era esperado que, uma vez institucionalizados, os ACS se submeteriam às forças que regem o Estado, que tem como organização racional administrativa a burocracia, de modo que todo trabalho realizado nesta instância se torna um trabalho burocrático. Para Weber as

⁹⁵ Texto proferido no vídeo: “A presença da educação popular nas políticas públicas a partir da pandemia”. Ver dos 48:00min até 1h:10min disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=tqKiaz4gAmI&t=3293s>.

⁹⁶ Ibidem

organizações burocráticas⁹⁷ possuem três traços principais: 1. A organização e distribuição de atividades é ordenada por regras fixas como deveres oficiais; 2. Hierarquização, isto é, há um princípio de autoridade hierárquica que rege toda a estrutura do Estado, de modo que há aqueles que dão ordens e considerados necessários à execução dos deveres oficiais; 3. Há medidas metódicas para a realização dos deveres oficiais e aqui se inscreve a importância dos documentos escritos usados como forma de comunicação interna (WEBER, 1982); (LAPASSADE, 1977).

Quem ocupa um espaço/cargo específico no espaço do Estado é considerado um funcionário, isto é, um posto que tem um lugar de destaque em relação aos que não ocupam este espaço, também neste sentido, merece destaque a questão da especialização, isto é, a posse de certificações e diplomas que fortalecem a posição social do funcionário (WEBER, 1982). No caso dos ACS pode-se considerar que eles seguiram na contramão desse aspecto já que não possuíam e ainda não possuem formação específica para o exercício da função. Na ocasião da entrada dos/das Agentes no Sistema, isto não era o mais importante, o que gerou inicialmente muitas discussões sobre a qualidade do trabalho, especialmente por parte de muitos profissionais de nível superior, que consideravam que os/as Agentes ofereceriam um serviço ineficiente por não serem detentores de saberes especializados. Falando sobre sua experiência com a implantação do Programa na Paraíba, Sousa (2021) comenta que a exigência mínima de saber ler e escrever tinha como intencionalidade a inserção desses sujeitos no mundo educacional sob responsabilidade do Estado como forma de reparação da dívida com a parcela da população que não chegou às Escolas.

Mas o fato é que a baixa escolarização e a falta de reconhecimento dos saberes de experiências feitas, algo considerado importante para a função, foi um dos fatores que levou o ACS a ocupar um lugar que se mantém precário do ponto de vista de reconhecimento do valor de sua ação e aqui entra a questão da remuneração, sobre o que Weber esclarece que o salário não é medido em termos de trabalhos realizados, mas de acordo com a posição hierárquica assumida segundo o tipo de função e possivelmente segundo o tempo de serviço, observando a carreira dentro da hierarquia do serviço público, o que explica porque em geral quem mais faz,

⁹⁷ Weber se refere à burocracia moderna compreendendo além do Estado, organizações políticas e eclesiásticas e empresas privadas.

menos recebe. Também neste aspecto, os ACS seguem precarizados, pois em 30 anos de serviço público muitos ainda não possuem plano de cargos, carreira e remuneração e aqui situa-se um nó que a nosso ver precisa ser desatado, trata-se do efetivo reconhecimento do ACS como um educador, uma vez que ele é assim entendido em termos legais e de diretrizes (BANDEIRA; GONÇALVES, 2019), contudo, este reconhecimento não se reflete na prática. Ao nosso ver o problema do plano de cargos precisa ser posto em pauta levando em consideração este aspecto, isto é, precisa considerar formações em saúde e também em educação, pois mesmo estando situado no setor saúde, o trabalho do ACS é predominantemente de educação em saúde. Temos conhecimento de casos, ou melhor de um caso, da inserção de ACS no plano de cargos e carreira da saúde de um determinado município, mas que só leva em consideração o curso de formação na área específica de atuação, ou seja, no caso do ACS, o curso técnico de ACS, ficando de lado outras formações mesmo em saúde.

Sobre as atividades dos ACS é justo acrescentar que eles desenvolvem atividades de interesse de outros setores sendo usado como coringa pelas administrações haja vista que seu poder de alcance é extremamente útil e isto evita a contratação de pessoal para realizar outras determinadas ações.

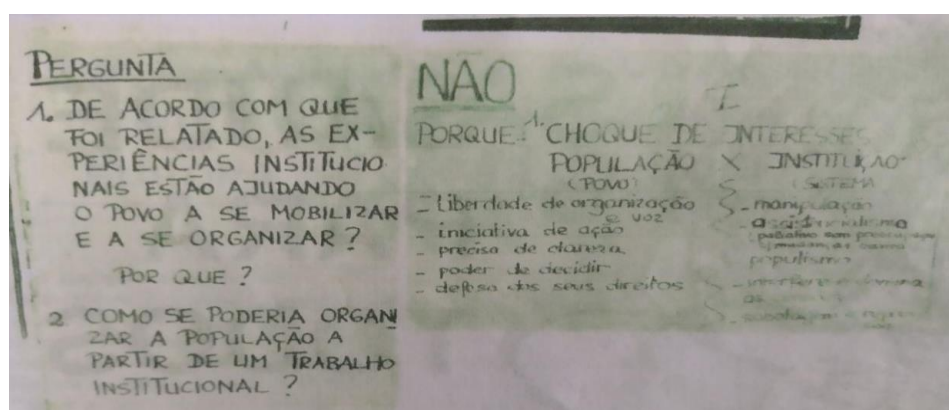
O fato é que a ordem burocrática impõe uma rotina a ser seguida e ela é organizada a partir daquilo que é considerado como prioridade para o bom desempenho do serviço público. Esta rotinização de atividades nos remete à questão da liberdade como um ponto importante para esta reflexão sobre ACS por dois motivos: primeiro porque foi em um contexto de falta de liberdade e de opções que as comunidades produziram experiências que deram origem a Agentes comunitários de saúde no/para o enfrentamento das necessidades e restrições sociais vividas; segundo, porque a liberdade do Agente era considerada um importante princípio de ação conforme discutimos no item 4.6. Na avaliação do nível das organizações de base, o ACS deveria ser livre do ponto de vista de ser gerido pelas próprias comunidades e a ela prestar contas, pois agregar-se ao Estado desvirtuaria sua forma de agir uma vez que o colocaria a serviço deste e não do povo.

Na perspectiva freireana, a liberdade se realiza através da luta por libertação das situações de opressão que impedem a humanização. Neste sentido, Sung afirma que “a liberdade é uma conquista que se alcança na medida em que se luta pela libertação de si, do

outro e do mundo” (2010, p. 243) de modo que, quando falamos em liberdade, estamos falando de coletividade, de reconhecimento do lugar do outro. Quando por exemplo, os/as Agentes das organizações de base usavam a cozinha da casa das pessoas para discutir nutrição ou quando se reuniam para a produção de hortas comunitárias, elas aproveitavam o momento e falavam dos determinantes sociais da desnutrição e dos problemas advindos da falta de terra, respectivamente. Ainda, quando as Agentes iam com os boias frias para o campo para discutir questões trabalhistas, usavam a liberdade como recurso para criar jeitos de atuação comunitária que mais se aproximassem das realidades e necessidades das pessoas, buscando soluções com elas.

Frente a isto, vimos que há uma divergência por parte de alguns setores das organizações de base quanto à institucionalização, assim como houve resistência de muitos grupos e categorias institucionalizadas. O que não é estranho haja vista que o contexto no qual se desenvolveram as experiências foi no período ditatorial no qual as instituições assumiram um caráter autoritário sob o comando dos militares e neste sentido, eram vistas com desconfiança. No boletim informativo do II ENEMEC há um registro de um material manuscrito que sugere um momento de discussão sobre esta questão e no qual as duas questões seguintes foram postas, seguidas de uma resposta, conforme mostra a imagem a seguir:

Figura 3 – Manuscrito sobre o tema da institucionalização



Fonte: Boletim da Secretaria Executiva do 2º ENEMEC, 1981

O que se vê neste exemplo é uma posição contrária à institucionalização justificada pelo fato que na instituição há manipulação e assistencialismo e não há espaço para os interesses do

povo. O texto da imagem evoca a questão da liberdade e do poder de decisão, algo que não compete ao trabalhador na instância do Estado, uma vez que lhe cabe cumprir o que lhe foi determinado. Sobre isto Lapassade comenta “O que é preciso reprovar na burocracia e nos burocratas é, antes de todo, o fato de que alienam fundamentalmente os seres humanos, retirando-lhes o poder de decisão, a iniciativa” (1977, p.201). Hobold (2002) corrobora esta ideia de que dentre as mudanças provocadas pelo avanço do ideário neoliberal em todos os setores sociais está a captura da subjetividade do trabalhador. Diante disso, duas questões se colocam: que tipo de liberdade o ACS tem na esfera estatal? Qual a capacidade de crítica e de mobilização dos ACS para não perder espaço político de atuação no contexto institucionalizado?

Sabemos que o SUS tem raízes históricas nas lutas sociais dos anos 1970 e 1980 e foi idealizado como Sistema no qual coubessem as demandas e os anseios da sociedade, isto é, um SUS que representasse os movimentos e a população que por ele lutou. Todavia, o avanço da ordem liberal na qual o Brasil entrou na década de 1990 também se impôs ao SUS, que foi assumindo cada vez mais um nível de complexidade burocrática difícil de ser acessada o que se explica entre outras coisas pelo domínio reprodutivo da ordem capitalista que passa a ser garantida pelo afastamento do Estado da ideia de bem-estar social, de modo que a ideologia produtivista assume lugar de destaque em diversos setores, dentre os quais a saúde (TESTON et al., 2018). Curiosamente, o momento da institucionalização dos ACS foi também o momento da entrada do Brasil na era neoliberal, que teve continuidade com o governo de Itamar Franco, de Fernando Henrique Cardoso e de Lula, embora nesse último essa implementação tenha se dado de forma mais equilibrada (FILGUEIRAS, s. d.).

Com a ascensão da esquerda ao governo e o aprofundamento da institucionalização do PT houve uma escalada de muitos líderes à cargos de direção e chefia no espaço estatal, o que provocou uma crise de representação devido ao distanciamento das bases. De acordo com Paim (2013) referindo-se ao primeiro mandato de Lula, todas as secretarias que compunham a estrutura do ministério da saúde foram contempladas com dirigentes que participaram do movimento sanitário brasileiro. Para Ricci “[...] os movimentos sociais se apoiaram numa luta de resistência, mas não de construção de uma nova institucionalidade pública, mais democrática” (2010, p. 6). Considera-se que houve um tipo de cooptação das lideranças, o que

deixou uma lacuna no campo de luta popular e fortaleceu pautas governamentais, mas o problema não foi a ocupação de espaços no âmbito do Estado, mas a forma como isto aconteceu ocasionando a fragilização ou mesmo a ruptura das relações com a base. Neste sentido, ao analisar os 30 anos do SUS, Fleury afirma: “Nós construímos muita institucionalidade, mas a subjetividade foi deixada de lado. A construção de sujeitos para nova correlação de forças foi esquecida. O sujeito não foi objeto de nossa política nesses 30 anos” (2018, p. 1). O grande problema que se observa é que a ocupação do espaço estatal não foi acompanhada de um trabalho de formação e fortalecimento dos grupos e movimentos sociais de modo que a identidade coletiva tão presente em outros importantes momentos contraditoriamente se ausentou.

A chegada dos ACS ao Estado representa uma grande expressão de cooptação da força popular por parte do Estado? Eles e elas constituíam, em grande parte, uma grande massa de lideranças de base envolvidas em projetos e movimentos comunitários.

É possível que a crise na Igreja e o afastamento das pastorais sociais, através das quais muitos recursos eram recebidos para o desenvolvimento de projetos comunitários, e a retirada dos financiamentos externos tenham sido alavancas para que muitos dos/das Agentes de base buscassem aproximação com o Estado.

Assumindo uma postura radical em relação à chegada dos ACS ao espaço institucional do Estado, o médico Celerino Carriconde (2021) afirma que houve a intenção de arrefecer os trabalhos pastorais e com isto, os ACS passaram de libertadores a “lacaio”. Outras posturas menos radicais reconhecem a cooptação como estratégia do Estado, de aproveitar as experiências em andamento.

Uma pergunta que surge diante do exposto é: quem está no centro do processo? Não no sentido de ser alvo da ação, mas de ser protagonista dessa ação. Entendemos que esta questão é chave para observarmos os rumos que o SUS vem tomando e considerando os dois projetos políticos em disputa na saúde desde os anos 1980, a saber, o projeto da reforma sanitária brasileira e o projeto privatista, é notório que a disputa se mantém com os contínuos ataques da ordem neoliberal à ação do Estado, provocando nos últimos anos grandes perdas ao SUS. A Emenda Constitucional 95 pode ser considerada o grande ápice das perdas por impossibilitar o funcionamento dos serviços públicos, devido ao congelamento de gastos por 20 anos

(MENEZES; MORETTI; REIS, 2019). Para Fleury (2018) “[...] o subfinanciamento passou a ser substituído pela lógica do desfinanciamento da saúde”.

Talvez um dos enganos produzidos pela garantia do direito à saúde tenha sido o de que a liberdade política alcançada com a saída da ditadura tivesse sido completamente conquistada quando na verdade o que se alcançou foi um primeiro, importante e fundamental passo para uma sociedade mais democrática, não por acaso se fala em abertura democrática. O fato é que a luta não estava ganha como ainda não está e nunca estará, tal como destaca Sung (2010) “Essa luta pela libertação de situações sociais e políticas opressivas é uma condição fundamental para a realização da liberdade”.

Talvez tenhamos também criado a ilusão ou acreditado que seria possível (é possível?) que os projetos populares coubessem no Estado (cabem?). Que seria possível uma nova institucionalidade pública? Até que ponto isto é possível? Talvez os próprios defensores da ideia a tenham deturpado quando ocuparam lugares privilegiados nas direções das instituições estatais e se afastaram das bases. Mas o grande problema não foi isto ter acontecido, pois, fazia parte do projeto popular ocupar instâncias administrativas do poder central, o grande problema foi o afastamento dos dirigentes partidários das bases de apoio e terem perdido a relação de proximidade com as origens, fator ajudou a deslegitimar o compromisso social e deixou uma grande parcela da população à mercê de influências outras, como as da mídia corporativa, a serviço das minorias abastadas do país.

Dando-se conta deste distanciamento e das perdas dele decorrente, houve um esforço em re(configurar) o lugar da EP nos serviços de saúde e isto ocorreu notadamente nos governos petistas quando foram instituídas Políticas como a Política Nacional de Educação em Saúde, em 2004, a Política Nacional de Humanização, em 2003, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS em 2006 e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, em 2013, bem como o Marco de Referência da Educação Popular para Políticas Públicas aprovado em 2013 e publicado em 2014. Estes documentos se basearam na crença de que era possível mudar o eixo de orientação das práticas do SUS a fim de reorientar o sentido de seu funcionamento, trazendo a EP para o centro, todavia, isso não ocorreu embora muitos profissionais comprometidos com o processo de humanização e democratização dos serviços tenham feito uso de metodologias próprias da EP nos seus cotidianos. O que se observa é uma

prevalência de práticas tradicionais e pouca atenção à solidariedade enquanto princípio mobilizador das iniciativas comunitárias, mas na verdade é muito mais que isto, conforme comenta Vasconcelos⁹⁸:

Houve uma frustração de uma mudança no núcleo organizativo do SUS, isso é muito mais duro do que a gente imaginava [...] a grande ilusão do movimento foi que a gente podia reorientar o núcleo duro da saúde coletiva. Não pode! Isso é duro demais pra caber a Educação Popular pelo menos a médio prazo. É muito dinheiro, muita disputa, muita soberba.

Temos, na verdade, dois projetos de sociedade dominantes, um de caráter democrático e outro neoliberal, que no campo da saúde são representados pelo projeto da reforma sanitária e o projeto privatista, ambos construídos no processo de redemocratização do país consolidados na década de 1980. Tais projetos vão desenhando um modelo de atenção à saúde fragmentado pelas disputas, que vem perdurando e impondo dificuldades para a consolidação do SUS. Esperava-se que o governo Lula fortalecesse o SUS constitucionalmente referendado entretanto, no tensionamento interno entre universalistas e focalistas se tem fortalecido este último, de modo que o primeiro está atualmente perdendo a disputa para o mercado (CAVALCANTI, 2007); (BRASIL, 2010).

Em um refletir sobre saúde, reforma sanitária e SUS, o documento ‘parâmetros para a atuação de assistentes sociais em saúde’ referindo-se ao governo Lula trouxe o seguinte comentário: “O atual governo ora fortalece o primeiro projeto, ora mantém a focalização e o desfinanciamento, característicos do segundo. Percebe-se, entretanto, uma ênfase maior no projeto privatista” (BRASIL, 2010, p.26).

Isto mostra que as transformações que vêm sendo observadas na categoria precisam ser pensadas a partir de uma tensão que envolve forças distintas, forças hegemônicas e não hegemônicas que têm interesses e prioridades distintas. A institucionalização deu aos ACS um status de trabalhador em saúde, isto é, um lugar socialmente valorizado, contudo, na prática esse status não foi seguido de uma valorização salarial e do próprio valor social, exemplo disso

⁹⁸Texto proferido no vídeo: “A presença da educação popular nas políticas públicas a partir da pandemia”. Ver dos 48:00min até 1h:10min disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=tqKiaz4gAmI&t=3293s>

que mesmo hoje muitos ACS não recebem adicional de insalubridade e não têm planos de cargos e carreiras, para citar alguns exemplos.

Os ACS não passam ao largo desta tensão, pois como parte do sistema de saúde encontram-se diante do desafio de construir cotidianamente práticas de saúde que respondam aos referenciais da Educação Popular em Saúde, conforme prevê o artigo 3º da lei 13.595/2018: “O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde” (BRASIL, 2018). Os referenciais da Educação Popular em Saúde estão expressos no artigo 3º da portaria nº 2.761 que institui a Política, são eles: “I - diálogo; II - amorosidade; III - problematização; IV - construção compartilhada do conhecimento; V - emancipação; e VI - compromisso com a construção do projeto democrático e popular” (BRASIL, 2013). A Política representa um ganho para os que acreditam na EP como instrumento de luta pela transformação social, para um trabalho coletivo. É preciso reconhecer que há um longo caminho para essa efetivação que envolve postura diante do mundo e do ser humano e exige necessariamente transformação tanto das estruturas quanto das pessoas, algo que só é possível produzir coletivamente (GÓES, 2013). Reconhece-se, pois, que é na coletividade que se encontra a força mobilizadora da sociedade e na educação a mola promotora de mudanças, para tanto, importa clareza quanto ao que se pretende e dentro desta perspectiva Freire afirma: “[...] para mim, a educação é sempre diretiva, sempre. A questão é saber em que direção e com quem ela é diretiva. Esta é a questão. Não acredito na autolibertação. A libertação é um ato social” (1985, p. 71).

O desafio de atuar na perspectiva da EP envolve certa contradição, uma vez que a dinâmica de trabalho impõe limites tanto no âmbito da própria formação voltada para este fim quanto no que se refere às amarras burocráticas que ao nosso ver engessam o ACS em uma rotina quantitativa.

Frente ao exposto, é possível concluir que, na saúde o imperativo continua a ser a implementação do projeto da reforma sanitária e a partir disso, considerar o avanço da ordem neoliberal, porque preocupa o afastamento do ACS quanto ao ideal de coletividade e de solidariedade conforme pensado no início da institucionalização. Tem lugar para ele avançar, enquanto categoria profissional, desde que seja sem uma perda de valores fundamentais ao

fortalecimento do projeto democrático popular, centrado na participação social. Surge, então, a seguinte questão: seria possível aos ACS seguirem movidos por um espírito de solidariedade e cooperação de modo que o ‘fazer com’ e não o ‘fazer para’ fosse prioridade? Se considerarmos que houve um avanço do ponto de vista da prestação de serviço integral e profissional, mas um regresso do ponto de vista da relação orgânica com as comunidades, não faltam questionamos quanto a ser possível fazer vingar uma nova cultura da solidariedade e da cooperação.

Pode parecer que defendemos o Agente de Saúde como o mesmo de décadas passadas, mas a questão não é esta, as reflexões aqui empreendidas pretendem fomentar outras reflexões sobre o futuro que queremos construir. Nosso olhar para o passado é muito mais que uma retrospectiva, tende a ser uma avaliação do que foi gestado e parido pela sociedade organizada e de que modo isto cresceu nesta mesma sociedade, quais as pistas estes eventos podem nos dar para a construção do futuro.

Como o capital se reestrutura constantemente para aumentar seu poderio, é preciso que sejam buscados outros caminhos, a partir do entendimento de que as conquistas constitucionais foram o começo da jornada e cabe a nós agora desenharmos outros horizontes. Isto dentro do nosso eixo de discussão, convida a pensar em um novo ACS, que seja capaz de se dar conta destes aspectos sociais para atuar em um contexto complexo, sem perder de vista a essência de sua constituição de origem e sua história: o comunitário. Sem esta essência de base histórica, podemos denominá-lo apenas Agente de Saúde.

8.3. Um novo ACS para novas necessidades

Pensar o/a ACS é pensar a base de funcionamento do SUS porque nenhum outro profissional alcança a população empobrecida quanto o ACS. O contexto pandêmico mais do que qualquer outro, nesses trinta anos de existência do Sistema, explicitou muitas de suas fragilidades inclusive a pouca valorização dos profissionais. A pandemia como um fenômeno em escala mundial, com altos números de mortes e de risco iminente de morte, trouxe alertas

de emergência quanto à tomada de medidas para o enfrentamento da situação e da necessidade de utilização do SUS como principal recurso para cuidados em saúde. Temos mais de 150 milhões de pessoas que têm no SUS único acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Os profissionais se esforçaram para aprender a lidar com o novo contexto, além, é claro, da necessidade de uma adaptação ao cenário caótico que se instalou por um longo período no setor da saúde. Foi tudo muito novo, rápido e assustador para todos e, diferente dos demais grupos profissionais, os profissionais da saúde não puderam parar suas atividades, afinal, o enfrentamento da pandemia dependia diretamente deles. Por outro lado, observamos que a priorização do tratamento levou a uma não valorização das estratégias de prevenção nas quais os/as ACS estão implicados/das. É possível afirmar que a opção pelos dois caminhos (prevenção e tratamento), com prioridade ao enfrentamento preventivo, teria sido mais eficaz.

No caso dos ACS que, diferente de muitos trabalhadores em saúde, é aquele que vai até as pessoas, a dinâmica de visitas, seu principal instrumento de trabalho, foi inviabilizada pela impossibilidade de adentrar às casas. O fato é que todos precisaram repensar, inventar e reinventar constantemente novos jeitos de atuação. A visita que antes acontecia dentro das casas passou a ser feita à distância, da calçada ou mesmo da rua, a conversa ganhou distância, as prioridades mudaram e a atenção mudou um pouco de foco. A principal preocupação passou a ser a identificação de suspeitas de infecção para monitoramento e tratamento. Sem capacitação para lidar com as novas configurações foi preciso o/a Agente encontrar novos caminhos.

