



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



JERUSA EMÍDIA ROXO DE ABREU

**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO MARANHÃO: resgate de uma
experiência**

SÃO LUÍS

2019

JERUSA EMÍDIA ROXO DE ABREU

**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO MARANHÃO: resgate de uma
experiência**

Tese apresentado ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva da Universidade Federal do
Maranhão como requisito para obtenção do título
de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Liberata Campos Coimbra
Coorientadora: Profa. Dra. Isabel Ibarra Cabrera

SÃO LUÍS
2019

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

ABREU, Jerusa Emídia Roxo de. AGENTE COMUNITARIOS DE SAUDE NO MARANHÃO: resgate de uma experiência / Jerusa Emídia Roxo de Abreu. - 2019. 181 f.

Coorientador(a): Isabel Ibarra Cabrera.

Orientador(a): Liberata Campos Coimbra.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva/CCBS, Universidade Federal do Maranhão, São Luís - MA, 2019.

1. Agentes Comunitários de Saúde. 2. Experiência. 3. Maranhão. 4. Saúde Pública. I. Cabrera, Isabel Ibarra. II. Liberata Campos Coimbra. III. Título.

**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO MARANHÃO: resgate de uma
experiência**

Jerusa Emília Roxo de Abreu

Tese aprovada em _____ de _____ de _____ pela banca examinadora
constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Liberata Campos Coimbra
Orientadora
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Isabel Ibarra Cabrera
Coorientadora
Universidade Federal do Maranhão

Prof.Dr. Marcos AntônioBarbosa Pacheco
Examinador Externo
UNICEUMA

Prof.Dr. José Carlos Aragão Silva
Universidade Federal do Maranhão-Codó

Profa. Dra. Rosângela Fernandes Lucena Batista
Universidade Federal do Maranhão

Profa.Dra. Zeny Carvalho Lamy
Universidade Federal do Maranhão

DEDICATÓRIA

Aos bravos e pioneiros Agentes Comunitários de Saúde, que fizeram parte desta pesquisa, e de forma voluntária na década de 1980, no Maranhão, iniciaram um trabalho voluntário com ações que trouxeram impactos positivos à saúde do Estado.

A Dr. Maria José Medeiros, pelo excelente trabalho desenvolvido no Estado, obrigada pelo nosso encontro nessa jornada, pelo carinho, apoio e disponibilidade. Acredito que neste percurso sempre tive a bondade de Deus me conduzindo, e o seu encontro se traduz efetivamente nisto.

Ao meu filho Arthur, herança do Senhor, página principal e mais linda da minha vida.

A quem não mais pertence a este ambiente terreno e acompanha a distância minhas pequenas vitórias: minha MÃE, que foi sempre amiga, conselheira, companheira de todos os momentos, principal incentivadora de todas as minhas realizações, Maria Antônia Roxo de Abreu, todo o meu sincero amor, carinho, respeito e gratidão por todos esses anos que Deus permitiu sua estadia aqui na terra comigo e com todos os seus familiares, aproveito a oportunidade para dedicá-la este doutorado.

AGRADECIMENTOS

“Sábio é aquele que de todos apreende”

(Provérbio Chinês)

Chegar ao final de um trabalho acadêmico é indubitavelmente muito desgastante, no entanto, é também um momento de júbilo, visto que exatamente nessa hora iremos agradecer a todos aqueles que fizeram parte dessa nossa trajetória, aqueles que durante estes anos de nossas vidas nos fizeram rir, chorar, compartilhar estresses e alegrias, que nos aconselharam, orientaram e principalmente torceram por nós!

A realização de um doutorado é percurso longo, que carrega consigo marcas de que se expressa desde a escolha do tema da pesquisa à forma como ela é conduzida. Até a conclusão do trabalho contribuições de muitas pessoas se fazem necessárias, de modo que é um exercício perigoso a tentativa de nomear a todos.

É com o coração repleto de alegria e gratidão que expresso meu muito obrigada, no sentido pleno da expressão, a todas as pessoas que de diferentes formas colaboraram para a construção desta tese. Contribuições que se fizeram desde ajudas efetivas para a concretização das entrevistas e discussões teóricas sobre o tema, até aquelas que me tiraram do foco do trabalho, de forma paciente, respeitando as intempéries da minha vida.