Novos cenários e diferentes tipos de problemas surgem por ocasião da própria e constante dinâmica social. Pensando o ACS de forma específica, o problema da mortalidade infantil e da desnutrição com as quais o ACS lida desde sua origem, ainda persiste. A fome e a desnutrição são problemas gerados por uma estrutura social desigual e frente a isto somos levados a pensar que muitas mudanças ainda precisam acontecer. Significa dizer que não podemos pensar os problemas de forma isolada. Uma vez que a sociedade não é estática, é preciso repensar constantemente a ação dos atores sociais diretamente envolvidos com o serviço público no sentido de qualificar suas práticas.

A questão é que as mudanças exigem novas reações. Chegamos a pensar que problemas causados por vírus, micróbios e insetos, por exemplo, estavam razoavelmente controlados e resolvidos e nos vimos diante de necessidade de pensar com mais atenção para outros problemas

como violência doméstica, uso de drogas, por exemplo. E eis que a pandemia nos faz questionar algumas supostas certezas e nos colocou diante de uma grande questão, que é promotora de tudo isto: a forma como estamos nos relacionando com as pessoas e com o meio ambiente, em geral, é saudável? É a melhor relação possível? Não parece que “deixar” desmatar, poluir, queimar e submeter todos a uma ordem econômica que destrói tudo sob a justificativa da liberdade de empreender, do lucro, seja a melhor forma de relação com planeta. Krenak (2020) chamou nossa atenção para isto ao afirmar que a mãe terra nos oferece o que precisamos para viver: oxigênio, luz para a vigília e escuro para o repouso, água etc. e o que temos feito com isto? Como temos usado os recursos que estão à nossa disposição? Carlile Lavor nos chama atenção para o fato de que conseguimos ocupar todo o planeta e levanta a questão: como estamos nos relacionando com o entorno? Esta parece ser uma questão chave para o futuro.

Dentro desta perspectiva, importa pensar o ACS a partir de uma visão mais ampla e integrada de atenção à saúde. Saúde incorpora o resultado de diferentes fatores, não podendo ser limitada a ações orientadas pelo viés biológico e do setor, apenas. Significa dizer que o modelo de atenção que temos precisa ser continuamente repensado para dar melhores respostas à sociedade. E isto vale não somente para o ACS, sobre esta questão, Carlile Lavor comenta:

Estamos trabalhando um modelo de saúde da Família que foi pensado 25 anos atrás e que foi muito bom, mas que ficou parado no tempo. Então, temos que formar melhor o médico, formar melhor o enfermeiro, formar melhor o agente de saúde. Esses profissionais estão formados para uma realidade de 25 anos atrás, e o mundo hoje é completamente diferente (2015, p. 159)

Quando estivemos no Ceará em 2019, uma das ACS com quem conversamos destacou sua preocupação com esta questão quando disse que muitas crianças que ela havia ajudado a salvar da desnutrição estavam morrendo por envolvimento com drogas e por acidentes. Trata-se de uma preocupação que precisa ser despertada entre os que estão à frente dos cargos de liderança política e fazem parte diretamente da elaboração de políticas públicas, também cabe à população estar atenta a estas questões para cobrá-las das autoridades competentes.

Carlile Lavor e Miria Lavor estiveram em Angola em 2007 e 2008 (e depois em 2014), para dar suporte à implantação do Programa Agentes de Saúde. O olhar para o trabalho com

Agentes de Saúde no país foi diferenciado considerando que seria importante também a atuação no trabalho de desenvolvimento comunitário, o que significou, por exemplo, ajudar as mulheres a desenvolverem melhor sua agricultura, a venderem seus produtos, a se organizarem melhor e neste sentido **o Agente de Saúde em Angola foi chamado de Agente de desenvolvimento Comunitário e Sanitário**. Pela descrição de Carlile Lavor (2017)⁹⁹, um tipo de Agente em Angola se aproximava um pouco do Agente presente nas narrativas de Diana Mores a respeito do trabalho de base realizado em Recife, no bairro Casa Amarela. Contudo, ao ser institucionalizado, este viés mais aberto do Agente de Saúde não se efetivou.

Cabe ao ACS expandir seu campo de ação, para tanto precisa ser estimulado a pensar seu fazer e receber formação adequada para o planejamento global das ações. Há muitas situações com as quais os ACS não sabem lidar, ou se omitem, porque foi orientado para questões específicas. Sobre isto, Carlile Lavor destacou a questão atual das drogas e dos acidentes:

Temos uma epidemia de abuso de drogas que se disseminou em todo o Brasil de maneira impressionante, mas a gente não dá a menor atenção, como se a saúde não tivesse nada a ver com isso. Os nossos adolescentes estão se perdendo com o abuso de drogas [...] e as nossas equipes de saúde agem como se isso não tivesse a ver com elas, mostrando não estarem preparadas (2015, p. 159).

É curioso pensarmos que o ACS é uma pessoa que conhece bem a comunidade ao ponto de conhecer por exemplo, os pontos de comercialização de drogas, os usuários e traficantes, mas, não há uma pauta do serviço, como um todo, para aprender a lidar com isto. Ele sabe o que nenhum outro profissional sabe sobre a comunidade. Ele sabe como a comunidade se organiza e funciona, mas não está entrando na pauta do serviço, nem sempre sabe lidar com o conhecimento que possui porque não foi convocado para isto. O ACS ainda não está sendo suficientemente aproveitado no/pelo serviço público tendo em vista seu potencial de conhecimento e alcance comunitário.

⁹⁹ Ver vídeo intitulado “Agentes Comunitários de Saúde: experiência em Angola” Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=MS1hY17T4LY>> Aos 15min30.

Tivemos uma experiência em Mari, Paraíba, em 2007 na qual o Conselho Tutelar convocou o grande grupo (na época cerca de cinquenta ACS) para pedir que contribuíssemos com a denúncia de casos de violência e/ou abuso contra mulheres e crianças. Tínhamos conhecimento de casos na comunidade, mas não sabíamos como fazer as abordagens e mitos colegas relataram medo de fazer denúncias. A cobrança não bastava porque não tínhamos segurança, instrumentos, nem retaguarda, para fazer aquele trabalho, porque é preciso que haja suporte. Não se trata de saber que há algo a fazer, é preciso que haja planejamento e organização para que o trabalho se efetive de forma responsável e segura e isto exige envolvimento de vários setores. Exige o reconhecimento do protagonismo da, do ACS, a partir de seus saberes e fazeres acumulados, afinal são décadas de serviços prestados e de consolidação de um projeto incontestável, de grande interesse público.

O município cearense de Tauá, na região do sertão dos Inhamuns, pode nos dar pistas sobre os caminhos futuros para uma atuação mais eficiente tanto dos ACS. A gestão do município está empenhada em desenvolver um trabalho cujo foco é a integração, tanto dos profissionais da saúde de diferentes espaços de atuação, como de outros setores, com o intuito de fortalecer e qualificar os serviços e utilização dos recursos (CARLILE LAVOR, 2021).

Um primeiro passo importante para isto é a qualificação dos profissionais, Tauá tem investido nisso. Inicialmente, em 2004, foi realizada no município uma formação técnica para 100 ACS, com apoio financeiro do governo federal. O curso servia de referência básica para a realização de um projeto de cursos para todo o país. Em muitos municípios, a primeira etapa chegou a ser desenvolvida, contudo, não foi concluído o projeto. Um projeto de formação volta a ser assumido como pauta da reivindicação da categoria, e após anos de discussão e planejamento, está previsto para 2022, a ser realizado em todo o país, na modalidade a distância.

O trabalho em Tauá conta com a colaboração ativa de Carlile Lavor e equipe local, com a pretensão de fortalecer a qualificação dos profissionais das equipes de saúde. No horizonte da Estratégia da Saúde da Família entra um tipo de assistência diferenciada voltado para promover/fortalecer uma interação das ações tanto na esfera do planejamento quanto da execução. Uma das premissas centrais dessa iniciativa é a do trabalho intersetorial, algo que orientou todo o percurso de Carlile Lavor e Iria Lavor, como vimos no decorrer do texto. De acordo com Warschauer e Carvalho (2014), a intersetorialidade cuida de uma articulação entre

sujeitos e setores dotados de diferentes poderes e saberes, assim “pode ser entendida como uma forma articulada de trabalho que pretende superar a fragmentação do conhecimento e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população” (2014, p.193). Para Nascimento (2010), a intersetorialidade é uma prática que tem sido construída a partir da insatisfação com as respostas setoriais perante os problemas dos novos contextos sociais.

Cada setor e categoria profissional pode, a partir de suas especificidades, olhar para as realidades sociais de forma diferenciada. É importante articular as diferentes potencialidades para integrar agendas de interesse coletivo, em um esforço voltado para superar a fragmentação das ações. Neste sentido, e a partir do que vimos, no percurso da tese, importam as ações integradas de diferentes profissionais, sendo que o caminho da intersetorialidade se apresenta com possibilidades de ganho para as instâncias administrativas, assim como para a população envolvida.

A categoria ACS corresponde a um dos maiores contingentes de trabalhadores desse país, com mais de 287 mil trabalhadoras e trabalhadores que enfrentam variados problemas e instabilidades em diferentes partes do país. No momento, está sendo desenvolvida uma ampla pesquisa pela UnB sobre a categoria (incluindo os Agentes de Combate às Endemias – ACE), com o objetivo de reunir informações sobre a atual realidade dos ACS em todo o país. A pretensão é a de que o maior número de ACS possível possa responder à pesquisa, que levanta questões, por exemplo, sobre salário, condições de trabalho e vínculo com os municípios, por exemplo. O questionário encontra-se em uma plataforma acessível a partir de um link, através do qual o ACS e o ACE são direcionados aos questionários. Com início em março de 2021, a pesquisa encontra-se em andamento e poderá traçar um retrato da atual situação da categoria no país. Os resultados poderão constituir um importante instrumento a serviço da categoria, com vistas à valorização da mesma, bem como para o planejamento de ações por parte dos governos, o que poderá refletir na qualidade dos serviços e, conseqüentemente, na elevação da qualidade de vida da população.

É inegável a importância do ACS e do ACE para o SUS, não apenas devido ao seu quantitativo e alcance horizontal. Esses Agentes conhecem por dentro os lares brasileiros dos mais vulneráveis socialmente. Eles e elas detêm uma presença fundamental para o que em

Educação Popular é entendido como circularidade cultural, de baixo para cima e de cima para baixo, como termômetro do alcance comunicativo e da eficácia dos serviços públicos no campo da atenção primária em saúde.

A integração dos serviços entre diferentes setores ou seu fortalecimento é um caminho possível para o êxito. O ACS é um trabalhador *sui generis*, e de grande importância para o serviço público. Como educador no setor da saúde, sua grande capilarização social permite que sua presença nas casas das pessoas seja aproveitada por diferentes setores de serviços à sociedade. Para que isso aconteça, planejamento, integração dos serviços, diálogo, pesquisas e investimentos se fazem necessários.

Os bons exemplos e as boas iniciativas históricas revisitados não podem ser negados. A expectativa é que continuem a ser vistos e aproveitados, com o devido respeito às especificidades de cada lugar e às mudanças inevitáveis. Que as conquistas do Ceará, de Recife, de Goiás, de São Paulo e de tantos outros lugares no passado ou iniciativas do presente, como a de Tauá e da pesquisa na UnB, entre outras, possam inscrever-se novamente em um tempo de redemocratização da sociedade brasileira.

ACABAMENTOS

A nossa experiência do doutorado se deu em um momento político muito difícil do Brasil, no qual a ciência, entre outras coisas, tem sido alvo de muitos ataques de autoridades constituídas e fomos obrigados a lidar diariamente com diversos absurdos e incertezas em vários setores sociais. Nos domínios da saúde pública tivemos o aceleramento do desmonte do SUS. Com a chegada da pandemia do Novo Coronavírus, a tensão amentou devido às circunstâncias de isolamento, tensões e incertezas. Os primeiros meses, diante desse cenário, foram bastante difíceis e a apreensão repercutiu em nosso processo de produção acadêmica. Felizmente, a pandemia não exigiu muitas mudanças de rotas quanto à proposta inicial desta pesquisa, uma vez que antes da sua chegada havíamos realizado uma etapa prevista de pesquisa de campo, desse modo, apenas alguns ajustes foram necessários. Mas, o fato é que vivenciamos uma atmosfera política e sanitária adversa, que nos impôs a necessidade de resistência, paciência e exercício de autoconhecimento. Foi preciso pôr à prova nossa capacidade de resiliência e de acreditarmos que um país com ideias mais bem fundamentadas é possível. Não foi/fácil, mas conseguimos/estamos conseguindo.

Estas adversidades, contudo, não retiraram de nós o sabor da realização de um sonho nem a crença na potência mobilizadora da nossa capacidade de ‘ser mais’, como afirma Freire. Ao nosso modo, com nossas limitações e pequenas ousadias, fizemos o percurso que foi prazeroso porque o momento da escrita de cada palavra e de cada linha foi muito desejado. É verdade que a construção da “bendita” ‘lógica da pesquisa’ é desafiadora, mas nesse esforço construímos caminhos e nos construímos, errando, acertando e entendendo que são processos e oportunidades de aprendizagens e crescimento pessoal e, por isto, precisamos extrair deles o melhor. Este foi o esforço.

Na inconclusão imposta pela condição humana, sabemos que nada do que fazemos está acabado no sentido de ter esgotado as possibilidades de realização, finalizamos algo por termos esgotado as nossas possibilidades sejam de tempo, de recursos, de condições físicas ou de outra qualquer. Assim foi com esta tese e neste sentido, entendemos que as considerações finais de uma pesquisa, denominadas por nós de ‘acabamentos’, reúnem uma síntese do que foi

alcançado e explicitam o que ficou em aberto, abrindo janelas e promovendo questões provocadoras para buscas e aprofundamentos futuros seja de nossa parte ou de outros pesquisadores.

O aprofundamento na temática dos ACS foi motivado pela nossa vontade de conhecer mais e melhor nossa própria prática, condição que nos impôs o desafio de olhá-la por dentro, como alguém que vivenciou por onze anos e meio a condição de ACS. Se nos impôs também uma grande responsabilidade, a de desenvolver uma pesquisa com algumas respostas importantes para perguntas surgidas no decorrer de todo o percurso, o que culminou com o momento histórico dos 30 anos do PACS, comemorado em 20 de agosto de 2021.

Assumimos a ideia de que nossa pesquisa poderia contribuir para problematizar lacunas presentes na literatura, além disso, incomodava-nos o fato de termos sido ACS por mais de uma década, sem termos tido meios para conhecer a história da categoria de trabalhadoras e trabalhadores e, também, o fato de não termos localizado algum registro histórico que reunisse as várias experiências de base para a criação do PACS, considerando a trajetória dos/das Agentes de Saúde no Brasil e as inspirações de outros países como contribuições anteriores à criação do Programa. Por isto nos preocupamos em fazer um esforço de (re)construção histórica dos ACS no Brasil.

Para tanto, buscamos na hermenêutica filosófica, aparato metodológico possível para este trabalho. Nos termos da hermenêutica, isto significou (desde a entrada no mestrado) assumir a condição de intérprete de experiências com ACS, construídas em de um modelo diferente do público/institucional tal como experienciamos hoje e a partir dos quais alcançamos compreensões dos processos ao mesmo tempo que compreendemos nosso lugar nele conferindo sentido à nossa trajetória que permaneceu por muito tempo carente de sentidos. Este reconhecimento situa a compreensão como um modo de ser conforme defende Gadamer, um modo de ser no mundo necessário à qualificação do nosso papel social por não nos satisfazermos com o que se apresenta à primeira vista.

Foi a partir dessa lógica de reunião de experiências (aqui entendidas como partes) e de um constante retorno ao todo (entendido como o momento em que os ACS chegaram ao espaço público/institucional) que a pesquisa foi se estruturando e o inventário ganhando força. A reunião de documentos foi abrindo caminhos para diferentes compreensões do ACS a partir de

um movimento de baixo para cima explicitando elementos pertencentes a diferentes vertentes sociais e formas de pensar e agir em saúde. Houve um esforço no sentido de interpretar os discursos de primeira ordem buscando uma maior apropriação de seus sentidos a fim de construir discursos de segunda ordem possibilitando a constituição de um estatuto científico aos processos estudados.

A hermenêutica foi fundamental para isto por colocar em questão as próprias condições para a compreensão assentando sobre a historicidade e a participação ativa do pesquisador suas condições de realização. Sendo a historicidade uma condição fundamental para a compreensão, a hermênutica filosófica se constituiu como caminho metodológico eficaz para o alcance dos objetivos da pesquisa.

O fato de pertencermos ao campo de estudo se apresentou como desafio para uma compreensão crítica do processo estudado uma vez que tendíamos a uma naturalização do olhar, contudo, considerando as ferramentas da hermenêutica como a observância dos preconceitos como possibilidade de modificação da compreensão do pesquisador e não como limite e ainda a exigência histórica de respeito ao momento histórico estudado, foi possível nos mantermos em alerta nos colocando em confronto conosco e possibilitando maior aproximação de compreensões possíveis. Neste sentido, o trabalho com a hermenêutica foi um ganho por possibilitar uma busca aberta e contínua de construção de sentidos e por ter nos levado a refletir e analisar sobre/os processos, opiniões e conceitos prévios em busca de autocorreções.

Neste sentido, **nosso objetivo principal foi o de compreender os processos de institucionalização do Programa Agentes Comunitários de Saúde a partir de um percurso histórico, desde as organizações de base às instâncias governamentais, buscando identificar as principais mudanças ocorridas nesses processos.** O percurso histórico construído foi de grande riqueza porque nos permitiu descobrir trajetórias importantes, sobretudo no campo da medicina comunitária como filosofia que orientou os caminhos da constituição do Agente de Saúde, sobretudo nos espaços da sociedade menos assistidos socialmente. Isso contribuiu para materializar, por assim dizer, a denominação da categoria dessas trabalhadoras e trabalhadores que, até o presente momento, carregam o ‘comunitário’ (Agentes Comunitários de Saúde). Mesmo que muitas mudanças tenham ocorrido no decorrer destes 30 últimos anos e que o sentido da medicina comunitária tenha ficado para trás, no

período da institucionalização, o “comunitário” do agente de saúde pode indicar janelas abertas para o futuro.

A questão da inserção de atores sociais que vieram dos movimentos populares para os espaços institucionais não é nova e tem sido alvo de discussões especialmente a partir de 2003 com a ascensão dos governos de esquerda, nos quais essa inserção se intensificou significativamente. Todavia, a criação do PACS enquanto Programa nacional não se deu em circunstâncias aparentemente favoráveis, isto porque o início dos anos 1990 é tido como marco do ingresso do Brasil na lógica da ordem neoliberal, de modo que a criação do SUS correspondeu a um acúmulo de lutas expressivas para uma significativa conquista popular e o PACS pode ser tido como o primeiro passo da efetivação dessa política de saúde, isto é, foi este Programa que iniciou a consolidação do SUS. Um caldo de lutas populares surgido e fortalecido especialmente nas décadas de 1970 e 1980 desembocou nessa importante conquista para o país, como um todo.

Por isto, retornar a estas décadas para identificar experiências comunitárias que foram significativas para o desenho de um projeto de sociedade almejado pelos setores populares foi fundamental. Entendemos que, sem isto, estávamos negando a própria constituição histórica da categoria que estudamos. A influência da medicina comunitária, a partir da década de 1970, abriu uma alternativa a um modelo de prática médica centrada no viés biomédico, que é fragmentado, que tem um apelo mercadológico reconhecido, e não leva em consideração os fatores culturais que incidem sobre a condição dos sujeitos. A medicina de interesse comunitário ao ser fortalecida, com o objetivo de reforçar uma compreensão de saúde que levasse em consideração os diversos fatores sociais determinantes para as condições de saúde da população, abriu espaço para a criação dos departamentos de medicina comunitária, que reuniram profissionais entusiasmados com esse tipo de prática, mais preocupada com a promoção e prevenção em saúde e em proximidade ao contexto vital das pessoas.

Com este horizonte, várias e diferentes experiências de saúde comunitária foram desenvolvidas de modo disperso pelo país, em muitos casos sob o amparo institucional da Igreja Católica progressista e dos ativistas em saúde popular, com um importante papel na arregimentação e formação de atores sociais identificados com um Cristianismo prático, preocupado com uma prática cristã comprometida com a transformação social. Este ‘amparo’

da Igreja católica e das igrejas protestantes progressistas foi fundamental uma vez que o momento político de ditadura e, portanto, de repressão das formas de organização social representava uma ameaça a quaisquer iniciativas que fossem contrárias à ordem política vigente. Lembrar que a(s) Igreja(s) têm suas redes espalhadas por todo o país.

As CEBs cumpriram importante papel no fortalecimento de muitas organizações populares, especialmente pela visão política a partir da qual interpretavam os problemas sociais, de modo que contribuíram significativamente para a formação de consciências críticas capazes de praticar um Cristianismo que tinha como projeto estar comprometido com uma transformação e com a justiça social, tendo como influência os ideais da Teologia da Libertação, expressos pela ala progressista da(s) Igreja(s).

O percurso feito nesta tese mostrou a força desses movimentos desde a década de 1960, com destaque para o Recife onde já se observa a presença de Agentes Comunitários de Saúde. A presença de Dom Helder, um bispo defensor dos direitos humanos e das causas populares, foi muito importante para o fortalecimento das organizações e lutas populares ali. O estado de São Paulo também concentrou significativas experiências de saúde comunitária com destaque para o trabalho desenvolvido sob o guarda-chuva do Instituto Paulista de Promoção Humana ligado à Diocese de Lins. Mas em outros lugares também se desenvolveram importantes experiências comunitárias, em alguns casos, não ligadas à Igreja, mas todas elas motivadas por um ideal de solidariedade e justiça social ancorados na crença e na busca por uma sociedade democrática.

No fundo foi este o ideal explicitado pelas organizações e lutas de base emergidas no país a partir da ditadura. Paulo freire, um dos maiores intelectuais do país e perseguido pelo regime, foi importante referencial para as discussões em torno do projeto de sociedade em curso e daquele almejado pelas classes populares. A denúncia do educador a respeito do fatalismo como estratégia da política neoliberal foi importante para motivar as classes populares a criar espaços de luta em busca da justiça social tão desejada.

Desses movimentos e organizações diversas surgiram sujeitos/Agentes sociais que passaram a atuar em nível comunitário, engajados nas causas de suas comunidades que, por sua vez, estavam ligadas a causas maiores de conquista de direitos sociais até então negados à sociedade brasileira, dentre os quais, a saúde. E por ser um direito fundamental para uma

sociedade, a saúde congregou um grande leque de sujeitos sociais como intelectuais, religiosos, militantes, estudantes, profissionais de diferentes áreas e leigos, todos em defesa de um projeto de sociedade que garantisse atenção à saúde da população.

O I ENEMEC foi um importante evento que reuniu diferentes experiências de saúde comunitária para discuti-las à luz desse modelo de prática médica como aquele capaz de respeitar e levar em consideração os saberes e problemas vivenciados pelas comunidades.

Defendendo também este modelo de prática médica (a medicina comunitária) como base para o desenvolvimento do trabalho em saúde, foi desenvolvida em Brasília, na década de 1970, uma notável experiência com auxiliares de saúde, coordenada por Frederico Simões Barbosa, um dos importantes nomes da saúde pública e epidemiologia no Brasil. Participaram, como vimos, do desenvolvimento desta experiência Carlile Lavor e Miria Lavor, a partir da qual o casal se espelhou para o desenvolvimento de experiências com Agentes de Saúde no Ceará, em um contexto de crise ocasionado pela seca e má gestão de recursos públicos. Mais tarde, as experiências culminaram na criação do Programa Agentes de Saúde no Estado e, pelo reconhecimento de seus resultados positivos, serviu de referência para a ampliação do Programa em nível nacional.

As experiências com Agentes de Saúde no Ceará passaram por vários estágios, indo desde a experiência laboratório com monitores da Fundação Estadual para o Bem-Estar do Menor em 1979, até a contratação emergencial ocorrida em 1987, com uso estratégico de recursos destinados ao período da seca, que culminou com a criação do Programa para tornar permanentes as ações emergenciais dos/das Agentes de Saúde, até então chamados de Auxiliares de Saúde, denominação utilizada na experiência de Brasília.

As experiências com Agentes de Saúde no Ceará mostraram que é possível criar alternativas de enfrentamento de situações adversas, extremas, mesmo com poucos recursos e, além disso, mostraram a importância do compromisso com o serviço público, o que pode ser visto na trajetória do médico Carlile Lavor e da assistente social Miria Lavor, que não se contiveram em fazer o previsto e criaram alternativas e possibilidades para o enfrentamento de problemas urgentes que afetavam a vida dos sertanejos: a fome, a desnutrição e a mortalidade infantil.

Da trajetória de vida dos Lavor no serviço em defesa da saúde pública, o trabalho com Agentes de Saúde foi o que mais ganhou visibilidade e ocupou toda a trajetória de vida do casal. Atualmente, Carlile Lavor, aos 81 anos, não mais na companhia de Miria, devido ao seu falecimento, ainda se dedica a iniciativas que envolvem a categoria. O médico tem se dedicado a um projeto de capacitação de ACS no município de Tauá, no sertão cearense, pensando nos novos desafios que têm se desenhado para a categoria. Podemos lembrar como projeto anterior a este, a estruturação do curso técnico para Agentes Comunitários de Saúde, que teve sua primeira versão desenvolvida em 2004 também no município de Tauá, quando e onde cerca de 100 ACS concluíram o curso que, posteriormente, foi ampliado como proposta para todo o país. Alguns municípios chegaram a realizar a primeira etapa de formação do curso técnico, sem, contudo, ter finalizado a formação (no nosso caso, realizamos a primeira etapa em 2007 no município de Mari). Finalmente, depois de mais de uma década o curso será realizado em todo o país com o apoio do Ministério da Saúde e Educação.

Contrariando à ideia ou à falácia de que para superar determinados problemas é preciso que o país se desenvolva, as experiências do Ceará nos ensinam que mesmo em meio às grandes adversidades é possível buscar meios para fortalecer boas ideias, acompanhadas de boas práticas e, para isto, é importante que haja também interesse político.

Um importante aspecto da história dos/das Agentes Comunitários de Saúde do Ceará é a orientação do Serviço Social na constituição desse trabalhador, através da visão social e econômica de Miria Lavor, em diálogo com o médico Carlile Lavor. Com o aprofundamento do processo de institucionalização, o lugar do assistente social, que esteve ativamente presente até a criação do Programa no Ceará, foi sendo esvaziado. A condução do Programa para a instância federal priorizou a presença do enfermeiro, do médico e do técnico em enfermagem para a composição da equipe mínima à qual os ACS foram inseridos. Entendemos que a ausência do assistente social nas equipes acarretou uma perda do ponto de vista da responsabilidade social do ACS a serviço da integralidade das ações de base. Com isso, os ACS organizam seu trabalho e direcionam suas ações voltadas para um sentido mais biomédico da compreensão de saúde. Sobressai um lado mais técnico, mais individualizado, do que ações coletivas e de formação para a cidadania e da luta por direitos coletivos.

Para além do contexto cearense, também se alargou o espaço do sentido social para a proposta do trabalho com Agentes Comunitários de Saúde no Sistema de Saúde, a experiência desenvolvida em Goiás, iniciada e coordenada pelo médico Halim Girade na década de 1980. Naquela experiência havia também a presença ativa de assistentes sociais, entendidas, entendidos, pelo secretário, acima mencionado, como mais importantes que o médico para o alcance do trabalho com o ACS.

Considerando a experiência do Ceará como de maior destaque, a ampliação do Programa para a esfera federal teve início no Nordeste, a escolha se deveu também às condições de pobreza da região e aos baixos indicadores de saúde infantil. A Paraíba foi a Unidade Federativa escolhida para realizar a primeira ampla seleção para escolha dos/das Agentes que atuariam na primeira etapa do Programa. Lá havia o interesse político expresso no grande número de solicitações para adesão ao Programa, além da presença de profissionais engajados com a luta em defesa da institucionalização do Programa. Todavia, como visto a primeira seleção ocorreu no Amazonas por ocasião da emergência devido à cólera.

Com isto, é possível observar o protagonismo do Nordeste quando o assunto é ACS. Primeiro pelas iniciativas surgidas com os movimentos populares em Recife, ainda na década de 1960, momento também que surgiram as CEBs. Com a chegada de Dom Helder a Recife, foram criadas e fortalecidas várias iniciativas comunitárias, havia também o desenvolvimento de projetos financiados por instituições estrangeiras gerenciados pela Igreja. O pioneirismo do Ceará no desenvolvimento de experiências-laboratório com o ACS deu à região maior destaque, ao ponto de projetar o país internacionalmente, com ênfase para a redução da mortalidade infantil. É importante destacar ainda que a experiência chinesa dos ‘médicos de pés descalços’ apareceu espontaneamente em momentos do percurso investigativo como experiência inspiradora.

Importa ter claro que esta ‘chegada’ do Programa à esfera nacional não se deu apenas por vontade política embora sem esta a institucionalização não tivesse sido possível. Também está no lastro desse processo, uma série de mobilizações, com acúmulo expressivo de experiências anteriores por parte dos próprios ACS, inseridas no processo de redemocratização do país, com a presença de muitos profissionais e militantes envolvidos diretamente com o trabalho dos/das Agentes. Havia uma aposta nas potencialidades do ACS para a constituição do

Sistema Único de Saúde. Diferentes profissionais sabiam por experiência e por comprovação que o resultado da ação desses sujeitos seria positivo para elevar os indicadores de saúde, especialmente no que se referia à saúde materno-infantil, primeira prioridade dos/das Agentes. Isto contudo, não nega a resistência de vários setores ao Programa e a decisão determinante do governo federal.

A resistência dos que compunham o sistema de saúde do governo Federal para institucionalizar o Programa encontrou na epidemia de cólera, no Norte e Nordeste do país, um forte motivo para ser repensada. A epidemia necessitou da ação dos/das Agentes para ser contida e é considerada um fato que contribuiu significativamente para o reconhecimento da importância da ação dos/das Agentes Comunitários de Saúde.

Por outro lado, há quem entenda a institucionalização do Programa como uma ação estratégica para o arrefecimento das organizações de base, uma vez que foi nesses espaços comunitários que surgiram muitas experiências com Agentes de Saúde ligadas à Igreja, aos ideais da Teologia da Libertação e do Partido dos Trabalhadores. O argumento defende que com a mudança de lógica de governo, era preciso trazer para perto de si os militantes e lideranças de base, a fim manter um maior controle da ordem social. Era inegável a força expressa por estes sujeitos envolvidos nos movimentos populares que produziram pressão social significativa, com vistas às mudanças sociais pretendidas pelos setores populares e que se materializou na criação do SUS.

A institucionalização do Programa ocorrida em 1991 trouxe muito dos parâmetros que tinham orientado as principais experiências, com destaque para aquelas do Ceará. O pertencimento à comunidade como característica principal e inegociável se fazia presente desde as primeiras iniciativas nos grupos de base, uma característica muito ligada aos trabalhos pastorais da Igreja Católica, uma vez que a ação dos/das Agentes pastorais se dava em geral em suas comunidades de origem, onde eram escolhidos para esse serviço. A ideia central era a de que quanto mais a pessoa conhecesse a comunidade mais fácil seria seu acesso às famílias com as quais passaria a trabalhar e se relacionar.

Assim, as experiências anteriores com trabalhos comunitários foram significativas para o processo de escolha do agente de saúde no sistema público. Muitas pessoas que já vinham do âmbito comunitário, ligadas à Igreja ou a outras iniciativas, possuíam conhecimentos e

experiências considerados/das importantes para o trabalho como ACS, fosse um conhecimento mais especializado como o das parteiras e rezadeiras, por exemplo, ou fosse mais genérico do ponto de vista do conhecimento cultural e de funcionamento da comunidade. Muitas destas pessoas, já engajadas em trabalhos informais como Agentes comunitários de saúde, aderiram à bandeira da institucionalização e ingressaram no PNACS. Outra coisa fundamental, que perdura até o momento presente, é o fato de uma, um profissional da enfermagem, ser o supervisor das ações dos ACS, ao qual estes devem se reportar.

A institucionalização representou um grande ganho para a saúde pública porque fortaleceu a bandeira da atenção básica como importante estratégia para a organização do SUS recém-criado. A criação do PSF em 1994 fortaleceu o trabalho dos ACS e os tornou parte das Equipes de Saúde da Família, de modo que o PACS se tornou estratégia de transição para o PSF, uma vez que com implantação do PSF, os/as Agentes passavam a existir não mais enquanto PACS, mas enquanto membros da equipe de saúde.

Como se podia imaginar, a partir do momento em que passaram a atuar no espaço institucional, leia-se na instância governamental, o trabalho dos/das Agentes passou a ser regido por uma lógica administrativa, isto é, burocrática. Os ACS passaram a atuar com vistas a alcançar metas, mas isto não é visto por nós como um problema, mas sim o fato de terem se afastado paulatinamente das bases sociais no sentido de priorizarem as pautas ampliadas do setor saúde na qual se situavam, perdendo de vista a compreensão e o envolvimento com a saúde em sua integralidade, isto é, vista a partir da reunião de diversos e diferentes implicações sociais. Por estarem situados em uma aba da administração pública, o setor saúde, as outras pautas fundamentais como moradia, trabalho, educação e terra, por exemplo, presentes em outros momentos da constituição da ação desses sujeitos deixaram de ser problematizadas como constituintes das condições fundamentais para uma saúde integral.

Esta chegada à esfera governamental é vista por alguns com olhar crítico e especificamente nos governos com vinculações com os movimentos populares imaginava-se que as bases sociais fossem fortalecidas, contudo, a ampliação dos serviços dos/das Agentes de saúde significou também sua limitação e dispersão e baixo poder de decisão. A crítica é que esta ascensão se deu como uma espécie de captura, que desviou o foco das prioridades dos grupos de base para as prioridades administrativas. Surge com isto a pergunta: terá sido uma

ocupação marginal do espaço institucional? Em vista da trajetória da categoria em 30 anos, temos elementos para situar esta pergunta: o tardio reconhecimento da profissão em 2002, o baixo salário, a ausência de planos de cargos, carreiras e remuneração, a falta de vínculo formal¹⁰⁰, a também tardia preocupação em oferecer formação para a categoria e a falta de oferta de instrumentos de trabalho adequados, entre outras coisas. Isto mostra que, embora tenham sido incorporados institucionalmente, os ACS seguem sem a devida atenção enquanto prestadores de serviço público, mesmo tendo alcançado importantes conquistas ao longo destes 30 anos, ainda se constitui como uma categoria precarizada.

Enquanto executor de um serviço público, o ACS, que veio dos movimentos populares, entendeu quais são os interesses públicos, por outro lado, ele foi formado para saber das pautas das associações, das pastorais e dos movimentos comunitários e populares? Vimos em nossa pesquisa de mestrado que muitos ACS não mantiveram o vínculo com os grupos de base dos quais faziam parte antes dos novos vínculos. Ao que parece, a agenda de trabalho do ACS contribuiu de alguma forma para isso. Nas dioceses mais progressistas da Igreja os ACS tinham encontros de formação e de afirmação de sua identidade, como parte dos movimentos populares.

Além de se organizar para lutar pelos interesses da categoria, no que os ACS têm sido exemplares, através da Confederação Nacional dos/das Agentes Comunitários de Saúde – CONACS, principal entidade representativa da categoria, é preciso, ao nosso ver, conhecer mais e melhor da sua própria história. Nos parece no mínimo estranho que um trabalhador não conheça sua origem (sentimento que nasceu em nós a partir da nossa própria ignorância tendo em vista que em onze anos de atuação nunca tivemos um momento que nos fizesse entrar em contato com a história (ou histórias) da constituição da categoria). Talvez este conhecimento ou seu retorno à memória seja uma chave importante para a conciliação de interesses, se considerarmos que nem sempre os interesses das instâncias governamentais respondem aos interesses da população.

¹⁰⁰Temos notícias de casos da ausência desses vínculos através de conversas com um colega presidente de sindicato de ACS e que frequentemente se reúne com outras lideranças da categoria em Brasília para pautar questões de interesse da categoria. Segundo ele, há mais notícias de casos nas regiões Sul e Centro Oeste do país.

Daí a importância de desenvolver estudos sobre estas diversas questões para que as realidades possam ser evidenciadas, desafios e contradições compreendidos e novas perspectivas vislumbradas. É preciso superar a contradição presente no discurso atual de muitos governantes quando afirmam que os ACS são muito importantes para o SUS, contudo, não se esforçam no sentido da superação da precarização profissional da categoria.

As experiências das organizações de base e de sua chegada às instâncias governamentais, nos fazem perceber que os ACS foram em sua trajetória pensados a partir de projetos de sociedade diferentes. Como visto no item 4.6, almejava-se, nas iniciativas de base, que os ACS fossem independentes e estivessem vinculados financeiramente às comunidades e com ações efetivas contra as desigualdades sociais. É verdade que esta ideia não teria permitido o alcance geral possível com a institucionalização, mas se pensarmos em escalas menores, faz algum sentido, embora haja dúvidas quanto a possibilidade de manutenção de financiamento, isto é, autofinanciamento, isto porque muitos trabalhos comunitários foram viabilizados pelo financiamento de instituições estrangeiras, que também acabou reduzido. Em todo caso, a ideia tem como pano de fundo o fortalecimento de um projeto de sociedade que atendesse aos interesses populares, no qual os ACS fossem solidários, críticos e políticos, no sentido progressista da palavra. É preciso reconhecer também as limitações disso, pois nas CEBs e em outros grupos de base, os/as Agentes eram voluntários e isto se impunha como um limite razoável à sua contribuição.

No âmbito institucional, a centralidade voltou-se não para a solidariedade, criticidade e politicidade, em nome da construção de “uma nova sociedade”, mas para o cumprimento de metas consideradas importantes e necessárias para a realização do trabalho/cuidado em saúde. Como já posto, parece-nos que o problema não está nisso, mas no fato de os outros princípios terem se tornado elementos secundarizados no que se refere à tendência popular e não institucional.

O que temos observado é o fortalecimento da tendência à especialização dos ACS, cuja expressão máxima é o curso técnico. Esta tendência em ascensão é importante para a qualificação desses trabalhadores, mas ao nosso ver, poderia se dar de forma paralela à valorização de experiências e conhecimentos prévios da comunidade, o que deixou de ser considerado importante e critério para o ingresso na função. A especialização afasta o ACS do

perfil genérico até então vigente e o aproxima muito mais do paradigma de atenção à saúde de um determinado modelo médico, isto é, o biomédico.

A recuperação/manutenção de uma identidade popular, isto é, vinculada aos interesses dos grupos populares só é possível se se apresentar como um interesse vindo dos próprios ACS o que a nosso ver é difícil tendo em vista que a categoria foi sendo renovada e boa parte dos/das Agentes hoje atuantes não se identificam ou reconhecem no ACS outros traços diferentes daqueles que os constituem, isto é, um Agente enquanto funcionário público preocupado com as demandas correspondentes à sua função. Neste caso, reconhecer a história pode não fazer diferença para estes sujeitos, pela falta de identificação com um determinado perfil de Agente que talvez não mais exista porque a própria sociedade mudou. De qualquer forma, ficam em aberto as possibilidades para novas mudanças. Talvez novos trabalhos possam indicar experiências laboratórios que apontem para novas possibilidades de ação social desses milhares de agentes populares de saúde, que conhecem as bases da sociedade brasileira como poucas como poucos profissionais.

De toda forma, insistimos no fato de o ACS precisar (re)conhecer sua história, para que a caminhada faça sentido. As conquistas da categoria têm se dado a partir de seus próprios esforços, a partir de sua força organizativa. Isto indica que as mudanças possíveis deverão ter como ponto de partida uma forma de compreensão dos próprios ACS e não as instâncias superiores/governamentais.

São tensões, impasses e desafios concretos, muitos municípios que aderiram ao PACS não passaram por uma tradição expressiva de organizações de base. Não temos soluções prontas, nem poderíamos. Cada etapa da constituição dos ACS no Brasil foi produzida a partir de crises, ensinando-nos que a crise é potencial promotora de novas formas de agir. Importa promover análises rigorosas dos processos históricos produzidos. Alguns dos desafios são qualificar os serviços e fortalecer o SUS, mas com consciência de que SUS estamos falando, que SUS temos e que SUS queremos, mas ao mesmo tempo fortalecer as mobilizações da base social para a crítica destes serviços, já que é prioritariamente para a base que os serviços se constituem.

Que no horizonte, os ACS sejam produtores de sentido e participantes ativos de cada etapa do processo de trabalho de base para a construção de uma ordem social mais justa.

Qualquer projeto de sociedade que pretenda algo diferente disso certamente que não estará em sintonia com os esforços de muitos/muitas Agentes e profissionais interessados em construir um país justo para todos e todas.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Jerusa Emidia Roxo. **Agentes Comunitários de Saúde No Maranhão: resgate de uma experiência**, 2019. 181 f. Tese (doutorado em saúde coletiva). Universidade Federal do Maranhão.
- ADAMS, Telmo. Solidariedade (Verbetes). In: STRECK, Danilo R, REDIN, Euclides e ZITKOSKI, Jaime José (orgs.) **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.
- ALBUQUERQUE, P. C. **A Educação Popular em Saúde no município de Recife-PE: em Busca da Integralidade**, 2003, 193 f. Tese (doutorado interinstitucional de saúde pública de Pernambuco) Fundação Oswaldo Cruz.
- ALVES, PIRES; PAIVA, C. H. A; FALLEIROS, I. Saúde e desenvolvimentos: a agenda do pós-guerra. In: PONTE, Carlos Fidelis, FALLEIROS, Ialê (organizadores). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/cap_5.pdf>. Acesso em 05 de abril de 2020.
- AMMANN, S. B. **Participação Social**. São Paulo, Cortez, 1980.
- ANDRADE, F. M. O. **O valor social da criança para o governo: motivações dos gestores públicos do Ceará para priorizar a saúde infantil**. 188 f. Tese (doutorado em saúde coletiva). Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2016.
- ANDRADE, F. M. O. **O Programa Saúde da Família no Ceará: uma análise de sua estrutura e funcionamento**. Fortaleza, [s.n.], 1998.
- ANDRADE, M. A. R. A. **O metodologismo e o desenvolvimentismo no serviço social brasileiro – 1947 a 1961**. Revista Serviço Social & Realidade, Franca, v. 17, n. 1, p. 268-299, 2008. Disponível em: <<http://www.unirio.br/unirio/unirio/cchs/ess/Members/rafaela.ribeiro/servico-social-i-2018.2/servico-social-de-caso-grupo-e-comunidade/view>> Acesso em 23 de fevereiro de 2021.
- ÁVILA, M. M. M. **O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama**, 2006. 158f. Tese (doutorado em saúde coletiva) Programa de pós-graduação em saúde coletiva. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- ÁVILA, M. M. M. **Origem e evolução do Programa Agentes Comunitários de Saúde no Ceará**. Revista Brasileira de Promoção da Saúde, Fortaleza, 24(2): 159-168, abr./jun., 2011.

Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2067/2360>. Acesso em 25 de julho de 2020.

BANDEIRA, F. C. **A dimensão educativa do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde:** nos passos dos ACS de Mari-PB, 2017, 136s. Dissertação (Mestrado em educação) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/9876?locale=pt_BR> . Acesso em 15 jan. 2019

BANDEIRA, F. C. A profissão Agente Comunitário de Saúde a partir da perspectiva de gênero: um olhar a partir dos/das ACS do município de Mari – PB. In: SCOCUGLIA, A. C; COSTA, L. M. (orgs.) **Histórias da Educação Popular no tempo presente**. João Pessoa, Editora UFPB, 2016.

BANDEIRA, F. C; GONÇALVES, L. G. **A dimensão educativa do trabalho do agente comunitário de saúde:** um percurso pelas diretrizes. Revista Comunicações Piracicaba v. 26 n. 3 p. 3-22 set.-dez. 2019. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/comunicacoes/article/view/4302>> Acesso em 23 de maio de 2021.

BANDEIRA, F. C; GONÇALVES, L. G. **...E o sino parou de tocar! Como a educação em saúde ajudou a salvar vidas no sertão cearense.** Revista Cocar. v.14 n.29 Maio/Ago. 2020 p.680-699. Disponível em <<https://periodicos.uepa.br/index.php/cocar/article/view/3403>>. Acesso em 18 de julho de 2021.

BANDEIRA, F. C; GONÇALVES, L. G; SANTANA, M. S. S. Olhares e sensibilidades indiciárias: práticas de mediação cultural de uma agente comunitária de saúde. In: MARTINS, D; MARTINS, R; BARCELOS, A; SOUSA, M. (Orgs). **Faces da interculturalidade**. Salamanca, IIACyL, 2019.

BARCHIFONTAINE, C. P. **O Agente pastoral e a saúde do povo**. São Paulo, Loyola, 1993.

BENJAMIN, W. Considerações sobre a obra de Nicolai Leskov. In: Benjamim. W. **Magia e Técnica, arte e política:** ensaios sobre literatura e história da cultura (obras escolhidas). São Paulo: Brasiliense, 1987.

BETTO, Frei. **O que é Comunidade eclesial de Base**. 5ª edição. São Paulo, Brasiliense, 1985.