Agradeço primeiramente a Deus, porque nele estão as fontes da Sabedoria e do Conhecimento. Ele é o autor da vida, meu pai, meu refúgio, fortaleza, consolo, abrigo, o grande autor de todas as minhas realizações

Ao meu filho, pelo amor imensurável e minha fonte de inspiração e força. Costumo afirmar que felicidade para mim se consagra em apenas 06 letras: ARTHUR.

A quem não mais pertence a este ambiente terreno e acompanha a distância minhas pequenas vitórias, minha mãe.

Ao meu pai, José, por ter me criado e me ensinado a importância dos estudos. Cheguei até aqui e creio que valeram os esforços. Agradeço o estímulo, a compreensão, e o amor. Obrigada pelo investimento

A minha querida Orientadora, Profa. Dra. Liberata Campos Coimbra, por apostar em mim, sonhar comigo neste trabalho e me ajudar a ir além. Agradeço a Deus pela oportunidade ímpar de tê-la ao meu lado nessa caminhada. Obrigada por ter transformado a nossa relação orientadora orientanda em uma amizade a qual eu espero que continue

florelando e rendendo inúmeras parcerias, “flores e frutos” de nossos esforços. Será sempre uma referência profissional e pessoal para mim, para uma vida inteira.

A minha Coorientadora, Profa. Dra. Isabel Ibarra Cabrera pelas preciosas contribuições neste trabalho. Obrigada por me apresentar a História Oral, de modo especial, em relação à metodologia da pesquisa e ao tratamento das entrevistas. Obrigada por todo apoio e compreensão nessa jornada. Meus sinceros agradecimentos e reconhecimento, será sempre referência para mim.

Aos colaboradores da pesquisa, do fundo do meu coração, não encontro palavras para descrever o privilégio e agradecimento pela disponibilidade, generosidade, simpatia e amorosidade com que me receberam e comigo compartilharam seus depoimentos, em especial a Dra. Maria José Medeiros, Profa. Dra. Suely Rosina Tonial, Professor Stelito Assis Reis Filho, Professor Doutor Antônio Augusto Moura da Silva, Prof. Dr. Raimundo Antônio da Silva (*In Memoriam*) e a Enfermeira Cristina Moreira Lima.

Às professoras Dra. Vanda Maria Simões e Fatima Lires Paiva pelas contribuições e orientações no exame de qualificação. Obrigada professoras, pela leitura atenta e pelo carinho, respeito e considerações dispensados para este trabalho, que sem dúvida colaboraram para a construção deste trabalho.

Aos professores que aceitaram o convite para estar na banca examinadora e enriquecerem este trabalho com suas contribuições. Cada um com suas especificidades e olhar criterioso para o desenvolvimento e finalização deste texto, em especial aos professores Marcos Antonio Barbosa Pacheco, José Carlos Aragão, Rosângela Fernandes Lucena Batista, Zeny Carvalho Lamy. Muito Obrigada!

A todos os familiares, amigos, em especial Valdenice Maria pela força, orações e o apoio de sempre.

A minha eterna Professora Sonia, pela ajuda e diálogos sobre a pesquisa.

Aos colegas do Mestrado e Doutorado, turma 2015-2019, pela parceria e apoio nesta jornada.

Ao secretariado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pelo profissionalismo e disponibilidade sempre.

A Laodicéia, por toda disponibilidade, atenção e respeito comigo, desde a graduação, até aqui no doutorado, na transmissão de seus conhecimentos na parte computacional.

Por fim, os principais agradecimentos desse trabalho: aos Agentes Comunitários de Saúde e a todos os Profissionais entrevistados nessa pesquisa. Obrigada por me deixar

fazer parte de suas vidas e por fazerem parte da minha por este breve período de tempo. Obrigada pelos depoimentos sinceros e emocionados, pelas trocas, pela construção mútua da fonte de pesquisa, pela confiança e carinho.

“Tudo tem o seu tempo determinado e há tempo para
todo o propósito debaixo do céu;
Há tempo de nascer e tempo de morrer;
Tempo de se plantar e de se arrancar o que se plantou;
Tempo de matar e tempo de curar;
Tempo de derribar e tempo de edificar;
Tempo de chorar e tempo de rir;
Tempo de prantear e tempo de soltar de alegria” ...