BOFF, L. **E a Igreja se fez povo**. Ecclesilogênese: a Igreja que nasce da fé do povo. São Paulo, Circulo do Livro, 1986.

BÍBLIA. N. T. **Mateus**. In: BÍBLIA: Nova Versão Internacional. São Paulo: Editora Vida, 2003.

BORNSTEIN, V. J. História e contexto de atuação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. In: BORNSTEIN, V. J (org.) **Formação em educação popular para trabalhadores da saúde**, Rio de Janeiro, EPSJV, 2017.

BORNSTEIN, V. J. **O Agente Comunitário de Saúde na Mediação de Saberes**. 2007, 231 f. Tese (doutorado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4483>> Acesso em 14 de outubro de 2021.

BOTELHO, T. M. **Serviço Social e Comunidades: experiências de atuação e perspectivas de (re)atualização crítica**. 2016, 115 f. Dissertação (Mestrado em Política Social). Universidade Federal do Espírito Santo. Disponível em: <https://repositorio.ufes.br/bitstream/10/8742/1/tese_10388_Thaynara%20Moreira%20Botelho.pdf>. Acesso em 24 de abril de 2021.

BRANT, V. C. Da resistência aos movimentos sociais: a emergência das classes populares em São Paulo. In: SINGER, P.; BRANT, V. C. (organizadores). **São Paulo: o povo em movimento**. Petrópolis, RJ. Editora Vozes e CEBRAP, 1982.

BRANDÃO, C. R. Cinquenta e um anos depois. In: STRECK, Danilo R, ESTEBAN, Maria Tereza (orgs.). **Educação Popular lugar de construção social e coletiva**. Petrópolis: Vozes, 2013.

BRANDÃO, C. R. **O que é Educação Popular**. São Paulo: Brasiliense, 2012.

BRASIL. **Decreto nº 3.189, de 4 de outubro de 1999**. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências,. Brasília, 1999. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3189.htm>. Acesso em 23 de maio de 2021.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006**. Acrescenta os parágrafos 4º, 5º e 6º ao artigo 198 da Constituição Federal. Brasília, 2006b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc51.htm>. Acesso em 20 de maio de 2021.

BRASIL. **Lei nº. 10.507 de 10 de julho de 2002**. Cria a Profissão de Agente Comunitário e Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2002a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10507.htm>. Acesso em: 1º. dez. 2018.

BRASIL. **Lei nº 11.350 de 05 de outubro de 2006**. Revoga a Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002 e regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, DF: 2006c. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm#art21>. Acesso em: 21 de maio de 2021.

BRASIL. **Lei 11. 585 de 28 de novembro de 2007.** Institui o dia 4 de outubro como o Dia Nacional do Agente Comunitário de Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2007/lei/L11585.htm>. Acesso em 21 de maio de 2021

BRASIL. **Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014.** Altera a lei 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir o piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Brasília, 2014b. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2014/lei/l12994.htm>. Acesso em 23 de maio de 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.595 de 05 de janeiro de 2018.** Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Brasília, DF;, 2018b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2015-2018/2018/Lei/L13595.htm>. Acesso em: 07 dez. 2018.

BRASIL. **Perfil de Competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde.** Secretaria de gestão do trabalho e da educação em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acs_rel-versao_25.pdf>. Acesso em: 20 de maio. 2021.

BRASIL. **Portaria GM nº. 1.886 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. Brasília, DF, 1997. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog_pacs_psf>. Acesso em: 28 maio de 2021

BRASIL. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Secretaria executiva. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>> . Acesso em: 21 jan. 2019

BRASIL. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). BRASÍLIA, 2006a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf. Acesso em 23 de maio de 2021.

BRASIL. **Portaria nº 2.662, de 11 de novembro de 2008.** Institui o repasse regular e automático de recursos financeiros na modalidade fundo a fundo, para a formação dos Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, 2008a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2662_11_11_2008.html. Acesso em 23 de maio de 2021

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em 23 de maio de 2021.

BRASIL. **Portaria nº 314, de 28 de fevereiro de 2014.** Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Brasília, 2014a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0314_28_02_2014.html>. Acesso em 23 de maio de 2021.

BRASIL. **Portaria nº 958, de 10 de maio de 2016.** Altera o Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, para ampliar as possibilidades de composição das Equipes de Atenção Básica. Brasília, 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0958_10_05_2016.html>. Acesso em 23 de maio de 2021.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em 21 de maio de 2021.

BRASIL. **Portaria GM/MS Nº 3.317, de 7 de dezembro de 2020.** Fixa o valor do incentivo financeiro federal de custeio referente aos Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.317-de-7-de-dezembro-de-2020-292747276>. Acesso em 21 de maio de 2021.

BRASIL. **Portaria MS Nº 3.241, de 7 de dezembro de 2020.** Institui o Programa Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de

Combate às Endemias. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-ms-n-3.241-de-7-de-dezembro-de-2020-293178860> Acesso em 23 de maio de 2021

BRASIL. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html>. Acesso em 15 de julho de 2021.

BRASIL. **Decreto nº 84.219, de 14 de Novembro de 1979.** Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-84219-14-novembro-1979-433518-norma-pe.html>. Acesso em 19 de outubro de 2020.

BRASIL. **LEI Nº 3.750, de 11 de Abril de 1960.** Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-3750-11-abril-1960-354313_norma_pl.html

BRASIL. **Perfil de Competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde.** Secretaria de gestão do trabalho e da educação em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acs_rel_versao_25.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2018.

BRASIL. **Política Nacional da Atenção Básica.** Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em 06 de junho de 2021.

BRASIL. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Indicadores de mortalidade.** Ministério da Saúde, 2000. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c01a.htm>>. Acesso em 12 de ago. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil,** 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 5 de julho de 2021

BRASIL. **Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde – ACS:** diretrizes e orientações para a formação. Brasília, 2020. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso_tecnico_acs_3edicao.pdf>. Acesso em 28 de junho de 2020.

BRASIL. **Parâmetros para atuação dos Assistentes Sociais na Saúde**, 2010. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para a Atuacao de Assistentes Sociais na Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)>. Acesso em: 15 de junho de 2021

BRASIL. **SUS: a saúde do Brasil**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf> Acesso em: 15 de novembro de 2021.

BRUTSCHER, Volmir José. **Discursos da educação popular contemporânea: encontros com Michel Foucault e Paulo Freire**. 2017, 250 f. Tese (doutorado em educação). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. Disponível em: <<https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/9874/2/Arquivototal.pdf>>. Acesso em: de outubro de 2021

CAMARGO, C. P. F; SOUSA, B. M; PIERUCCI, A. F. O. Comunidades Eclesiais de base. In: In: SINGER, P.; BRANT, V. C. (organizadores). **São Paulo: o povo em movimento**. Petrópolis, RJ. Editora Vozes e CEBRAP, 1982.

CARDOSO, P. F. S. **80 anos de formação em Serviço Social: uma trajetória de ruptura com o conservadorismo**. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n. 127, p. 430-455, set./dez. 2016. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/ssoc/n127/0101-6628-ssoc-127-0430.pdf>>. Acesso em 18 de abril de 2021.

CARRICONDE, C. **Medicina comunitária**. Petrópolis, Vozes, 1985.

CARRILLO, Afonso Torres. **Educación Popular: trayectorias y actualidades**. 2011

CASTRO, Josué de. **Homens e caranguejos**. São Paulo, Editora brasiliense Soc. AN, 1967.

CAMPOS, N. A. **A grande seca de 1979 a 1983: um estudo de caso das ações do governo federal em duas sub-regiões do estado do Ceará (Sertão Central e Sertão dos Inhamuns)**. 2004. 174 f. Dissertação (mestrado em Ciências Sociais) Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais. Universidade Federal de Santa Catarina, São Carlos, 2004. Disponível em <<https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/1484/DissNAC.pdf?sequence=1&isAllo wed=y>> . Acesso em: 17 set. 2019

CAVALCANTI, Cecília Paiva Neto. **O público e o privado na saúde**. Revista Ciência e saúde coletiva, v. 11 (3), p. 847 – 849, set. 2006. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/NGhWYyVSCVSxchLjfTrNDqw/?lang=pt>>. Acesso em 15 de julho de 2021

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 2009.

CPT, CEPAC, IBASE. **O genocídio do Nordeste: 1979-1983**. São Paulo. Mandacaru, (s/d).

CRUZ, Rafael de la. Os novos movimentos sociais: encontros e desencontros com a democracia. In: **Uma revolução no cotidiano? Os novos movimentos sociais na América do Sul**. São Paulo, Editora Brasiliense, 1987.

COIMBRA JUNIOR, Carlos E. A. **Uma conversa com Frederico Simões Barbosa**. Cad. Saúde Pública v.13 n.1 Rio de Janeiro jan./mar. 1997. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/trsvMVCWmyRGwxjpmRsvKXP/?lang=pt>> Acesso em de março de 2020.

CONDINI, Martinho. **Dom Helder Câmara, arcebispo de Olinda e Recife, e o Concílio Vaticano II (1962-1965)**. Revista Último Andar, n. 24, dezembro de 2014. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/ultimoandar/article/view/21521/15770>. Acesso em 15 de janeiro de 2021.

CONDINI, Martinho. **DOM HÉLDER CÂMARA: modelo de esperança na caminhada para a paz e justiça social**. 2004, 131 f. Dissertação (mestrado em ciências da religião). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/1998/1/Martinho%20Condini.pdf> Acesso em 18 de janeiro de 2021.

CONTINI, Silvia. **Visita do Papa busca recuperar espaço da Igreja**. Quinzena, 15/11/91. Disponível em: <<http://www.cpvsp.org.br/upload/periodicos/pdf/PQUINSP111991127.pdf>>. Acesso em: 15 de novembro de 2020.

COSTA, Nilson do Rosário. O Banco mundial e a política social nos anos 90: a agenda para a reforma do setor saúde no Brasil. In: COSTA, Nilson Rosário da; RIBEIRO, José Mendes (orgs). **Política de saúde e inovação institucional**. Rio de Janeiro, ENSP, 1996.

COSTA, Daianny. Verbetes Políticos. In: STRECK, Danilo R, REDIN, Euclides e ZITKOSKI, Jaime José (orgs.) **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

COSTA, E.A. **1967 um mergulho no Amazonas**: em busca da medicina pública para o Brasil. Barueri, São Paulo, Novo Século Editora, 2018.

CUNHA, Euclides. **Os sertões**. São Paulo: Três, 1984. Disponível em: <<http://www.dominipublico.gov.br/download/texto/bv000091.pdf>>. Acesso em 19 de dezembro de 2021.

DAVID, H. M. S.L. Do povo de Deus à institucionalização domesticadora: mudanças e passagens em duas décadas de Educação Popular com Agentes Comunitários de Saúde. In: **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede de educação popular e saúde. VASCONCELOS, E. M; PRADO, E.V. (orgs). São Paulo, Hucitec, 2017

Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários, URSS, 1978. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em 20 de setembro de 2020.

DOIMO, A. M; RODRIGUES, M. M. A. **A formulação da nova política de saúde no Brasil em tempos de democratização**: entre uma conduta estatista e uma concepção societal de atuação política. Revista Sociedade e Política nº 3, out/2003, p. 95-115. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/2022/1767>. Acesso em: 17 de janeiro de 2020.

DURÃO, A.V. R. et al. **Qualificação e Gênero no Trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde**, s.d. Trabalhadores Técnicos em Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/14086/2/Trabalhadores%20T%C3%A9cnicos%20em%20Sa%C3%BAde_Qualificacao%20e%20Genero%20no%20Trabalho%20das%20ACS.pdf> Acesso em 25 de julho de 2021.

DURIGUETTO, Maria Lycia; BALDI, Luiz Agostinho de Paula. **Serviço Social, mobilização e organização popular: uma sistematização do debate contemporâneo**. Revista Kátal, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 193-202, jul./dez. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rk/a/5yKQcYhZCF9J6GxhYz7dXYs/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em 02 de julho de 2021.

EDITORIAL 1. O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e a Saúde do Nordeste. Revista Brasileira de Enfermagem. vol.29, nº.4, Brasília Out./Dec. 1976.

Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671976000400005. Acesso em 16 de outubro de 2020.

EGGERT, E. As muitas margens da Educação Popular. In: STRECK, Danilo R, ESTEBAN, Maria Tereza (orgs.). **Educação Popular lugar de construção social e coletiva**. Petrópolis: Vozes, 2013.

ESCOREL, Sarah. **A experiência acumulada do movimento sanitário: os projetos institucionais**. Scielo books. Editora Fiocruz, 2012. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/qxhc3/pdf/escorel-9788575413616-09.pdf>>. Acesso em 15 de novembro de 2020.

FALCÃO D; GAZIR, A. **Governo ofereceria apenas uma "cesta básica" de serviços e pagaria procedimentos complexos de pacientes carentes :Opas defende fim do atendimento gratuito**. Folha de São Paulo, São Paulo, 14 de dezembro de 1998. Seção Cotidiano. Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff14129815.htm>>. Acesso em 26 de dez. de 2019.

FAVRETTO, A. **Pastoral da saúde na paróquia**. São Paulo, Loyola, 1994.

FILIPPON, J. **A abertura da saúde nacional ao capital estrangeiro: efeitos do mercado global no Brasil**. Revista Saúde e Debate, Rio de Janeiro, v. 40, n. 107, p. 1127-1137, Out-Dez 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2015.v39n107/1127-1137>>. Acesso em 28 de Junho de 2020.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLORES, Oviromar. **Agente comunitário de Saúde: caracterização da sua formação sócio-histórica como educador em saúde**. 2007. 208 f. Tese (doutorado em ciências da saúde). Universidade de Brasília.

FERREIRA, J. R; BUSS, P. M. **ATENÇÃO PRIMÁRIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE**. In: BRASIL. **As cartas da promoção da saúde**. Ministério da saúde, Brasília, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf> Acesso em 07 de Abril de 2020.

FERREIRA, N. S. A. **As pesquisas denominadas “Estado da arte”**. Revista Educação & Sociedade, ano XXIII, n. 79, Agosto/2002. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/es/v23n79/10857.pdf>> Acesso em 25 de fev. de 2020.

FILGUEIRAS, Luiz. **O neoliberalismo no Brasil: estrutura, dinâmica e ajuste do modelo econômico**. S.d. Disponível em: <<http://www.flexibilizacao.ufba.br/C05Filgueiras.pdf>>. Acesso em: 05 de julho de 2021.

FLEURY, Sônia. **É possível um SUS público e universal no contexto do capitalismo contemporâneo?** 2018. Disponível em: < <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/acontece-na-epsjv/e-possivel-um-sus-publico-e-universal-no-contexto-do-capitalismo>>. Acesso em 12 de julho de 2021

FONSECA, C. M. O. Saúde pública no governo Vargas. In: PONTE, Carlos Fidelis, FALLEIROS, Ialê (organizadores). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/cap_5.pdf>. Acesso em 05 de outubro de 2020.

FONSECA, R. M. G. S; FORNARI, L. F; LOURENÇO, R. G. **Desafios da Atenção Básica no cuidado à população em tempo de pandemia**. Enfermagem na Atenção Básica no contexto da Covid-19. 2.ed. Brasília, DF, Editora ABEn, 2020. Disponível em: < <https://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2021/03/e3-atencaobasica-cap1.pdf>>. Acesso em 28 de setembro de 2021.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da Sociedade**: curso no College de France (1975-1976). São Paulo, Martins Fontes, 1999. Disponível em: <<https://joaocamillopenna.files.wordpress.com/2018/05/foucault-michel-em-defesa-da-sociedade.pdf>> Acesso em 14 de outubro de 2021.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**: I A vontade de saber. Rio de Janeiro, edições Graal, 1988. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/1226/foucault_historiadasesexualidade.pdf> Acesso em 05 de outubro de 2021.

FREEDHEIM, S. B. **Why fewer bells toll in ceara**: success of a community health worker program in Ceara, Brazil, 1993, 87 f. Tese (Master of city planning) Massachusetts Institute of Technology.

FREITAS, A. L. S. Verbete conscientização. In: STRECK, Danilo R, REDIN, Euclides e ZITKOSKI, Jaime José (orgs.) **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

FREITAS, A. L. S. Verbete saber de experiência feito. In: STRECK, Danilo R, REDIN, Euclides e ZITKOSKI, Jaime José (orgs.) **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

FREIRE, A. M. A. Verbete inédito viável. In: STRECK, Danilo R, REDIN, Euclides e ZITKOSKI, Jaime José (orgs.) **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2016.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 17ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987. Disponível em: <https://cpers.com.br/wp-content/uploads/2019/10/Pedagogia-do-Oprimido-Paulo-Freire.pdf>. Acesso em 24 de abril de 2021.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**. São Paulo, Paz e Terra, 2011.

FREIRE, Paulo. **Professora, sim; Tia não**: cartas a quem ousa ensinar. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2015.

FREIRE, Paulo. **Política e educação**: ensaios. São Paulo, Cortez, 2001.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da indignação**: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo, Unesp, 2000. Disponível em: <<https://nepegeo.paginas.ufsc.br/files/2018/11/Paulo-Freire-Pedagogia-da-indigna%C3%A7%C3%A3o.pdf>>. Acesso em 27 de junho de 2020

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987. Disponível em: <<https://cpers.com.br/wp-content/uploads/2019/09/5.-Educa%C3%A7%C3%A3o-como-Pr%C3%A1tica-da-Liberdade.pdf>>. Acesso em: 25 de novembro de 2021.

FREIRE, Paulo. **Criando métodos de pesquisa alternativa**: aprendendo a fazê-la melhor através da ação. In: BRANDÃO, Carlos Rodrigues (org). **Pesquisa Participante**. São Paulo, Editora brasiliense, 1990.

FREIRE, Paulo. **A importância do ato de ler**: três artigos que se complementam. São Paulo. Autores associados: Cortez, 1989. Disponível em: <https://educacaointegral.org.br/wp-content/uploads/2014/10/importancia_ato_ler.pdf>. Acesso em 17 de fevereiro de 2021.

FREIRE, Paulo; SHOR, I. **Medo e Ousadia**: o cotidiano do professor, 1986. Disponível em: <http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/otp/livros/medo_ousadia.pdf>. Acesso em 12 de julho de 2021.

FURTADO, Rafael Nogueira; CAMILO, Juliana, Aparecida Oliveira. **O conceito de biopoder no pensamento de Michel Foucault**. Revista Subjetividades, Fortaleza, 16(3): 34-44, dezembro, 2016. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rs/v16n3/03.pdf>> Acesso em 15 de outubro de 2021.

GEROLOMO, Moacir; PENNA, Maria Lycia Fernandes. **Os Primeiros Cinco Anos da Sétima Pandemia de cólera no Brasil**. Informe Epidemiológico do SUS, 1999, 8(3):49-58. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/iesus/v8n3/v8n3a03.pdf>>. Acesso em 12 de fevereiro de 2020.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo, Atlas, 2002.

GINZBURG, Carlo. **Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989

GHIGGI, Gomercido; KAVAYA, Martinho. Verbete. Introjeção/extrojeção. In: STRECK, Danilo R, REDIN, Euclides e ZITKOSKI, Jaime José (orgs.) **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

GIFFIN, K; SHIRAIWA, T. **O Agente Comunitário de Saúde Pública**: a proposta de Manguinhos. Cadernos de Saúde pública, RJ, 5 (1): 24-44. Jan/mar, 1989. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v5n1/04.pdf>>. Acesso em 15 de dez. de 2020.

GUARESCHI, Pedrinho. Empoderamento (Verbetes). In: STRECK, Danilo R, REDIN, Euclides e ZITKOSKI, Jaime José (orgs.) **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

GUEDES, J.S; SANTOS, R. M. B; LORENZO, R. A. V. **A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo (1995-2002)**. *Revista Saúde e sociedade*. São Paulo, v.20, n.4, p.875-883, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/06.pdf>>. Acesso em 21 de setembro de 2020.

HENFIL. **Henfil na China**: antes da coca-cola. Rio de Janeiro: Record, 1986.

HENRIQUES, Marcio Simeone; MAFRA, Rennan Lanna Martins. **Mobilização social em saúde: o papel da comunicação estratégica**, s.d. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/coleciona-sus/2006/28176/28176-402.pdf>>. Acesso em 06 de julho de 2021.

HOBOLD, Felix. **Neoliberalismo e trabalho: a flexibilização dos direitos trabalhistas**, 2002, 178 f. Dissertação (Mestrado em Direito) Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/82629/184873.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acessado em 27 de junho de 2021

IBGE. **Evolução e perspectiva da mortalidade infantil no Brasil**. Rio de Janeiro, IBGE, 1999. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv6685.pdf>>. Acesso em 10 de set. de 2019.

II ENEMEC. **Saúde, uma conquista Popular**. Boletim da Secretaria executiva do 2º ENEMEC, 1981. Disponível em: <<http://cpvsp.org.br/upload/periodicos/pdf/PBENEPE021981002.pdf>>

ILSE, Scherer-Warren; KRISCHKE, P. J. Movimentos Sociais: revolução no cotidiano. In: WARREN, I. S.; KRISCHE, J. P. (Organizadores). **Uma revolução no cotidiano? Os novos movimentos sociais na América do Sul**. São Paulo, Editora Brasiliense, 1987.

JACOBI, Pedro Roberto. Movimentos sociais: teoria e prática em questão. In: **Uma revolução no cotidiano? Os novos movimentos sociais na América do Sul**. São Paulo, Editora Brasiliense, 1987.

JATENE, A. D. Desenvolvimento da Saúde da Família no Brasil. In: **Memórias da saúde da família no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

KIELING, J. F. Verbete Assitencialismo. In: STRECK, Danilo R, REDIN, Euclides e ZITKOSKI, Jaime José (orgs.) **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica, 2010

KONDER, Leandro. **O que é dialética**. São Paulo, Editora brasiliense, 1981.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1969.

KRENAK, Ailton. O amanhã não está à venda. Companhia das Letras, 2020. Disponível em: <<https://ds.saudeindigena.iciet.fiocruz.br/bitstream/bvs/1969/1/Krenak%2C%20Ailton%20-%202020%20%20O%20amanh%C3%A3%20n%C3%A3o%20est%C3%A1%20a%20venda.pdf>>. Acesso em 23 de agosto de 2021.

KRONBAUER, L. G. Verbete Consciência. In: STRECK, Danilo R, REDIN, Euclides e ZITKOSKI, Jaime José (orgs.) **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

KRONBAUER, Luiz Gilberto. **Hermenêutica filosófica**: perspectivas para pesquisa em educação. Cadernos de Educação, Faculdade de Educação - UFPEL, n. 40, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/caduc/article/view/2106>> . Acesso em: 16 out. 2020.

JESUS, Carolina Maria. **Quarto de despejo**. [s.l.]. Edição Popular [1960?]. Disponível em: <https://culturaemarxismo.files.wordpress.com/2019/02/edoc.site_1960-quarto-de-despejo-carolina-maria-de-jesuspdf.pdf>. Acesso em 21 de maio de 2021.

LANDER, Edgardo. Ciências sociais: saberes coloniais e eurocêtricos. In: LANDER, Edgardo (Org). **A colonialidade do saber**: eureurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-

americanas. Colección Sur Sur, CLACSO, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 2005. Disponível em: <<https://ufrb.edu.br/educacaodocampocfp/images/Edgardo-Lander-org-A-Colonialidade-do-Saber-eurocentrismo-e-ciC3AAncias-sociais-perspectivas-latinoamericanas-LIVRO.pdf>>. Acesso em: 27 de outubro de 2021.

LAVALLE, A. G; CARLOS, E; DOWBOR, M; SZWAKO, J. (organizadores). **Movimentos sociais e institucionalização: políticas sociais, raça e gênero no Brasil pós-transição**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2018.

LAVILLE, J. Louis. Solidariedade. Verbete. In HESPANHA, Pedro; & GAIGER, L; CATTANI, D; LAVILLE, J. (Orgs). **Dicionário Internacional da Outra Economia**. Coleção Políticas Sociais, n 1. Coimbra, Portugal. Ed. Almedina. 2009

LAVOR, A. C. H. O Agente Comunitário: um novo profissional da saúde. In: **Memórias da saúde da família no Brasil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf>. Acesso em 12 de abril. 2020

LAVOR, A. C; LAVOR, M. C; LAVOR, I. C. **Agente Comunitário de Saúde: um novo profissional para novas necessidades da saúde**. Revista Sanare. Ano V, n.1, Jan./Fev./Mar. 2004. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/130/122>>. Acesso em 12 de dez. 2019

LAVOR, A. C. H. **A Influência Sueca na Saúde do Mundo**, s.d. (no prelo)

LAVOR, A. C. H. **Desafios aos pesquisadores da Estratégia Saúde da Família**, s.d. (no prelo)

LAVOR, I. C. **Silenciadores de sinos**. Fortaleza, 2018 (no prelo)

LAPASSADE, Georges. **Grupos, organizações e instituições**. Rio de Janeiro, F. Alves, 1977.

L'ABBATE, Solange. Comunicação e Educação: uma prática de saúde. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

LIMA, J. C; MOURA, M. C. **Trabalho atípico e capital social: os agentes comunitários de saúde na Paraíba**. Revista Sociedade e Estado. Brasília, v. 20, n. 1, p. 103-133, jan./abr. 2005. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922005000100006&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 12 de ago. de 2020.

LIMA, M.C. **Saúde rural**: a organização, práticas assistenciais, e participação popular na saúde das comunidades rurais, remanescentes de quilombolas e comunidades caiçaras do Vale do Ribeira – SP, 2016, 239f. Tese (doutorado em medicina preventiva). Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-20092016160640/publico/MonicaCorreiaLimaVersaoCorrigida.pdf>>. Acesso em 18 de novembro de 2020.

LISPECTOR, Clarice. **Água Viva**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1987.

LINS, Auristela Maciel; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **O discurso da institucionalização de práticas em saúde: uma reflexão à luz dos referenciais teóricos das ciências humanas**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 18 [3], 2008.

LOURAU, René. **A análise institucional**. Petrópolis, Rio de Janeiro, Vozes, 2014.

MATOS, Aécio Gomes de. **Organização social de base: reflexões sobre significados e métodos**. Ministério do desenvolvimento agrário, Editorial Abraré, 2003.

MATIAS, Jorge. **Origem da Solidariedade** – Entrevista a Jean Louis Laville, 2005. Disponível em: <http://sites.ecclesia.pt/caritas.pt/cr/index.php?option=com_content&view=article&id=163:origem-da-solidariedade--entrevista-a-jean-louis-laville&catid=13:solidariedade&Itemid=20> Acesso em 15 de março de 2020.

MAZZA, M. M. P. R. **A visita domiciliária como instrumento de assistência**. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, São Paulo, IV (2), 1994. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/268309707.pdf>> Acesso em 25 de junho de 2021

MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETI, Bruno. Ademar Arthur Chioro REIS. **O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade**, Revista Saúde em debate. Rio de Janeiro, Vol. 43. Dez 2019. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe5/58-70/pt>>. Acesso em 29 de junho de 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. Ed. São Paulo, Hucitec, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa; DESLANDES, Suely Ferreira (Orgs.) **Caminhos do Pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

MINAYO, M. C. de S.; D'ELIA, J. C.; SVITONE, E. **O Programa Agentes de Saúde do Ceará: um estudo de caso.** Fortaleza: UNICEF, set. 1992.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. **Análise qualitativa:** teoria, passos e fidedignidade. Revista Ciência e saúde coletiva vol.17 no.3 Rio de Janeiro Mar. 2012.

MINAYO, M. C. S. Contribuições da antropologia para pensar a saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; JUNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva.** [S. l.] Editora Hicitec; Fiocruz [S. d.]. Disponível em: <<https://professor-ruas.yolasite.com/resources/Tratado%20de%20Saude%20Coletiva.pdf>>. Acesso em 19 de janeiro de 2021.

MIYASAKA, Lincoln Sakiara. **Minha visão da prática médica na China.** Diagn Tratamento. Carta ao editor, 2011;16(1):42-3. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2011/v16n1/a1868.pdf>> Acesso em 18 de maio de 2021.

MOVIMENTOS POPULARES: articulação nacional. **Jornal Quinzena**, São Paulo, 15 de novembro de 1991. Disponível em: <<http://www.cpvsp.org.br/upload/periodicos/pdf/PQUINSP111991127.pdf>>. Acesso em 15 de abril de 2020.

NASCIMENTO, E. P. L; CORREA, C. R. S; NOZAWA, M. R. **O município de Campinas e a organização da Secretaria Municipal de Saúde.** Revista de Ciências Médicas. Campinas, vol. 16, p. 161-173, maio/jun., 2007. Disponível em: <<https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/1059/1035>> Acesso em: 23 de fevereiro de 2021.

NATIONS, M. **Corte a mortalha:** o cálculo humano da morte infantil no Ceará. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2009. 192p. (Coleção Antropologia e Saúde). Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/fmnch>>. Acesso em: 15 de set. 2019.

NEVES, F. de C. **Curral dos bárbaros:** os campos de concentração no Ceará (1915 – 1932). Revista brasileira de história, São Paulo, v. 15, n. 39. P. 93-122, 1995.

NEVES, Rita de Cassia. Mediações em distintos campos de articulação: Saúde Indígena no Nordeste: compreensões e perspectivas sobre mediação e dilemas da interculturalidade. In: TEIXEIRA. C. C; VALLE, C. G; NEVES, R. C. **Saúde, mediações e mediadores.** Brasília: ABA Publicações; Natal: EDUFERN,2017. Disponível em: <http://www.aba.abant.org.br/files/140_00196809.pdf> Acesso em 10 de outubro de 2021

NORONHA, Gustavo Souto; FALCÓN, Maria Lycia de Oliveira. **A disputa entre modelos para o campo:** apontamentos sobre a questão agrária no Brasil em busca de um novo paradigma. Revista Saúde e Debate, v. 42, n. especial 3, p. 183-198, Nov. 2018. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe3/183-198/pt>>. Acesso em: 14 de Agosto de 2021.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira:** contribuições para a compreensão crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2013.

PEREIRA, E; NASCIMENTO, L; CORREA, S. R. C. NOZAWA. M. R. **O município de Campinas e a organização da secretaria municipal de saúde.** Disponível em: <<https://www2.ibfc.org.br/concurso/prefeitura-campinas-1002/docs/historia-da-saude-publica-em-campinas.pdf>>. Acesso em 25 de fevereiro de 2020

OLIVEIRA, Rosiska Darcy; OLIVEIRA, Miguel Darcy. Pesquisa social e ação educativa: conhecer a realidade para poder transformá-la. In: BRANDÃO, Carlos Rodrigues (org). **Pesquisa Participante.** São Paulo, Editora brasiliense, 1990.

OLIVEIRA, M. W. **Educação Popular e Saúde.** Revista de Educação Popular, Uberlândia, v. 6, p.73-83. jan./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/19898/10623>>. Acesso em 25 de fevereiro de 2020.

OLIVEIRA, R. M. **Pistas para entender a crise na relação entre técnicos e classes populares:** uma conversa com Victor V. Valla. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, Vol. 19. jul-ago, 2003. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2003.v19n4/1175-1187/pt>>. Acesso em: 18 de junho de 2021.

OSOWSKI, C. I. Verbete situações-limite. In: STRECK, Danilo R, REDIN, Euclides e ZITKOSKI, Jaime José (orgs.) **Dicionário Paulo Freire.** Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

PIRES, Denise. **O saber e as práticas de saúde no Brasil e sua apropriação pela Medicina e pela Enfermagem Institucionalizadas,** 1988. 274 f. Dissertação (mestrado em sociologia política). Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/75508/99544.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 10 de fevereiro de 2020

QUEIRÓS, A. A. L. **A institucionalização do trabalho dos Agentes Comunitários de saúde em Recife.** 2008. 153 f. Dissertação (mestrado em saúde coletiva) Universidade Federal de Pernambuco.

RAMOS, Tereza. **Entrevista.** Revista Trabalho, educação e saúde [online]. 2007, vol.5, n.2,pp.381-384. Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1981-77462007000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 28 de dezembro de 2020.

RAICHELES, Raquel. **Intervenção profissional do assistente social e as condições de trabalho no Suas**. Serviço Social e Sociedade. nº.104, São Paulo Out./Dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000400010> Acesso em março de 2021.

RICCI, Rudá. **Os desafios dos Movimentos Sociais Hoje**. Revista do Instituto Humanitas Unisinos. São Leopoldo, ed. 325, 2010. Disponível em: <<https://www.ihuonline.unisinos.br/media/pdf/IHUOnlineEdicao325.pdf>> Acesso em 25 de fevereiro de 2021.

SÁ JÚNIOR, L. S. M. Diretrizes para a política de saúde de um governo popular e democrático. Cadernos de Saúde Pública, Vol. 3, jul/set, 1987. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/T4McxTPP87sYzLgCLszsXBR/?lang=pt#>> Acesso em 15 de janeiro de 2021.

SANTANA, José Paranaguá; CASTRO, Janete Lima. **Os sanitaristas de Jucás e o Agente de Saúde**: Uma Entrevista com Antonio Carlile Holanda Lavor e Miria Campos Lavor. Natal: Una, 2016.

SANTANA, J. F. N. P. **Estudo sobre a saúde infantil no projeto Planaltina – DF 1978**. 1980. 146 f. Dissertação (mestrado em medicina tropical) Programa de Pós-graduação em Medicina Tropical. Universidade de Brasília, Brasília – DF, 1980.

SANTOS, M. R; PIERATONI, C. R; SILVA, L. L. **Agentes Comunitários de Saúde**: experiências e modelos do Brasil. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [4]: 1165-1181, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a06v20n4.pdf>>. Acesso em 21 de setembro de 2020.

SANTOS, M. R. **Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde da região de Juiz de Fora – MG**. 2006, 172 f. Tese (doutorado). Instituto de Medicina Social. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.bdt.d.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=6870>. Acesso em 19 de setembro de 2020.

SCHERER-WARREN, Ilse;; KRISCHKE, Paulo J. Movimentos Sociais: revolução no cotidiano. In: SCHERER-WARREN, Ilse;; KRISCHKE, Paulo J. (orgs). **Uma revolução no cotidiano? Os novos movimentos sociais na América do Sul**. São Paulo, Editora Brasiliense, 1987.

SIDI, P. M. CONTE, E. **A hermenêutica como possibilidade metodológica à pesquisa em educação.** Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação, Araraquara, v.12, n.4, p.1942-1954, out./dez. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/9270/6932>>. Acesso em 14 de maio de 2021.

SILVA, A. C. **De Vargas a Itamar: políticas e programas de alimentação e nutrição.** Revista Estudos Avançados. vol.9 nº.23 São Paulo Jan./Abr. 1995. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141995000100007>. Acesso em 16 de janeiro de 2021.

SMEKE, E. L. M. **Saúde e democracia, experiência de gestão popular:** um estudo de caso. 1989, 556f. (Tese) doutorado (saúde coletiva). Faculdade de ciências médicas. Universidade de Campinas.

STRECK, Danilo R, REDIN, Euclides e ZITKOSKI, Jaime José (orgs.) **Dicionário Paulo Freire.** Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

STRECK, D. R. **A educação popular e a (re)construção do público.** Há fogo sob as brasas? Revista Brasileira de Educação v. 11 n. 32 maio/ago. 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbedu/v11n32/a06v11n32.pdf>> . Acesso em 14 de janeiro de 2020.

SILVA, Maria Josefina da. **Agente de saúde:** Agente de mudança? A experiência do Ceará. Fortaleza, Pós-graduação, DENF, UFC, Fundação Cearense de Pesquisa e cultura, 1997.

SILVA, J. A. da; DALMASO, A. S. W. **Agente Comunitário de saúde:** o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

SCHUTZ, F; MIOTO, R. C. T. **Intersetorialidade e política social:** subsídios para o debate. Revista Sociedade em Debate, Pelotas, v. 16, p. 59-75, jan.-jun/2010. Disponível em: <<https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/337>> Acesso em: 19 de fevereiro de 2021.

SCHMIDT, L. K. **Hermenêutica,** Petrópolis, Rio de Janeiro. Editora Vozes, 2012. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=vtsbBAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT6&dq=artigo+sobre+hermen%C3%AAutica&ots=AnhNpnrXpH&sig=ahwuCmhz-rV2qRUZ-IRWqWMUXzU#v=onepage&q=artigo%20sobre%20hermen%C3%AAutica&f=false>>. Acesso em 15 de maio de 2021.

SINGER, P. Movimentos de Bairro. In: SINGER, P.; BRANT, V. C. (orgs). **São Paulo: o povo em movimento**. Petrópolis, RJ. Editora Vozes e CEBRAP, 1982.

SOUTO, L. R. F; OLIVEIRA, M. H. B. **Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal**. Revista Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 204-218, jan-mar 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2016.v40n108/204-218>>. Acesso em 20 de abril de 2020.

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

SOUSA, Maria de Fátima de. **Programa de Saúde da Família: estratégia de superação das desigualdades na saúde? Análise do acesso aos serviços básicos de saúde**. 2007, 268f. (Tese) doutorado (ciências da saúde). Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Disponível em: < <https://repositorio.unb.br/handle/10482/3014>>. Acesso em 15 de julho de 2021.

SOUTO, L. R. F; OLIVEIRA, M. H. B. **Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal**. Revista Saúde e Debate. Rio de Janeiro, v. 40, p. 204-218, Jan/Mar 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ng8xP69Fyq4XmWjGBxVBgLB/?lang=pt#>> Acesso em 15 de fevereiro de 2021.

STOTZ, E. N. **A EP nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980**. Revista Trabalho, Educação e Saúde, v. 3 n. 1, p. 9-30, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462005000100002&script=sci_arttext>. Acesso em 14 de maio de 2020.

STOTZ, E. N. **A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980**. Revista Trabalho, Educação e Saúde, v. 3 n. 1, p. 9-30, 2005 <<https://www.scielo.br/pdf/tes/v3n1/02.pdf>>. Acesso em 14 de fevereiro de 2020.

SUNG, J. M. Liberdade (Verbetes). In: STRECK, Danilo R, REDIN, Euclides e ZITKOSKI, Jaime José (orgs.) **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

TEIXEIRA, Carla Costa; PEREIRA, Diogo Neves. Poder e governo nas mediações de agentes comunitárias de saúde. In: TEIXEIRA, C. C; VALLE, C. G; NEVES, R. C. **Saúde, mediações e mediadores**. Brasília: ABA Publicações; Natal: EDUFRN, 2017. Disponível em: <http://www.aba.abant.org.br/files/140_00196809.pdf> Acesso em 10 de outubro de 2021.

TELLES, V. S. Movimentos sociais: reflexões sobre a experiência dos anos 70. In: WARREN, I. S.; KRISCHE, J. P. (Organizadores) **Uma revolução no cotidiano?** Os novos movimentos sociais na América do Sul. São Paulo, Editora Brasiliense, 1987.

TENDLER, J. **Bom governo nos trópicos:** uma visão crítica. Tradução de Maria Cristina Cupertino. Rio de Janeiro: Editora Revan, Brasília: DF: ENAP, 1998. (Tradução de: Good government in the tropics).

TESTON, Luci Maria et al. **Avaliação no SUS:** uma crítica à ideologia do produtivismo no capitalismo contemporâneo, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/wtcY5g8D3bJG3WYNLL7sDWD/?lang=pt>>. Acesso em 01 de julho de 2021.

TORRES, R. M. **Discurso e prática em Educação Popular.** Ijuí, Unijuí, 1988.

TROMBETTA, S; TROMBETTA, L. C. Verbete. Inacabamento. In: STRECK, Danilo R, REDIN, Euclides e ZITKOSKI, Jaime José (orgs.) **Dicionário Paulo Freire.** Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

VALLA, V. V; STOTZ, E. N. **Participação popular, educação e saúde:** teoria e prática, Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1993.

VALLE, Carlos Guilherme. Mediadores e *experts* biossociais: saúde, ativismo e a criminalização da infecção do HIV. In: TEIXEIRA, C. C; VALLE, C. G; NEVES, R. C. **Saúde, mediações e mediadores.** Brasília: ABA Publicações; Natal: EDUFRN, 2017. Disponível em: <http://www.aba.abant.org.br/files/140_00196809.pdf> Acesso em 10 de outubro de 2021

VASCONCELOS, Eymard Mourão. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão (org.) **Espiritualidade no trabalho em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2015.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação Popular em saúde: de uma prática subversiva a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. In: STRECK, Danilo R, ESTEBAN, Maria Tereza (orgs.). **Educação Popular:** lugar de construção social e coletiva. Petrópolis: Vozes, 2013

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação Popular e atenção à saúde da família.** São Paulo. Hucitec, 1999.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação Popular nos serviços de saúde.** São Paulo. Hucitec, 1989.

VASCONCELOS, Eymard Mourão **Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde**. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):67- 83, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a05.pdf>>. Acesso em 05 de fevereiro de 2020.

VIEIRA-MEYER, A. P. F. G. **Entrevista: Dr. Carlile**. *Revista Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 153-160, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000500153>. Acesso em 20 de jan. de 2020.

VELHO, Gilberto. Biografia, trajetória e mediação. In: VELHO, G; KUSCHNIR, K. (orgs). **Mediação cultura e Política**. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2001.

WANDERLEY, Luiz Eduardo. **Educação Popular: metamorfoses e veredas**. São Paulo: Cortez, 2010

WACHOWICZ, L. A. **A dialética na pesquisa em educação**. *Revista Diálogo Educacional* - v. 2 - n.3 - p. 171-181 - jan./jun. 2001. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/dialogoeducacional/article/view/3541/3457>>. Acesso em 26 de mai. de 2020.

WACHIL, E. L. **A utilização do grupo como instrumento de trabalho da(o) assistente social**. 2018, 58 f. TCC (bacharelado em serviço social). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: < <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/193318>>. Acesso em 26 de fevereiro de 2021.

WARSCHAUER, M; CARVALHO, Y. M. **O conceito “Intersectorialidade”**: contribuições ao debate a partir do Programa *Lazer e Saúde* da Prefeitura de Santo André/SP. *Revista Saúde e Sociedade*. Vol. 23 jan-mar 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sausoc/2014.v23n1/191-203/pt/#>>. Acesso em 17 de dezembro de 2021.

WARREN, I. S. O caráter dos novos movimentos sociais. In: WARREN, I. S.; KRISCHE, J. P. (Organizadores) **Uma revolução no cotidiano?** Os novos movimentos sociais na América do Sul. São Paulo, Editora Brasiliense, 1987.

WARREN, I. S.; KRISCHE, J. P. (Organizadores) **Uma revolução no cotidiano?** Os novos movimentos sociais na América do Sul. São Paulo, Editora Brasiliense, 1987.

WEBER, M. **Ensaio de Sociologia**. Rio de Janeiro. Editora Guanabara, 1982.

WEBER, M. **Max Weber**. Coleção os pensadores, São Paulo: Abril Cultural, 1985.

WEYH, Cênio. Participação (Verbetes). In: STRECK, Danilo R, REDIN, Euclides e ZITKOSKI, Jaime José (orgs.) **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica, 2010

WERNER, David. **Onde não há médico**. São Paulo: paulinas, 1984.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

QUADRO COM QUANTIDADE DE ACS POR UNIDADE FEDERATIVA

Unidade Federativa	Número de ACS
Acre	1.761
Alagoas	6.397
Amapá	1.387
Amazonas	7.323
Bahia	26.129
Ceará	15.843
Distrito Federal	1.402
Espírito Santo	5.297
Goiás	8.843
Maranhão	17.105
Mato Grosso	5.379
Mato Grosso do Sul	4.891
Minas Gerais	34.625
Pará	15.594
Paraíba	8.809
Paraná	12.988
Pernambuco	16.218
Piauí	7.584
Rio de Janeiro	16.885
Rio Grande do Norte	6.147
Rio Grande do Sul	11.070
Rondônia	2.907
Roraima	850
Santa Catarina	10.057
São Paulo	34.141
Sergipe	4.531
Tocantins	3.811
TOTAL	287.974

Fonte: CNES

APÊNDICE 2

ROTEIRO PARA CONVERSA COM MULHERES EM JUCÁS

1. Em que fase do trabalho com ACS você atuou (experiência da FEBEMCE, contratação emergencial ou Programa do Estado)?
2. Qual seu envolvimento com a comunidade na época?
3. Quais as exigências para atuar como ACS?
4. Houve alguma preparação para começar a atuar? Como foi?
5. Quem dava a formação?
6. Quais as principais atividades desenvolvidas?
7. Como a comunidade recebia você?
8. Quem planejava, coordenava e avaliava o trabalho?
9. O que você considera como algo importante do trabalho na época?
10. Como você avalia a ampliação do Programa do Ceará para o restante do país?