(Provérbios, 3;1-4)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Instituições identificadas de acordo com seu nível de participação nos projetos. São Luís, 2019.....	80
Figura 1 –	Foto de contra capa de material instrutivo sobre Ações Integradas de Saúde no Maranhão. São Luís, 2019.....	84
Quadro 2 –	Documentos recuperados, de acordo com o tipo. São Luís, 2018.....	88
Figura 2 –	Foto do jornal ‘O BUMBA’. São Luís, 2019.....	92
Figura 3 –	Foto de capa de Manuais educativos para os Agentes Comunitários de Saúde. São Luís, 2019.....	93
Fotografia 1 –	Imagens de Agentes Comunitários de Saúde desenvolvendo suas ações à época. São Luís-MA, 2019.....	98
Figura 4 –	Características dos Agentes Comunitários de Saúde na década de 1980 no Estado do Maranhão. São Luís, 2019.....	99
Figura 5 –	Características do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na década de 1980 no Estado do Maranhão, de acordo com o local de trabalho e a relação institucional. São Luís, 2019.....	99
Figura 6 –	Imagens de Agentes Comunitários de Saúde realizando pesagem à época. São Luís-MA, 2019.....	100
Tabela 1 –	Artigo Terapia de reidratação oral para diarreia aguda em região do Nordeste do Brasil, 1986-1989.....	114
Tabela 2 –	Artigo: Impacto da Pastoral da Criança sobre a nutrição de menores de cinco anos no Maranhão: uma análise Multinível.....	115
Fotografia 2 –	Dissertação de Mestrado intitulada SAÚDE DA NOSSA GENTE: divulgação científica e educação não formal nas ondas da Radio Educadora Rural do Maranhão.....	119

LISTA DE SIGLAS

ABHO	Associação Brasileira de História Oral
ABMG	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ABMG	Associação Brasileira de medicina de grupo
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
AISMIN	Ações Integradas de Saúde Materno Infantil e Nutrição
AMB	Associação Médica Brasileira
AMB	Associação Médica Brasileira
APAE	Associação de pais, amigos e excepcionais
APS	Atenção Primária em Saúde
CD	Crescimento e Desenvolvimento
CEBS	Comunidade eclesiais de base
CEP	Comitê de ética de pesquisa
CIMS	Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CIS	Comissão Interinstitucional de Saúde
CIS	Comissão Interinstitucional de Saúde
CLATES	Centro Latino Americano de Tecnologia Educativa
CLIS	Comissão legal Interinstitucional de Saúde
CNBB	Confederação Nacional dos Bispos do Brasil
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde
CPDOC/FGV-RJ	Programa da Pós-Graduação em História, Política e Bens Culturais da Fundação Getúlio Vargas-RJ
CRIS	Comissão regional interinstitucional da saúde
DRT	Delegacia regional do Trabalho
FAO	Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura
FAO	Organização das nações unidas para a alimentação e agricultura
FAPEMA	Fundo de amparo à pesquisa do estado do Maranhão
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FISI	Fundo das Nações Unidas para a Infância
FR	Fundação Rockefeller

Fundação SESP	Fundação do Serviço Especial de Saúde Pública
GIH	Gastos de internação hospitalar
GTZ	Grupo técnico da Alemanha
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IRAS	Infecções Respiratórias Agudas
LBA	Legião Brasileira da Assistência Social
MEC	Ministério da Educação
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIS	Programa das ações integradas de Saúde
PAS	Programa Agentes de Saúde
PC	Pastoral da Criança
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIASS	Programa de Interiorização das ações de saúde e saneamento
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PRODIMA	Projeto de Controle de Doenças Diarréicas Infantis no Maranhão
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUCAM	Superintendência de campanhas de saúde pública
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e esclarecido
TRO	Terapia de reidratação Oral
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

CEBS Centro de estudo Brasileiro Social
URSS União das Repúblicas Socialista Soviética

ABREU, Jerusa Emília Roxo de. **AGENTE COMUNITARIOS DE SAUDE NO MARANHÃO: resgate de uma experiência.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 201p.

RESUMO

Este estudo visa resgatar a experiência de trabalho dos Agentes Comunitários Saúde no Maranhão, antes da implantação oficial do PACS, na década de 1980, pelo Ministério da Saúde do Brasil. Trata-se de uma pesquisa sócio histórica, com abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, utilizando a história oral. O local do estudo foi o Maranhão. Os entrevistados foram os gestores, profissionais, coordenadores, professores das instituições que participaram da história da política de saúde do estado envolvidos na gestão do trabalho dos ACS, dos municípios de São Luís, São José de Ribamar, Agentes Comunitários de Saúde envolvidos com a experiência e os usuários pertencentes às famílias, que receberam as ações disponibilizadas pelos ACSs na década de 1980. Ao todo foram entrevistados 27(vinte e sete) profissionais ligados à experiência estudada, 49(quarenta e nove)Agentes Comunitários de Saúde e 12(doze) usuários pertencentes há 12(doze) famílias atendidas pelos ACSs. Foi utilizada a análise de conteúdo na modalidade temática.O estudo apontou que, o Maranhão viveu uma experiência de trabalho com Agentes Comunitários de Saúde que teve a participação de instituições governamentais, não governamentais, locais, nacional e internacional que usavam pessoas da comunidade de forma voluntária, para desenvolver ações para o binômio mãe e filho nas famílias, tendo em vista os altos índices de mortalidade infantil do Estado à época. Esse trabalho contou com a participação de 10(dez) instituições, sendo a Pastoral da Criança, UNICEF, Secretaria Estadual e Municipal da Saúde e a UFMA as mais importantes, pois estavam diretamente envolvidas nas ações, desde a cooperação técnica e financeira até o planejamento e a execução destas, diretamente na comunidade. A proposta de trabalho para o agente comunitário de saúde à época incluía ações de promoção a saúde às famílias que viviam em situação de extrema pobreza, sendo desprovidas de cuidados básicos de saúde, em especial para mães e crianças. Vindo com uma proposta de vanguarda em termos de Saúde Pública, para o Estado, a experiência tornou-se condizente aos anseios de uma população que até então vivia a mercê de um sistema de saúde deficiente.Nessa conjuntura, o agente comunitário de saúde foi o agente nuclear que viabilizou o apoio, a implementação e o desenvolvimento de ações básicas voltadas para a família e comunidade, de forma a expandi-las e a fortalecê-las em nível local.A experiência produziu impactos positivos no que tange a diminuição da mortalidade infantil e desnutriçãono Estado, demonstrado em relatórios oficiais da UNICEF e em pesquisas científicas publicadas,e independentemente dessas iniciativas serem oficiais ou não, contribuiu paraa construção de uma massa crítica que atestava a sua efetividade em face de situações emergenciais e apontavam para a possibilidade de reorganização da atenção básica mediante ações mais estruturadas,apontando um novo caminho a seguir.

Palavras-Chave: Experiência. Agentes Comunitários de Saúde. Maranhão. Saúde Pública. ABREU, Jerusa Emidia Roxo de. **AGENTE COMUNITARIOS DE SAUDE NO MARANHÃO: resgate de uma experiência.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 201p.

ABSTRACT

This study aims to rescue the history of Community Health Agents in Maranhão, before the official implantation of PACS in the 1980s by the Brazilian Ministry of Health. It is a socio-historical research, with a qualitative, descriptive and exploratory approach, using oral history. The study site was Maranhão. The interviewees were the managers, professionals, coordinators and teachers of the institutions, who participated in the history of the health policy of the state involved in the management of the work of the ACS, the municipalities of São Luís, São José de Ribamar and the Community Health Agents involved with experience. A total of 27 professionals were interviewed, and 49 community health agents were interviewed. Thematic and documentary analysis were used, using the triangulation of the data. The study pointed out that Maranhão lived a work experience with Community Health Agents that had the participation of governmental, nongovernmental, local, national and international institutions that used people from the community voluntarily, to develop actions for the mother and child binomial. So, in view of the high infant mortality rates of the State at the time. This work had the participation of 10 institutions, with Pastoral, UNICEF, State and Municipal Health Secretary and UFMA being the most important, since they were directly involved in the actions, from technical and financial cooperation to planning and execution, directly in the community. The work proposal for the community health agent at that time included actions to promote health. Coming with a state-of-the-art public health proposal for the state, the experience became commensurate with the yearnings of a population that had hitherto lived at the mercy of a failed health system. At this juncture, the community health agent was the nuclear agent that enabled the support, implementation and development of community-oriented basic actions in order to expand and strengthen them at the local level. The experience had positive impacts on the reduction of infant mortality and malnutrition in the State, and regardless of whether these initiatives were official or not, contributed to the construction of a critical mass that testified to its effectiveness in emergency situations and pointed to the possibility of reorganization of basic care through more structured actions, pointing out a new path to follow.