APÊNDICE 3

ROTEIRO PARA CONVERSA COM CELERINO CARRICONDE

1. Para começar gostaria que você lembrasse um pouco de como foram os antecedentes do exílio. Quais as práticas mais importantes colocaram em risco a integridade física de vocês diante da repressão?
2. Gostaria que você lembrasse um pouco de como foi o exílio. Quanto tempo durou, por onde vocês estiveram e quais as principais vivências nesse período.
3. Quando você(s) retornaram ao Brasil vieram para Recife? O que você encontrou no retorno?
4. A Igreja na década de 70 e 80 em Recife viveu um dos momentos de grande efervescência sobretudo pela atuação de Dom Helder Câmara. Como foi sua relação com a Igreja após seu retorno? Como vocês projetavam o trabalho de vocês e das prioridades?
5. Você(s) tiveram envolvimento com o Projeto de Saúde Casa Amarela e qual o principal foco de ação do Projeto?
6. Recife é uma das referências no Brasil para o surgimento de Agentes Comunitários de Saúde. Tendo participado dos movimentos de base em Recife na década de 1970, como você(s) se envolveram com trabalhos envolvendo Agentes de Saúde?
7. O que o despertou para o trabalho com plantas medicinais?
8. Você recorda em que ano aconteceu o primeiro encontro de Curandeiros, rezadeiras e raizeiros? Qual o principal objetivo do Encontro? Perfil das/dos participantes?
9. Qual sua avaliação do trabalho de base em Recife no período em torno da década de 1970?
10. Qual seu entendimento sobre o modelo de atenção à saúde estabelecido com os Agentes de Saúde a partir de 1991 e do PSF a partir de 1994?
11. Em um momento de uma de nossas conversas você defendeu a ideia de que o trabalho popular deve ser feito diretamente com o povo sem a mediação de líderes. Como você vê o

ACS diante dessa questão já que eles eram inicialmente em muitos casos animadores comunitários e atualmente cumprem o papel de mediador?

12. Aspectos importantes que gostaria de acrescentar

APÊNDICE 4

ROTEIRO PARA CONVERSA COM CARLILE LAVOR

1. Carlile, em trecho da entrevista a Santana e Castro você diz o seguinte:

*“O agente de saúde que eu idealizo se diferencia de outros profissionais **pela sua formação social**. E isso se deve a Miria. O objetivo do trabalho dos agentes tradicionais de saúde é traçado só na perspectiva médica: convencer as mães a vacinar os filhos, ir para o pré-natal, usar o soro caseiro etc. Tudo isso é objetivo médico. Não está errado, mas, como fazer essas atividades de forma diferente? Com objetivos mais amplos? Foi Miria que planejou, discutiu e aprimorou nas nossas experiências. **O que caracteriza o agente de saúde é a forma como ele trabalha, e essa forma foi pensada por Miria e pelo grupo de serviço social lá do Projeto Planaltina. O modelo veio de lá.**”*

Esse trecho dá ênfase ao papel social do ACS pensado por profissionais do serviço social e por isto este profissional torna-se central na construção do ACS, desde Brasília até a criação do Programa no Ceará. Depois disso, pelo que a literatura mostra, o assistente social saiu de cena. O que você acha disso e o que isso significa pra você que participou dessa história desde o início? Esse assunto chegou a ser conversado entre você e Míria? Como vocês dialogavam sobre isso, no passar dos anos?

2. No artigo “Agente Comunitário de Saúde: um novo profissional para novas necessidades da saúde” publicado pela revista SANARE em 2004 consta o seguinte trecho:

“As assistentes sociais da Fundação de Serviço Social do Distrito Federal dominavam bem as técnicas para se comunicarem com os moradores da cidade. Estudavam com a Profa. Safira Bezerra Aman, da Universidade de Brasília, a Participação Social, trabalhavam com a Dinâmica de Grupo de Lauro de Oliveira Lima e discutiam as idéias de Paulo Freire”.

Poderia falar um pouco sobre isto? Sobre as inovações pensadas para as práticas com as pessoas das comunidades?

3. Ainda sobre o mesmo artigo, conta nas referências dois documentos que nos chama atenção, são eles:

PROGRAMA INTEGRADO DE SAÚDE COMUNITÁRIA DE PLANALTINA-DF “Manual do Auxiliar de Saúde. 1- Aspectos sociais”. Brasília, 1976.

PROGRAMA INTEGRADO DE SAÚDE COMUNITÁRIA DE PLANALTINA- DF “Treinamento do Auxiliar de Saúde. 1 - Aspectos Sociais”. Brasília, 1976.

Você tem algum desses materiais? Tem ideia de onde eu poderia encontra-los?

4. Ainda tem recordações sobre como se deu a elaboração do “documento de criação” do PAS no Ceará?

5. Na entrevista com Santana e Castro, ao falar sobre o desafio do processo de seleção dos primeiros ACS no Ceará (já em âmbito estadual), Míria comenta que ficaram sabendo de uma experiência similar que estava acontecendo na Rocinha e enviaram uma equipe pra lá.

“Soubemos que na Rocinha, no Rio de Janeiro, estavam selecionando um tipo de agente de saúde, e enviamos uma equipe para conhecer a experiência”.

O que ficou na memória sobre isso? Pessoas envolvidas, alguns resultados para o trabalho de vocês?

6. Além de enfermeiros/as, assistentes sociais ficaram lembranças dos profissionais que compunham essa equipe de coordenação do Estado no Ceará?

7. Havia outros assistentes sociais além de Míria? Tinha um lugar legalmente previsto para esse tipo de profissional?

8. Depois de 30 anos de implantação, os espaços do ACS estão bem preenchidos no sistema de saúde? Teria espaços para algum tipo de re-arrumação, especialmente a partir do quadro gerado pela pandemia?

9. Em Jucás vocês tomaram conhecimento de um Encontro que reuniu experiências de saúde comunitária ocorrido em 1980 em Lins – SP? Foi o Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária no qual foram apresentadas várias experiências com diferentes tipos de Agentes de saúde.

10. Em dezembro do ano passado foi lançada a portaria Nº 3.241 que institui o Programa ‘Saúde com Agente’, destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde. Você foi uma das pessoas que começou a estruturar o curso técnico, o que a lembrança permite trazer sobre esta formação técnica?

11. Sabemos que ao longo dos 30 anos do PACS no Brasil os ACS tiveram muitos avanços, você vê alguma perda?

12. Há outras lembranças importantes que possam ter surgido a partir desta conversa?

APÊNDICE 5

ROTEIRO PARA CONVERSA COM HALIN ANTONIO GIRADE

1. Qual lugar no espaço/serviço público você ocupava em 1991? Onde atuava?
2. Você diz que em 1991 o Ministério da Saúde decidiu trabalhar com Agentes Comunitários de Saúde. Como foi isso/essa tomada de decisão?
3. Você diz que havia duas grandes experiências, a do Ceará e de Goiás, a do Ceará nós conhecemos, mas a de Goiás não. Onde aconteceu? Esta história está contada? Como poderemos saber dela?
4. Você diz ter encontrado a Fatima em um Encontro em Salvador – Bahia, foi no encontro macrorregional em 1991? Você pode falar um pouco sobre este momento?
5. Você diz que em 05 e 06 de outubro de 1991 foi tomada a decisão de começar pela Paraíba. Como e porque se deu essa escolha?
6. Para começar na Paraíba havia 86 municípios, 18.900 candidatos e 1.639 vagas. Você poderia falar um pouco sobre esse momento. Como foi o processo inicial, quais as principais dificuldades enfrentadas?
7. Quais teriam sido os 86 municípios? Você tem esses dados? Há mais detalhes sobre estes números?
9. Quais as principais preocupações para a primeira seleção dos primeiros/primeiras Agentes? Quais profissionais faziam parte da/s equipe/s de seleção?
10. Você tem registros sobre a equipe que coordenou a implantação na Paraíba? Quais profissionais a compunham? Lembra-se se havia algum/alguma assistente social?
11. Você poderia fazer uma aproximação em relação ao lançamento nacional do PNACS e o episódio da ida para a Amazônia para ajudar na epidemia de cólera?
12. Como foi essa ida para a o combate à cólera na Amazônia? Que profissionais estavam entre as 280 pessoas que foram para o Estado formar Agentes Comunitários?

13. Como foi essa formação (na Amazônia)? Tinha alguma coisa a ver com a formação que o Ceará tinha dado às Agentes de Saúde?
14. Para a execução na Paraíba, foram feitas alterações no processo de seleção, formação e atuação em relação ao Programa do Ceará?
15. Além do livro da Fatima (Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo) você tem conhecimento de outros registros escritos sobre a temática?
17. Quando você foi secretário de Saúde em Planaltina de Goiás o Programa de Agentes de Saúde foi iniciado assim como em Mambai – GO. Como foi esse início? O Programa foi criado a nível municipal? Decorreu de experiência que já vinham acontecendo? Quem foram os parceiros nesse processo de início do Programa?
18. Entre 1993 e 1999 você respondeu pelos Programas na Infância pelo Unicef em Recife e atuou na Paraíba, em Pernambuco e Alagoas. Você poderia falar um pouco sobre este m

APÊNDICE 6

ROTEIRO PARA CONVERSA COM DIANA MORES

1. Você poderia falar um pouco sobre sua formação? Para trabalhar junto aos movimentos populares no Brasil o que considera mais importante?
2. Destacar o mestrado que fez no Canadá, o tema da pesquisa.
3. Fale sobre a mulher nordestina, a mulher dos movimentos populares? Como elas são, o que é importante para saber chegar até elas para tratar do tema da saúde popular? E os homens dos movimentos populares, como eles são diante do tema da saúde popular, como ser ouvido por eles?
4. A partir de quando e como começou a acontecer para vocês a ligação profunda entre saúde popular e alimentação. Como vocês planejavam o trabalho para fortalecer esta vinculação?
5. Como começou, como iniciada foi a formação de Agentes de Saúde em Recife? Quanto tempo durava? Com que outros grupos vocês trabalhavam?
6. Se possível destacar aspectos da formação dos ACS.
7. Que tipos e financiamento davam suporte às ações de saúde comunitária nas quais vocês estavam envolvidos?
8. Você acha possível que um projeto de sociedade baseado em um ideal de justiça social possa ser desenvolvido dentro das instâncias do estado?

APÊNDICE 7

ROTEIRO PARA CONVERSA COM FATIMA SOUSA

1. Fale da conjuntura dos anos 1990 e da sua experiência prévia e de suas equipes de trabalho para estarem conduzindo um movimento pioneiro da saúde na Paraíba e no país?
2. Na linha do tempo, o que recordar das principais características do Agente Comunitário de Saúde no começo da implantação do Programa aqui na Paraíba? Quais as ciladas que vocês pretendiam evitar?
3. Fale das orientações mais importantes que vocês garantiram ao Programa na PB e o que permaneceu para a implantação e a evolução do lugar do ACS na Política Nacional de Atenção Básica à saúde no Brasil?
4. Fale sobre a ideia de convidar Míria para a formação dos ACS na Paraíba? Como estava se desenhando na Paraíba o lugar da Assistência Social para compor a formação e o acompanhamento das ações que envolviam o ACS? O que pensar sobre isso hoje?
6. Você diz em suas pesquisas de dissertação, transformadas no livro “Choque de povo”, que, para a implantação do Programa, havia a preocupação de o ACS não ser um funcionário público tradicional, 30 anos depois você acha que isto aconteceu? Se sim, por quais motivos?

APÊNDICE 8

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

CENTRO DE EDUCAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

DOUTORADO EM EDUCAÇÃO

Convidamos o Sr(a) para participar da pesquisa “*Os impactos do processo de institucionalização nas organizações educativas de base: uma análise a partir do Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS*” de responsabilidade da pesquisadora Francikely da Cunha Bandeira, doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Educação – PPGE, na linha de Educação Popular na Universidade Federal da Paraíba, tendo como orientador o Prof. Dr. Luiz Gonzaga Gonçalves.

A pesquisa pretende investigar se e de que modo a institucionalização do PACS atingiu as organizações de base às quais está atrelado o surgimento do Agente de saúde. Sua participação em nossa pesquisa ocorrerá através de entrevistas (semiestruturadas e/ou do tipo grupo focal) que serão analisadas e utilizadas como fonte de dados para a construção do trabalho de tese. Por se tratar de pesquisa com realização de entrevista com sujeitos, cabe a nós enquanto pesquisadora, informar que de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, a pesquisa lhe oferece riscos mínimos ou imprevisíveis, como uma eventual crítica, ou mesmo alguma incompreensão manifesta por algum (a) colega, participante do grupo.

Se depois do consentimento de sua participação o Sr.(a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento para o uso das entrevistas em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente dos motivos e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr.(a) não arcará com nenhuma despesa e também não receberá incentivo financeiro. Para qualquer outra informação, o (a) Sr.(a) poderá entrar em contato com a pesquisadora no endereço Universidade Federal da Paraíba – UFPB, Campus I, Centro de Educação, situada no Bairro Castelo Branco, João Pessoa – PB, CEP 58.051-900 ou pelo telefone (83) 9684 5389 ou e-mail: kely01kely@hotmail.com

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre os objetivos estritamente acadêmicos da pesquisa, bem como da necessidade que a pesquisadora tem da minha colaboração, entendendo que minha participação se deu por decisão própria. Por isso, concordo em participar do projeto, autorizo a realização das entrevistas e o uso dos meus depoimentos para a construção do trabalho da pesquisadora

sabendo que não vou ganhar nenhuma remuneração nem terei despesas e que posso sair da pesquisa quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

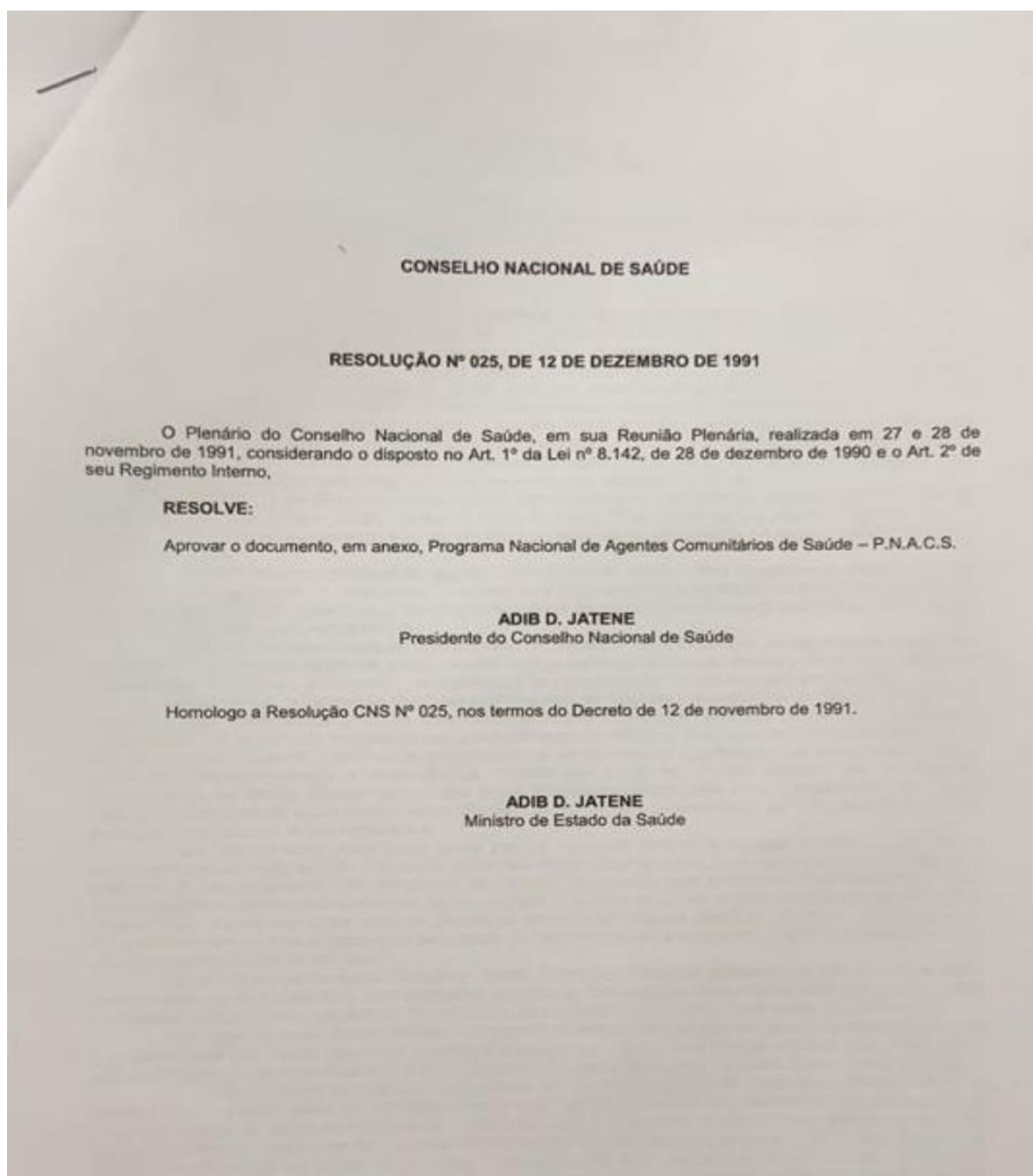
Assinatura do/da Participante

Assinatura da Pesquisadora
Responsável

Data: _____/_____/_____

ANEXOS

ANEXO 1 – Parecer do Conselho Nacional de Saúde



Fonte: arquivo pessoal Halin Girade (cedido)

MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

PARECER DA COMISSÃO CRIADA PELO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SOBRE O
PROGRAMA NACIONAL DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE – P.N.A.C.S.

CONSIDERAÇÕES:

1. Configura o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde um clássico programa vertical idealizado e planejado a nível federal que formou uma **COMISSÃO NACIONAL DO P.N.A.C.S.**, composta por Organismos com experiência nessa área. Em alguns momentos promoveu encontros regionais e estaduais para a exposição e debates sobre a proposta, dos conteúdos o instrumentos, ficha de inscrição, critérios de seleção, provas de seleção a serem aplicadas de forma igual em todas as partes do País, Programas com tais características vem sendo condenados já há várias décadas e historicamente não tem sido eficientes.

2. A luz de nossa Constituição e das Leis nºs 8.080 e 8.142, constitui-se **PNACS** um Programa **caracteristicamente de Nível Municipal**; entretanto a proposta é que ele seja operacionalizado pelos Estados. Exclui-se o município praticamente de todo o processo, inclusive do recrutamento e seleção. Representa essa exclusão do município um autêntico desrespeito à sua autonomia, assegurada na Lei.

3. Trata-se de um Programa de assistência simplificada sem a garantia de integralidade das ações de saúde o que contradiz a Lei nº 8.080, Capítulo II, Artigo 7º, Item II, IV e XII, de vez que não expressa em nenhum momento a intenção de recuperação e aprimoramento da rede básica de serviços de saúde, visando garantir a sua resolutividade.

4. Corre o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde o risco de agravar as atuais distorções na estrutura organizacional do setor saúde, ao incorporar à força de trabalho da saúde um enorme contingente de pessoal sem qualificação específica, o se somará aos cerca de 300.000 atendentes já existentes na rede e que carecem de formação e acompanhamento.

5. Por ser um trabalho que se realiza a nível de famílias e de comunidade, **os agentes de saúde não devem receber por ação prestada**, porque muitas dessas ações gradualmente podem e devem ser assumidas pelas próprias famílias e a comunidade, como processo de serem agentes de sua própria transformação.

Nesse sentido, a **Comissão Nacional do Programa de Agentes Comunitários de Saúde**, no dia 21 de agosto de 1991 formalizou um Ofício ao Excelentíssimo Senhor Ministro de Estado da Saúde, externando a sua preocupação com a forma de pagamento por "**procedimentos realizados**" mas sem mediante planejamento pré-estabelecidos por objetivos. Propôs ainda a elaboração de um **Sistema de Informação que tenha condições de servir ao acompanhamento e avaliação do PNACS por objetivos**. Propôs também que os **Agentes Comunitários de Saúde fossem absorvidos pelas Prefeituras Municipais com o pagamento de 1 (um) salário mínimo mensal**, evitando com isso o alto risco de corrupção e o desestímulo da Comunidade para a sua participação na solução de seus problemas.

Esse fato se torna mais grave ainda por ser na atual conjuntura do país impossível controlar o pagamento por produção que não interfira na delicada e fundamental participação consciente da comunidade para a solução de seus problemas. Além desse fator de estratégia importância para a melhoria da saúde no País, que é o envolvimento e participação consciente da comunidade, a história indica ser o pagamento por produção nesse nível de alto risco de corrupção, além de gerador de desvios dos próprios objetivos. As doenças passam a ser fonte de renda em relação a algumas dessas ações em vez de levarem a auto suficiência das famílias, que é um dos objetivos desse tipo de trabalho.

6. Os Programas de Ações Básicas de Saúde, Nutrição e Educação existentes no País e desenvolvidas por entidades da sociedade civil, com elementos voluntários, das próprias comunidades carentes, podem sofrer um impacto negativo com o advento de um programa remunerado e desenvolvido com outras bases ideológicas.

Nas mesmas áreas dessas regiões mais pobres do País as professoras são altamente sub-remuneradas e poderão optar por mudar para esse trabalho e pergunta-se, qual foi a estratégia adotada para evitar que a educação venha a cair ainda mais com a implantação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde?

7. Nesse momento da mais alta importância para a implantação seria decisiva do Sistema Único de Saúde – SUS, é preciso contar-se com todo o apoio do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais para que a municipalização de saúde se processe de modo democrático, organizado e tecnicamente eficiente e que, para tanto, os municípios necessitam ser apoiados na preparação de seus planos e programas de saúde, estruturação dos Fundos Municipais de Saúde, na montagem adequada das suas unidades e na capacitação dos recursos humanos, vemos da parte do Ministério da Saúde a proposta de um programa específico, isolado da rede municipal e que nos parece portanto extemporâneo.

8. Por outro lado, o posicionamento dos Conselhos Municipais de Saúde, a implantação dos requisitos básicos para que os municípios possam receber os recursos financeiros, facilitará a execução de ações mais condizentes com o perfil epidemiológico da população e viabilizará a utilização dos recursos humanos na forma mais efetiva (Lei nº 8.142/90 Art. 4).

PARECER

1. Que o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde não se expanda além do que foi previsto para novembro de 1991 para as Regiões Norte e Nordeste, que já representa um contingente grande demais (20.000 agentes comunitários para a fase inicial). Deverá ser avaliado periodicamente dentro de critérios de eficiência e integração ao Sistema Único de Saúde a nível municipal e estadual.

No primeiro trimestre de 1992 é preciso fazer-se uma avaliação geral para estudar a sua adequação, encaminhando-a ao Conselho Nacional de Saúde.

2. Que o sistema de pagamento dos agentes comunitários de saúde seja referido aos municípios e gerenciado totalmente por eles, no prazo máximo de 6 (seis) meses, em absoluta coerência com o Sistema Único de Saúde, a partir dessa data.

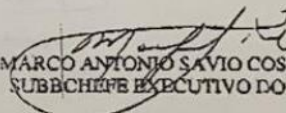
3. Que se estudem em todos os estados e municípios onde houver o trabalho de Agentes Comunitários de Saúde três estratégias de caráter urgentes:

a) Desenvolvimento dos Recursos Humanos que vão cuidar do Treinamento e do Acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde, dentro da Proposta do Convênio realizado entre o Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde e o Conselho de Enfermagem, a Associação Brasileira de Enfermagem e a Federação Nacional dos Enfermeiros no dia 19 de agosto de 1991.

b) Organização do sistema de referência e contra-referência das unidades de saúde que servirão de apoio ao PNACS, incluindo o desenvolvimento dos seus recursos humanos, equipamentos e estrutura financeira, dentro dos critérios previstos no SUS. Como é previsto, a participação comunitária será necessária e imprescindível, através dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde afim de que as Referências e Contra-Referências se façam da forma a mais adequadas às necessidades sentidas das populações carentes, com prioridade ao grupo materno infantil, previsto pela Constituição e pelos estatutos dos direitos da criança e do adolescente.

c) Que se maximizem todos os esforços comunitários já existentes nessa área das Ações Básicas de Saúde, Nutrição e Educação e se procurem soma-los, sem perderem a sua identidade na consolidação do Sistema Único de Saúde/SUS em todos os seus níveis.

ANEXO 2 - Documento sobre Evento de lançamento do PNACS

 Presidência da República			
☐ TELEX	☐ TELEGRAMA	☒ FACSIMILE	
Nº <u>1114</u>	Unidade Expedidora	GMPR/SCH EXEC	Preparado em: <u>12</u> Ago 91
Assunto: PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE			
Destinatário: SR CHEFE DE GABINETE DO MINISTRO DA SAÚDE		25000 MS	
Endereço: BRASÍLIA - DF		018169/91	
		- 67 SCD	
Telefone: FAX: 224-8747			
Número de folhas: 01		Autorizado por:	
O CHEFE DO GABINETE MILITAR DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA PEDIU PARA ALERTÁ-LO, DEVIDO À NECESSIDADE DE ADOTAR AS PROVIDÊNCIAS QUE JULGAR CABÍVEIS, QUE O SR PRESIDENTE DA REPÚBLICA PARTICIPARÁ DO LANÇAMENTO DO PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO DIA 20 AGO 91 (3ª FEIRA), ÀS 1600H, (DURANTE O HORÁRIO NORMAL DE DESPACHO DO SR MINISTRO DA SAÚDE), NO PALÁCIO DO PLANALTO. ATENCIOSAMENTE,  MARCO ANTONIO SAVIO COSTA - Cel SUBCHefe EXECUTIVO DO GMPR			
PARA USO DO DEPTO DE COMUNICAÇÕES			
	. Receb. no DC em __/__/__, às ____ hs Por _____		
	. Exped. p/ DC em __/__/__, às ____ hs Por _____		

Imprensa Nacional

MINISTERIO DA SAUDE GABINETE DO MINISTRO CERIMONIAL FAC-SIMILE (061) 2240747 / 224-0847	
Destinatario:	<i>Dr. Izabel Cristina Stefan</i> <i>Presidente da FNS</i>
Endereco:	
Telefone: (FAX)	<i>2265631</i> N° F. 02
Data:	<i>12/08/91</i> Autorizado

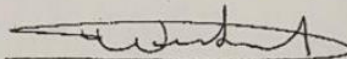
Okanta
p/a Dr. Halin e
Sra. Irineu
Sistat

SRA. PRESIDENTE.

PARA CONHECIMENTO DE V.SA, REPASSO FAX DO GABINETE MILITAR DA PRESIDENCIA DA REPUBLICA SOBRE O LANÇAMENTO DO PROGRAMA DE AGENTES COMUNITARIOS DE SAUDE.

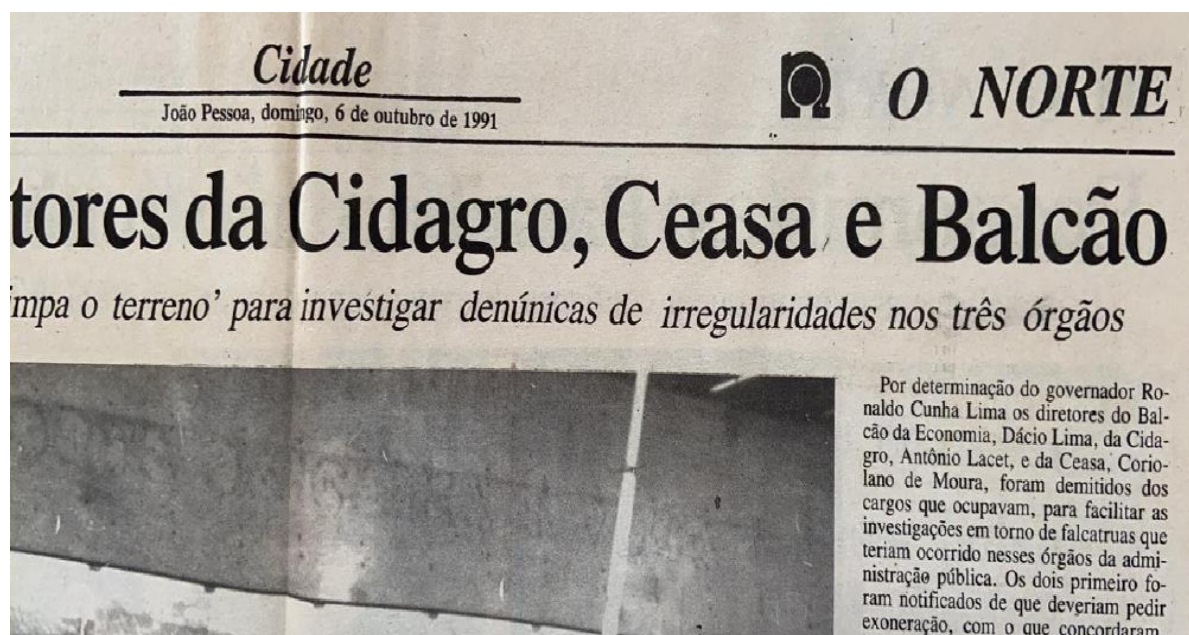
INFORMO AINDA QUE OS CONVITES PARA A ALUDIDA SOLEHNIDADE ESTAO SENDO EXPEDIDOS CONFORME LISTA FORNECIDA PELO CERIMONIAL DA FNS.

ATENCIOSAMENTE



Paulo Mostardeiro Werberich
 Gerente de Projetos de Saude
 Gabinete do Ministro

ANEXO 3 - Identificação do jornal que noticiou a primeira seleção de ACS na Paraíba



Fonte: arquivo pessoal Halin Girade (cedido)

ANEXO 4 – Notícia da primeira Seleção de ACS na Paraíba

Seleção de agentes comunitários começa em 82 municípios

A seleção de agentes comunitários na Paraíba começou ontem em 82 municípios com a aplicação de uma prova imediatamente apresentados aos candidatos. Nessa primeira seleção concorrem 18 mil e 900 pessoas das respectivas comunidades desses municípios e apenas 1.629 vagas.

O objetivo desse 1º Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde é selecionar e treinar elementos da comunidade para fazer atendimento e dar informações preventivas na área de medicina. Assim, segundo o gerente nacional do programa, Halim Antônio Girade, 38, cada agente deverá ficar responsável, em média, por 100 famílias, em caráter permanente.

Esta primeira fase da seleção está sendo acompanhada por 30 pessoas representantes de todos os estados brasileiros e a Comissão Nacional do Programa, uma vez que a Paraíba é o primeiro estado da federação onde os testes estão sendo aplicados e o resultado aqui obtido será aplicado aos demais estados.

Por esta razão, a Fundação Nacional de Saúde está trabalhando em conjunto com a Secretária da Saúde do Estado e Secretaria Municipais de Saúde e a previsão com relação aos resultados do trabalho é pelos três órgãos de que o desempenho obtido na Paraíba servirá de exemplo às demais unidades federativas.

Os trabalhos para a realização dessas provas foram iniciadas há quatro meses e intensificados com reuniões diárias a partir da última segunda-feira, 30, quando foram escolhidos os 82 municípios que fariam, parte da primeira fase do programa, a exemplo de Sapé, Sousa, Juazeirinho, Fagundes, Boqueirão e Cabaceiras. Para hoje, os municípios de Caiçara, Bananeiras, Cuité, Piancó, Bayeux e Conceição, além dos demais que comporão o total de 41, passarão pela aplicação de provas.

João Pessoa e os municípios que faltam serão expostos ao mesmo processo de seleção no primeiro semestre de 1992, fechando os trabalhos nas regiões Norte, restante da região Nordeste e parte da região Centro-Oeste.

Em fins de outubro, começa o trabalho de seleção nos oito estados nordestinos.

Fonte: arquivo pessoal Halin Girade (cedido)

ANEXO 5 – Municípios que participaram da primeira seleção de ACS na Paraíba

Em mais de 40 municípios onde o programa de agentes co-
de seis bilhões de cruzelros. Vcja a lista abaixo com os dias das provas nos municípios.

HOJE	Planoó
Taperoá	Olho D'água
Junzeirinho	São José Calana
Egundes	Nova Olinda
Boqueirão	Patos
Cabaceiras	São José Sabugi
Itatuba	Santana dos Garrotes
Esperança	Pedra Branca
Monteiro	Diamante
Sumé	Boa Ventura
São José Cordeiros	Itaporanga
Serra Branca	São José das Espinharas
São José do Cariri	Malta
Sousa	Mãe D'água
Paulista	Junco do Seridó
Catolé	Várzea
Jericó	Malta
São Bento	Junco do Seridó
Cajazeiras	S. José Bonfim
São José de Piranhas	Passagem
São José do Rio do Peixe	Desterro
Cachoeira dos Índios	Desterro
Princesa Isabel	Conceição
Tavares	Pedra Branca
Juru	Santana dos Garrotes
Água Branca	Itaporanga
Catolé	São Mamede
Jericó	Desterro
São Bento	São José das Espinharas
Cajazeiras	Santana dos Garrotes
São José de Piranhas	Pedra Branca
São José do Rio Peixe	Diamante
Cachoeira dos Índios	Boa Ventura
Princesa Isabel	Itaporanga
Tavares	São José das Espinharas
Juru	Malta
Água Branca	Mãe D'água
AMANHÃ	Junco do Seridó
Calçara	Várzea
Bananolras	Malta
Teixeira	Junco do Seridó
Mãe D'água	S. José Bonfim
Teixeira	Passagem
Emas	Desterro
Lagoa de Dentro	Conceição
Culte	Pedra Branca
Ibiara	Santana dos Garrotes
Corêmas	Itaporanga
	São Mamede
	Desterro
	São José da Espinharas

CORREIO DA PARAIBA
05/10/91

Fonte: arquivo pessoal Halin Girade (cedido)

ANEXO 6 – Relação de aplicadores de provas por município na Paraíba

RELACÃO DE APLICADORES DE PROVAS PARA SELECÃO DE AGENTES NA POLÍCIA MUNICIPAL				
PESSOAL	MUNICÍPIOS			
	1ª DIA		2ª DIA	
SUZIANE (C)	TAPERDA		CAIÇARA	
BERNARDETE HORTOIRAS	- II -	3º	- II -	
JAINÉ	JUAZEIRINHO		BANANEIRAS	
LEONIA UFPA	- II -	3º	- II -	
WLADYHEIRE FNS	- II -		- II -	2º
CRISTINE SSPB	FAGUNDES		- II -	
ROSANE BA	- II -	3º	- II -	
AURÉLIA C. Sando	- II -		- II -	
ELIETE C.G.	BOQUEIRÃO		TEIXEIRA	
FRANCISCA FNS	- II -	3º	- II -	6º
SÔNIA ESTANIS C.G.	- II -		MACAÏA	
LAÍSLAU FNS	- II -		TEIXEIRA	
CRISTINA MA	- II -		- II -	
SOCORRO AL	CABACEIRAS		EMAS	6º
ELVIRA C.G.	- II -	3º	- II -	
CLEONICE MA	ITATUBA		LAGOA DE DENTRO	2º
GILCELA SINDICADO	- II -	3º	- II -	
MARIA BATISTA MA	ESPERANÇA		CUITÉ	4º
SUELI FNS	- II -	3º	- II -	
SEVERINO ARNOLD SESPB	- II -		- II -	
RISSELA SSPB	MONTIRO	5º	IBIARA	7º
ADRIANE (PE)	- II -		- II -	
LIGIA (SE)	- II -		CORÊHAS	7º
SÔNIA GUERREIRO SSPB	- II -		- II -	
ANA SSPB NRS	SUHE		PIANCO	7º
MARIA JOSÉ SSPB	- II -	5º	- II -	
SEVERINA SSPB	- II -		- II -	
OLÍVIA (BA)	- II -		- II -	
JANE	SÃO JOSÉ DO BONFIM	5º	OLHO D'ÁGUA	7º
JACINTHA (BA)	- II -		- II -	
BERNARDETE P. REG.	SERRA BRANCA	5º	SÃO JOSÉ CAIANA	7º
MARTA RN	- II -		- II -	
MARILENE SSPB	SÃO JOSÉ DO CARIRI	5º	NOVA OLINDA	7º
MIRIAN (CUITÉ)	- II -		- II -	
FATIMA SSPB	SOUZA		PATOS	6º
MARCIN FNS	- II -	10º	- II -	
FLORE	- II -		- II -	
SANDRA	- II -		- II -	6º
GUIA (N. S. S. S. S.)	- II -		- II -	
LUCIO SSPB	PAULISTA	10º	SÃO JOSÉ SÁBUGI	6º
ROSE (SE)	- II -		- II -	

RELACÃO DE APLICADORES DE PROVAS PARA SELEÇÃO DE AGENTES NA PARAIBA				
PESSOAL	MUNICÍPIOS			
	05/10/91 1º DIA	NRS	06/10/91 2º DIA	NRS
FÁTIMA AL	VARZAL	3º	FREI MARTINHO	4º
JOZELITA C. GRANDE	- " -		- " -	
ROSA H. COSTA SS/PB	V ALAGOA DE ROÇA	3º	PEDRA LAVADA	4º
PORCINA C. GRANDE	- " -		- " -	
ARINDELITA -	V AREIA		BAYEUX	
AGNELDA RN	- " -	3º	- " -	1º
KATIA FNS	- " -		- " -	
IGERUSA FNS	- " -		- " -	
VILMA BA	V ALAGOA NOVA	3º	CAAPORA	1º
MARISA FNS	- " -		- " -	
* APARELIDA C. GRANDE	- " -		PICUI	4º
CÉLIA FNS	VINGÁ	3º	SAPÉ	1º
ROSA HELENA UFPA	- " -		- " -	
LUCIANO FNS	- " -		- " -	
JANILCE SS/PB	- " -		- " -	
MARIA GOES - R	V MASARANUBA	3º	SÃO VICENTE	4º
DOROTI C. GRANDE	- " -		- " -	
MARIA JOSE FNS	V SOICOMAE	3º	CUBATI	4º
PETRONILS C. GRANDE	- " -		- " -	
VILANE CE	V SERRA REDONDA	3º	SANTA LUZIA	6º
INÁURA C. Grande	- " -		- " -	
AICELMA - RN	V RÉMIGIO		ALAGUINHA	2º
CONSUELO FNS	- " -	3º	- " -	
AURA -	- " -		- " -	
ANDRÉ - UFPA	V ITABAIANA	3º	CACIMBA DE AREIA	6º
ESTELA - C. Grande	- " -		- " -	
VALQUIRIA FNS	V JUAREZ TÁVORA	3º	CATINGUEIRA	6º
GEUMA C. Gd.	- " -		- " -	
MARILBA FNS	PEBRAS DE FOGO	3º	PICUI	4º
SOCORRO BATISTA (RN)	- " -		* PICUI	
GRACA CE	- " -			
JOSEVILTA FNS	CALÇAS BRANCO	3º	CONGADO	6º
ROSE PI	- " -		- " -	
Lúcia TOCANDO - RN	ARARA	3º	CRUZ DO ESP. SANTO	1º
JACIRA SS/PB	- " -		- " -	

RELATÓRIO DE APLICADORES DE PROVAS PARA SELEÇÃO DE AGENTES NA PARAÍBA				
PESSOAL	MUNICÍPIOS			
	1ª DIA		2ª DIA	
IRAPONIRA REG 7	CATOLÉ		SANTANA DOS GARROTES	7º
CONCEIÇÃO REG 7	- " -	8º	PEDRA BRANCA	
ROSA BALUA REG 8	- " -		DIAMANTE	7º
ESNA REG	- " -		- " -	
PAULINA	TERICO	8º	BOA VENTURA	7º
BERNICE	- " -		- " -	
CONSUELO	SÃO BENTO	8º	ITAPORANGA	7º
JULIA	- " -		- " -	
SEVERINO RAMOS UFPA	CAJAZEIRAS		SÃO JOSÉ DOS ESPINHARES	6º
EDMILSON REG	- " -		HALTA	
VILANI SSP/PB CR	- " -	9º	MAE D'ÁGUA	
DA PAZ	- " -		JUNCO DO SERIÃO	6º
MERCIA	- " -		VAZEA	
DELNOR YANGUEIRA SSP/PB	- " -		- " -	
SOCORRO SARMENTO (10 NRS)	SÃO JOSÉ DE PARANHAS		HALTA	
ALINE	- " -	9º	JUNCO DO SERIÃO	6º
ROMULO	- " -		S. JOSÉ BONFIM	
ROSA (SE)	- " -		- " -	
JOSÉLIA	SÃO JOSÉ DO RIO PEIXE		PASSAGEM	6º
SARLENE	- " -	9º	- " -	
IRIJMAN (10 NRS)	- " -		DESTAÇO	
ARIMATEIA FNS	- " -		DESTAÇO	
DAGDA	CACHOEIRA DOS INDIOS	9º	?	
ELEONORA FNS	- " -		- " -	
DANUSA	PRINCESSA ISRAEL		CONCEIÇÃO	
RUI	- " -	11º	- " -	7º
FRANCISCA MARCELA SSP/PB	- " -		- " -	
DIANE SSP/PB	- " -		PEDRA BRANCA	7º
JACSON FNS	TAVARES	11º	SANTANA DOS GARROTES	7º
VANESSA UFPA	- " -		ITAPORANGA	7º
MARINALDO ODONTO	JURU	11º	SANHEDE	6º
OTCEIA RN	- " -		- " -	
MARINALDO ENFERM.	ÁGUA BRANCA	11º	DESTAÇO	6º
LAERCI - VE	- " -		SÃO JOSÉ DOS ESPINHARES	6º
FLOR DE LYS RH (MIL)				

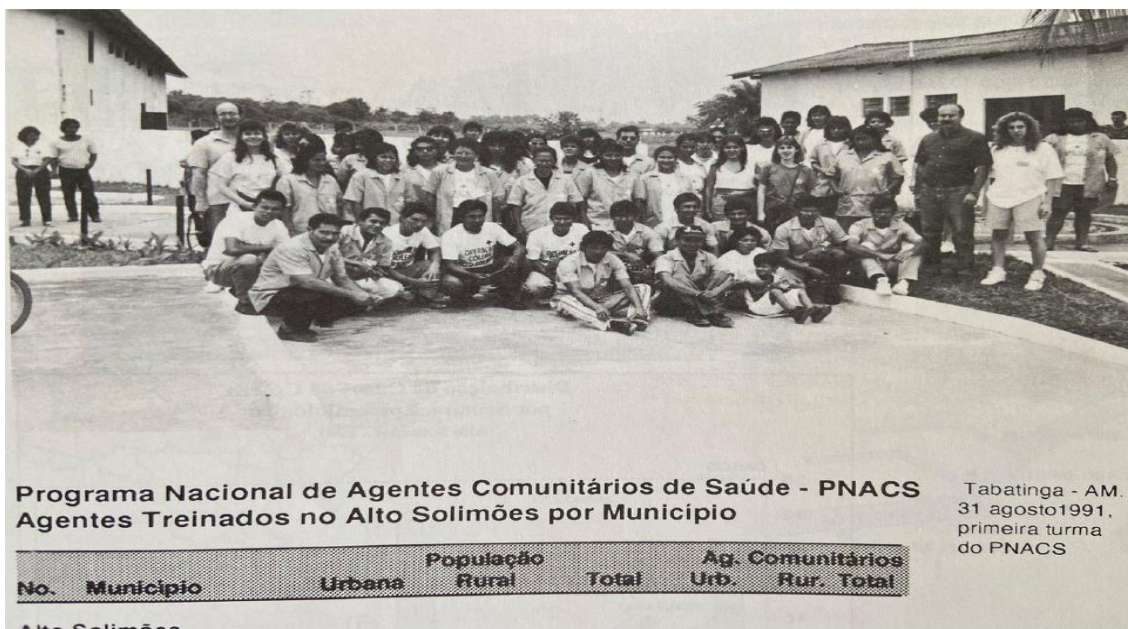
Fonte: arquivo pessoal Halin Girade (cedido)

ANEXO 7 – Evento de lançamento do PNACS em Brasília



Fonte: arquivo pessoal Halin Girade (cedido)

ANEXO 8 - Primeira turma do PNACS no Brasil (28 de Agosto de 1991)



Fonte: arquivo pessoal Halin Girade (cedido)

ANEXO 9 – Primeira turma do PNACS no Brasil (28 de Agosto de 1991)



Fonte: arquivo pessoal Halin Girade (cedido)

ANEXO 10 – Prova' tipo A' aplicada na primeira seleção de ACS na Paraíba

PROVA A - PNACS PARAÍBA 05 e 06.10.91

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

SELEÇÃO II - PARTE Nº DE INSCRIÇÃO: _____

MUNICÍPIO: _____ LOCALIDADE: _____

NOME: _____

Caro Candidato,

Você está agora no segundo momento da seleção. Vai res
ponder questões relacionadas a sua experiência de vida.

Leia com atenção as questões e identifique as respos
tas certas.

Acertando todas as questões você faz 80 (oitenta) pon
tos.

Boa Sorte!

COMPLETE O ESPAÇO EM BRANCO COM A PALAVRA CERTA

1. Toda criança.....está pro
tegida contra tuberculose, sarampo, paralisia in
fantil, coqueluche, tétano e difteria.

- Bem educada
- Vacinada
- Feliz
- Amada

2.50

2. A mãe que alimenta seu filho, do nascimento até o
6º mês com.....garante mais
amor e proteção à saúde.

- Frutas e Verduras
- Leite materno
- Muita carne
- Arroz, feijão e farinha

2.50

3. A vacina SABIN, aquela das "gotinhas", protege a
criança contra.....

2.50

4. A partir do nascimento até 6 meses de idade, o....
.....
é o melhor alimento para a criança.

2.50

MARQUE O ESPAÇO AO LADO COM (C) PARA CERTO
(E) PARA ERRADO

5. - Quase todas as pessoas tem direito de ser atendida nos serviços de saúde () 1.25
- Todas as pessoas que tem o cartão do Instituto devem ser atendidas de graça. As que não tem o cartão devem pagar consulta mesmo se o hospital for do Estado ou da Prefeitura. () 1.25
- O Agente de Saúde visita todos os moradores de sua área, não importando se é preto, índio ou branco. () 1.25
- O Agente de Saúde deve respeitar os costumes do povo de sua comunidade e ir orientando às pessoas a terem mais saúde. () 1.25

6. - Para o trabalho do Agente de Saúde é importante apenas conhecer o número de casas, pois ele vai visitar todas as famílias. () 1.25
- Para o trabalho do Agente de Saúde é importante conhecer os serviços de saúde que podem atender as pessoas encaminhadas. () 1.25
- Para o trabalho do Agente de Saúde é importante conhecer os grupos já formados na comunidade (grupos de jovens, hora do Senhor, Associação dos Moradores e outros) para juntar os esforços. () 1.25
- Para o trabalho do Agente de Saúde é importante conhecer os hábitos e costumes da comunidade. () 1.25

MARQUE O ESPAÇO AO LADO COM (C) PARA CERTA
(E) PARA ERRADO

7. Amália é Agente Comunitário de Saúde. Quando foi pegar material no Posto de Saúde, encontrou Rita que também é Agente. Rita contou para Amália da tristeza que vem sentido por não estar conseguindo fazer um bom trabalho na sua comunidade.
- Quais motivos podem facilitar um bom trabalho de um Agente Comunitário de Saúde?

- Participar da vida da comunidade principalmente indo às reuniões da associação de moradores e aproveitar para falar sobre os assuntos de interesse de saúde.	()	1.25
- Acompanhar todos os doentes que é preciso levar ao hospital, ficando às vezes até quatro dias fora da comunidade.	()	1.25
- Orientar a comunidade para o uso de forma certa dos benefícios do Posto de Saúde, do Hospital, do Programa de entrega de alimentos, dos dias de consultas.	()	1.25
- Trabalhar como "cabo eleitoral" no tempo das eleições e avisar que todos tem que votar em seu candidato, pois só atenderá aos que estiverem de seu lado.	()	1.25

8. Ana é Agente Comunitário de Saúde de Alto Alegre, onde conquistou a amizade e a confiança de sua gente.
- O que foi preciso Ana fazer para que as famílias confiassem no seu trabalho?

- Toda vez que precisava fazer uma reunião chamava os doutores da cidade para falar por ela.	()	1.25
- Depois que fez amizade com as famílias, não mostrou interesse pela solução dos problemas	()	1.25
- Visitava as pessoas, conhecendo os problemas de cada um, ouvindo as queixas, conversando, ajudando naquilo que ela podia.	()	1.25
- Fez com que sua gente soubesse que ela se preocupava realmente com todos.	()	1.25

MARQUE O ESPAÇO AO LADO COM (C) PARA O CERTO
(E) PARA O ERRADO

9. D. Josefina Agente Comunitário de Saúde, fez o levantamento das famílias de sua comunidade e observou ser composta de muitos moradores com idade acima de 80 anos e que todos gozam de muita saúde.
Qual a razão disso acontecer?

- Por que as pessoas são religiosas e pedem muita saúde em suas preces.	()	1.25
- Por que na época de nossos avós a alimentação era melhor, não colocavam tanto agrotóxico (venenos) nas plantações, moravam em sítios e comiam muitas frutas	()	1.25
- Por que hoje em dia, os alimentos são feitos nas fábricas, são menos nutritivos (fortes) e come-se pouca quantidade pois os preços são altos e os salários baixos.	()	1.25
- Por que nos tempos de nossos avós, muitos alimentos eram produzidos pela própria família garantido assim alimentos suficientes para todos.	()	1.25

10. Diz o ditado popular que "Prevenir é melhor que remediar".
Quais atitudes podemos dizer que previnem os problemas da diarreia?

- Orientar às mães para ter cuidados higiênicos com os alimentos, com o corpo e também com o lugar onde vive a família.	()	1.25
- Orientar para o tratamento com o soro caseiro e levar ao Posto de Saúde	()	1.25
- Orientar para continuar dando junto com o soro o chá de ôlho de goiabeira	()	1.25
- Orientar para a construção de privadas higiênicas e abastecimento de água	()	1.25

MARQUE O ESPAÇO AO LADO COM (C) PARA O CERTO
(E) PARA O ERRADO

11. Raimundinha acabou de chegar no Sítio dos Umbus. Ela veio da capital e diz que a moda agora é não amamentar porque os seios de quem amamenta ficam caídos.

Se você fosse Agente Comunitário de Saúde do Sítio dos Umbus, que faria?

- Ensinava a Raimundinha que a mãe que amamenta tem menos câncer de mama e o que ela está falando na comunidade não é verdade.	()	1.25
- Ensinava a Raimundinha o valor do leite materno para a criança que fica forte e protegida de algumas doenças.	()	1.25
- Nem dava bolas para os ensinamentos de Raimundinha porque só quem sabe o que é bom para a saúde é o Agente Comunitário de Saúde.	()	1.25
- Procurava Raimundinha para conversar e dizia que queria contar com ela como companheira para estimular às mães a amamentar seus filhos.	()	1.25

12. Existem muitas maneiras de conhecer nossa comunidade.

O Agente Comunitário de Saúde pode conhecer melhor a sua comunidade:

- Indo na Prefeitura procurar saber sobre o partido político que o Agente deverá apoiar	()	1.25
- Através de visitas casa-a-casa, aplicando questionários	()	1.25
- Através de reuniões com a comunidade, fazendo do mapa da cidade e localizando os tipos de habitação	()	1.25
- Conhecendo sobre o jeito como as pessoas cuidam da saúde, as condições de moradia da educação e de muitas outras coisas.	()	1.25

MARQUE O ESPAÇO AO LADO COM (C) PARA O CERTO
 (E) PARA O ERRADO

13. A comunidade de Riacho das Almas tem uma população muito pobre, que vive da agricultura e da pesca no açude.

A partir deste ano (1991), o Governo vai implantar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde nesta comunidade.

Como deve ser feito o trabalho do Agente de Saúde?

- O Agente Comunitário de Saúde deve orientar as pessoas de Riacho das Almas a não lavar roupas, animais, carros etc, dentro do açude porque isso causa doenças a quem usa esta água contaminada.	()	1.25
- O Agente Comunitário deve orientar os agricultores a usar agrotóxicos (venenos) na lavoura e não se preocupar por que isso não causa intoxicação (doenças).	()	1.25
- O Agente Comunitário deve orientar as pessoas de Riacho das Almas, a lavar roupas, animais, carros, canalizar o esgoto para o açude, pois lá tem bastante água.	()	1.25
- O Agente Comunitário deve orientar a população a não usar agrotóxicos (venenos) na lavoura porque causa doenças em quem aplica (pulveriza) e em quem come os alimentos e polui o solo.	()	1.25

14. Se você fosse Agente Comunitário de Saúde, que tipo de trabalho poderia ser feito para a sua comunidade se organizar e a se desenvolver melhor?

- Reunir-se com a comunidade e com as pessoas discutir como resolver os problemas.	()	1.25
- Reunir-se com a comunidade e procurar meios de melhorar as condições de saúde, educação saneamento, moradia, transporte e emprego.	()	1.25
- Reunir-se com a comunidade e cobrar das autoridades que tomem providências para resolver seus problemas.	()	1.25
- Reunir-se com a comunidade e esclarecer que os seus problemas se resolvem melhor quando ela se une e encaminha organizadamente suas necessidade às autoridades.	()	1.25

MARQUE O ESPAÇO AO LADO COM (C) PARA O CERTO
(E) PARA O ERRADO

A

15. Eu sou Agricultor e moro num distrito distante da cidade onde não tem Posto de Saúde.

As crianças, mulheres, velhos, adoecem muito porque lá não tem água potável, não tem medico não tem serviço de saúde.

Agora o Ministério da Saúde vai selecionar pessoas do meu distrito para trabalhar como Agente Comunitário e eu vou fazer as provas.

Caso eu seja aprovado vou trabalhar no meu distrito para melhorar as coisas por lá.

- Vou procurar as pessoas do meu distrito e juntamente com elas tentar resolver o problema da água, pois agora eu aprendi a tratar a água de beber. () 1.25
- Vou promover reuniões com a comunidade para discutirmos juntos e procurarmos soluções quanto a água, o posto de saúde, a escola e como vamos juntos enfrentar as doenças dos velhos, mulheres e crianças. () 1.25
- Eu vou ser Agente Comunitário porque é melhor prá mim. Vou ganhar mais e trabalhar menos. () 1.25
- Eu vou ser Agente Comunitário porque as outras pessoas do meu distrito não tem capacidade de ser e somente eu sou competente para isso. () 1.25

16. Você, como Agente de Saúde, o que pode fazer para ajudar a diminuir as doenças na comunidade?

- Orientar às pessoas para pegar "amostras grátis" de remédios e fazendo uma farmacinha na comunidade. () 1.25
- Orientar para ferver ou filtrar a água de beber, enterrar o lixo, fazer fossa e cuidar da higiene do corpo, dos alimentos e do lugar onde mora. () 1.25
- Pedir um Posto de Saúde para a Comunidade () 1.25
- Nada se pode fazer porque a doença sempre existiu. () 1.25

A

MARQUE COM UM "X" A RESPOSTA CERTA. SOMENTE UM RESPOSTA
ESTÁ CERTA

17. No município de Águas tem muitas doenças - Barriga d'água, Diarréia, Desnutrição. Francisco é Agente Comunitário de Saúde em Águas.
O que deve fazer Francisco para melhorar a situação da
quela comunidade?

- a() Discutir com a comunidade como evitar essas doenças e propor soluções junto às autoridades de saúde.
- b() Mostrar à comunidade que essas doenças são comuns e que não tem como resolvê-las.
- c() Mostrar à comunidade que tem coisas mais interessantes para se preocupar como o cinema, o clube, o campo de futebol, pois quando estiverem prontos muita gente vai ter diversão.
- d() Ir à farmácia pegar o nome dos remédios e pedir às autoridades que paguem a receita.

5.00

18. As crianças de Olho D'Água do Teixeira estão vacinadas só com a vacina SABIN, aquela da gotinha na língua. A vacina SABIN, protege contra a paralisia infantil. Atualmente algumas crianças estão com sarampo e outras com coqueluche que também chamam de tosse comprida. Para estas doenças também existe vacinas.
Se você fosse selecionado para trabalhar amanhã nesta comunidade o que faria?

- a() Procuraria reunir as mães e discutir com elas que existe também vacinas pra proteger as crianças contra o sarampo e coqueluche (tosse comprida) e programaria uma vacinação para as crianças.
- b() Procuraria saber quantas crianças existem em Olho D'Água do Teixeira e faria reunião com as mães dizendo que, a partir de agora todos tem que ir a sua casa para avisar quando as crianças ficam doentes.
- c() Procuraria reunir as mães para discutir sobre a vacina, mas também levaria o candidato a vereador pois é uma ótima oportunidade dele arrumar uns votinhos.
- d() Não faria nada porque você está chegando agora e se algumas crianças estão doentes outras vão pegar a doença. O que você vai cuidar logo e de fazer uma reunião para ver quem quer cavar um poço.

5.00

ANEXO 11 – Prova ‘tipo B’ aplicada na primeira seleção de ACS na Paraíba

PROVA B - PNACS PARAÍBA 05 e 06.10.91

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

SELEÇÃO II - PARTE Nº DE INSCRIÇÃO: _____

MUNICÍPIO: _____ LOCALIDADE: _____

NOME: _____

Caro Candidato,

Você está agora no segundo momento da seleção. Vai res
ponder questões relacionadas a sua experiência de vida.

Leia com atenção as questões e identifique as respos
tas certas.

Acertando todas as questões você faz 80 (oitenta) pon
tos.

Boa Sorte!

COMPLETE O ESPAÇO EM BRANCO COM A PALAVRA CERTA

B

1 A gestante que fizer o.....tem
mais condições de ter um parto normal.

- Enxoval
- Armário do bebê
- Pré-natal
- Quarto do bebê

2.50

2 Toda criança.....está pro
tegida contra tuberculose, sarampo, paralisia in
fantil, coqueluche, tétano e difteria.

- Bem educada
- Vacinada
- Feliz
- Amada

2.50

3 No início da diarreia das crianças, o agente de
saúde deve orientar a mãe a dar o
.....

2.50

4 A vacina SABIN, aquela da "Gotinha", protege a cri
ança contra.....

2.50

MARQUE O ESPAÇO AO LADO COM (C) PARA CERTO
(E) PARA ERRADO

B

- 5
- O Agente de Saúde é o único responsável pela saúde da Vila, Sítio ou Fazenda. () / 1.25
 - O Agente de Saúde visita todas as casas de sua área independente de qual religião pertença o morador da casa. () / 1.25
 - O Agente de Saúde não deve ir na casa dos índios pois eles tem hábitos e costumes próprios e não adianta tentar mudar estes hábitos e costumes. () / 1.25
 - O Agente de Saúde deve obedecer aos políticos e, antes de qualquer ação consultá-los para não contrariar as determinações do partido. () / 1.25

- 6
- O Agente de Saúde trabalha na comunidade, fazendo reunião com as famílias que foram convidadas com antecedência () / 1.25
 - O Agente de Saúde trabalha na comunidade, cuidando bem dos doentes e encaminhando para o Posto de Saúde, sem conversar com as pessoas porque ele não tem tempo a perder () / 1.25
 - O Agente de Saúde trabalha na comunidade, indo nas escolas para conversar com os professores sobre os problemas de saúde dos alunos. () / 1.25
 - O Agente de Saúde trabalha na comunidade, conversando somente com as pessoas doentes e que já são suas conhecidas. () / 1.25

MARQUE O ESPAÇO AO LADO COM (C) PARA O CERTO
(E) PARA O ERRADO

7- Você foi selecionado para ser Agente de Saúde de sua comunidade e quer iniciar o trabalho contando com a participação das famílias da localidade.

Que pessoas você procuraria para lhe ajudar?

- Procuraria as pessoas mais amigas pois podem lhe dar mais apoio.	()	1.25
- Procuraria as mulheres que tem filhos pois elas tem mais interesse nos problemas de saúde.	()	1.25
- Procuraria as pessoas que são líderes na comunidade pois elas conhecem melhor as pessoas	()	1.25
- Não procuraria ninguém, pois não seria preciso uma vez que você conhece parte da comunidade.	()	1.25

8- A visita casa-a-casa, faz parte do trabalho de todo dia do Agente Comunitário de Saúde.

Em Fazenda Nova o Agente Comunitário de Saúde chega a andar por dia uma légua (6 Km).

Qual a importância destas visitas?

- É importante porque faz com que agente dê atenção família por família, observando sempre quem precisa de maior orientação ou cuidado.	()	1.25
- É importante porque agente fica sabendo como as pessoas vivem, descobre seus costumes, o jeito que cuidam da saúde.	()	1.25
- É importante porque as pessoas falam de forma aberta e com confiança sobre seus problemas, faz com que as pessoas se tornem amigas e colaboradoras na solução dos problemas de saúde da comunidade.	()	1.25
- É importante porque vamos poder saber quem está realmente preocupado e disposto a lutar pela saúde da comunidade.	()	1.25

MARQUE O ESPAÇO AO LADO COM (C) PARA O CERTO
(E) PARA O ERRADO

- 9- Você sabe que a saúde da população depende também da existência de trabalho, de alimentos, de água, de educação, dos serviços de saúde, dos profissionais de saúde, da própria comunidade.
Se você fosse Agente Comunitário de Saúde, das atividades descritas abaixo quais você escolheria para conseguir junto com a comunidade melhorias de saúde.

- Procuraria o Prefeito, porque ele seria capaz de ajudar a resolver alguns problemas.	()	1.25
- Discutiria com as pessoas do Posto de Saúde e pediria orientação e apoio.	()	1.25
- Reuniria com os moradores e procuraria soluções que melhorassem a educação, o trabalho, aumentassem os alimentos e protegesse a água de beber.	()	1.25
- Ficaria só fazendo o trabalho de saúde, porque é essa a obrigação do Agente Comunitário de Saúde.	()	1.25

- 10- Hoje em dia ouvimos muito falar em mobilização da comunidade, mas é preciso primeiro entender que mobilizar lembra reunir, juntar, trabalhar junto.

Como o Agente Comunitário de Saúde, vai participar da mobilização da comunidade?

- Procurando ir na fila do Posto, tirar ficha de consulta para o doutor, pois as mães não tem tempo.	()	1.25
- Organizando reuniões de pais, de jovens de gestantes.	()	1.25
- Procurando ir ficar no lugar da auxiliar de enfermagem no hospital, pois a mesma está de licença.	()	1.25
- Procurando sempre ter o material de curativo para quando as pessoas procurarem.	()	1.25

MARQUE O ESPAÇO AO LADO COM (C) PARA O CERTO
(E) PARA O ERRADO

B

11- Na comunidade de Alto Alegre muitas crianças tem diarreia. Como o Agente Comunitário de Saúde pode ajudar para diminuir este problema?

- Dizendo às mães para continuar amamentando seu filho.	()	1.25
- Dizendo às mães para preparar e dar o soro caseiro a seu filho.	()	1.25
- Dizendo às mães que diarreia é uma doença que toda criança pode ter e nada há para fazer.	()	1.25
- Dizendo às mães que não amamentem e nem dêem o soro caseiro.	()	1.25

12- Gercina é Agente Comunitário de Saúde. Quando visitou a casa de Josefa encontrou Josefa preparando mingau para dar ao seu filho que tinha nascido naquela semana. Josefa tinha muito leite, mas achava que seu leite era fraco e salgado. Se você fosse Gercina, que diria a Josefa?

- Que mingau é o melhor alimento pois as crianças engordam.	()	1.25
- Que o leite materno não é fraco nem salgado e é o melhor alimento para a criança.	()	1.25
- Que para preparar o mingau ela gasta tempo e dinheiro para comprar farinha, leite e açúcar e o leite materno não custa nada.	()	1.25
- Que ela deve alimentar a criança até 6 meses só com leite materno porque além de deixar a criança forte evita algumas doenças.	()	1.25

MARQUE O ESPAÇO AO LADO COM (C) PARA O CERTO (E) PARA O ERRADO

13- Manguabinha é uma fazenda que tem muitas crianças com diarréia. Em Manguabinha tem muitos olhos d'água, com água boa, mas a comunidade preferir apanhar a água de beber e cozinhar no rio. É no rio que a comunidade lava a roupa, toma banho e leva o gado para banhar e tomar água.

Se você fosse Agente Comunitário de Saúde de Manguabinha.

- Conversava com a comunidade e ensinava que a água apanhada dos olhos d'água é melhor para beber e fazer a comida.	()	1.25
- Deixava a comunidade se servindo de água do mesmo jeito pois não há como mudar os hábitos da comunidade.	()	1.25
- Dizia que os animais deveriam ser banhados em lugar mais distante do rio, para que a correnteza não traga para a comunidade a água em que os animais se lavaram.	()	1.25
- Dizia que perto dos olhos d'água não se deve defecar (fazer cocô) pois pode contaminar estas águas.	()	1.25

14- Na comunidade de São Francisco existe muito lixo espalhado. Célia é Agente Comunitário de Saúde de São Francisco e aprendeu que lixo pode causar muitas doenças.

Você como Agente Comunitário de Saúde o que faria para resolver o problema do lixo na Comunidade?

- Jogava o lixo no rio	()	1.25
- Queimava o lixo	()	1.25
- Enterrava o lixo	()	1.25
- Botava o lixo próximo às casas	()	1.25

MARQUE O ESPAÇO AO LADO COM (C) PARA O CERTO E (E) PARA O ERRADO

B

15- Na localidade de Várzea Grande não existe Posto de Saúde e as pessoas quando adoecem tentam resolver seus problemas de saúde, procurando mãe Maria que é uma respeitada rezadeira e raizeira do lugar. Se você fosse Agente Comunitário de Saúde nesta localidade, como agiria com esta situação?

- Deveria ir procurar as autoridades locais, com a intenção de acabar com estas práticas leigas que colocam em risco a saúde e a vida da população, mas faria isto escondido para respeitar a comunidade. () 1.25
- Deveria se unir a mãe Maria para aprender mais sobre a medicina popular e os costumes simples de resolver os problemas de saúde da população () 1.25
- Deveria procurar o Prefeito para ele autorizar na farmácia remédios de graça para ninguém procurar mãe Maria. () 1.25
- Deveria orientar bem a comunidade sobre os perigos destes costumes, uma vez que a comunidade é boba e dificilmente continuará acreditando nessas pessoas que nunca estudaram fora. () 1.25

16- Sabemos que uma das maneiras do Agente Comunitário de Saúde trabalhar com as famílias, é através da visita domiciliar. Assim, quando começar a trabalhar deve:

- Visitar todas famílias que tem pessoas doentes. () 1.25
- Visitar todas as gestantes e mulheres de resguardo. () 1.25
- Visitar todas as famílias que tem crianças menores de 01 ano. () 1.25
- Visitar as famílias menos aquelas que o Agente não gosta e não acredita no seu trabalho. () 1.25

MARQUE COM UM "X" A RESPOSTA CERTA. SOMENTE UMA RESPOSTA ESTÁ CERTA

- 17- Dona Rozinha é a rezadeira do Sítio de Águas Verdes. Toda criança que adoecer vai ser rezada por Dona Rozinha que cura "espinhela caída" "mãos olhados" e outros males. Amália tem uma filha de 3 meses que está com diarreia. Antes de adoecer a criança só mamava. Agora Amália está sem amamentar, pois Dona Rozinha disse que criança com diarreia precisa deixar de comer. Se você fosse Agente de Saúde de Águas Verdes:

- a() Visitava Dona Rozinha para falar que ela era uma pessoa importante na comunidade e que a orientação agora é manter a amamentação e dar soro caseiro e que, a partir de agora você conta com Dona Rozinha como uma "aliada da Saúde"
- b() Visitava Amália para falar que tudo que Dona Rozinha disse é errado e que dona Rozinha parece que tem parte com o diabo, com aquelas rezas que não curam ninguém.
- c() Visitava Amália para dizer que ela estava errada em ir para rezadeira e que a rezadeira só sabe rezar e não entende de doença.
- d() Visitava Dona Rozinha para dizer que ela não entende nada de saúde e se ela continuasse atrapalhando o trabalho do Agente de Saúde, você iria falar com o dono do Sítio para expulsá-la dali.

5,00

- 18- Sr. Raimundo é Agente Comunitário de Vila Palmeira. Na comunidade de Vila Palmeira tem uma criança com diarreia e dizem os vizinhos que a mãe não está dando remédio ou alimentos porque está atendendo a um chamado de Deus. "Deus botou no mundo e , se Deus tirar do mundo ... louvado seja Deus!" é o que diz a mãe. Se você fosse Senhor Raimundo:

- a() Iria visitar esta mãe para tentar convencê-la a mudar de religião e abandonar a idéia do desejo de Deus.
- b() Iria visitar esta mãe para tentar convencê-la a dar o soro caseiro e continuar com a amamentação.
- c() Não iria visitar esta mãe porque ela é mulher do pastor da igreja e não há quem a convença do contrário.
- d() Não iria visitar esta mãe porque você é católico e não deve ir em casa de pessoas de outras religiões.

5,00