Keywords: Experience. Community Health Agents. Maranhão. Publichealth.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	18
2	JUSTIFICATIVA.....	20
3	OBJETO DO ESTUDO.....	21
4	OBJETIVOS.....	21
4.1	Geral.....	21
4.2	Específicos.....	21
5	REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
5.1	O que é Memória?.....	22
5.2	Importância da Memória Coletiva?.....	24
5.3	A memória como Objeto da Historia.....	26
5.4	A Conferência de Alma-Ata.....	28
5.5	Os Agentes Comunitários de Saúde no Mundo.....	31
5.6	História do Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil.....	33
5.7	A Cooperação Internacional na Saúde e as principais Agências fomentadoras da Saúde.....	38
5.8	O Movimento da Reforma Sanitária e as Políticas de Descentralização na Saúde.....	46
5.9	O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE).....	48
5.10	O Conselho Consultivo de Administração da Saúde (CONASP).....	50
5.11	Ações Integradas de Saúde (AIS)	51
5.12	O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).....	52
5.13	O Trabalho em Saúde.....	53
5.14	O Trabalho Voluntário.....	55
5.15	O Processo de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil.....	58
6	METODOLOGIA.....	62
6.1	Tipo de Estudo.....	62
6.1.1	A história Oral como opção estratégica do estudo.....	62
6.2	Local e Período de Estudo.....	65
6.3	Participantes da Pesquisa.....	65
6.4	Coleta de Dados.....	66
6.5	Instrumentos de Pesquisa.....	68

6.6	Análise dos Dados.....	67
6.7	Aspectos Éticos.....	70
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	71
7.1	Artigo 1: Resgatando a Memória Histórica de uma experiência compartilhada de Ações de Saúde Pública sob o olhar de instituições envolvidas na década de 1980.....	71
7.2	Artigo 2: Com a fala os Agentes Comunitários de Saúde: Uma sementinha que cresceu, se transformou e transformou uma realidade.....	106
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	132
	REFERÊNCIAS.....	135
	APÊNDICES.....	143
	ANEXOS.....	164

APRESENTAÇÃO

Quando me propus a desenvolver esta pesquisa, ambicionei contar uma história que jamais teria sido dita, ou redita. A História de trabalho com os Agentes Comunitários de Saúde no Maranhão na década de 1980.

O início de tudo aconteceu em 2015, quando foi me apresentada a proposta de pesquisa pela orientadora e surpreendida e ao mesmo tempo temerosa, embarquei nesse sonho pessoal, nesse mar de possibilidades e confesso que cada vez mais apaixonada pelo tema, o sonho foi se tornando meu também.

A produção de uma pesquisa é um processo que pode ser explicado pela insegurança no caminho, sob um ônus do compromisso de desenvolver um trabalho de qualidade científica. O percurso de sua realização é cheio de incerteza, insegurança e as vezes frustrações, principalmente em uma pesquisa de cunho qualitativo com a utilização da história oral, onde as fontes orais adequadas seriam extremamente importantes para o seu desenrolar.

A incerteza se fez desde o momento da aceitação, os participantes aceitariam o convite? Conseguiria encontrar fontes orais importantes para desvendar nossos objetivos? Conseguiríamos encontrar os Agentes Comunitário de Saúde que participaram deste trabalho? E os usuários, seria pedi muito os encontrá-lo no caminho desta travessia?

A realização desta pesquisa é comparada a ao encontro com o mar, que ao mesmo tempo que encanta e seduz, pode amedrontar. Pelos seus mistérios, como saber até onde avançar mar adentro? Haveria forças para continuar navegando? O que nos reservaria este mar? A volta à terra firme traria boa pesca? O que essa pesquisa ensinaria aos pescadores?

Por vezes o navegar é amparado, por vezes é necessária ancoragem, e por outras a travessia é solitária. O que determina esta travessia, ora gratificante, cheia de emoções, alegrias, como também triste, tortuosa, e permeada de luto é a concretização dos objetivos estabelecidos pela pesquisa.

Parafraseando Marques, certamente a pesquisa se traduz na segurança da incerteza dos caminhos, e ao caminhar este vai se abrindo. E de posse desta verdade é que conseguimos no caminhar, atingir nossos objetivos propostos.

Atendendo aos objetivos propostos, trouxemos como resultado desta pesquisa:

Artigo 1: Resgatando à memória histórica de uma experiência compartilhada de Ações de Saúde Pública no Maranhão sob o olhar de instituições envolvidas na década de 1980.

Este estudo tem como objetivo resgatar a memória de uma experiência compartilhada de ações de Saúde Pública no Maranhão sob o olhar das instituições envolvidas na década de

1980. Trata-se de uma pesquisa histórica, com abordagem qualitativa, utilizando a História Oral.

Artigo 2: Com a fala os Agentes Comunitários de Saúde: uma sementinha que cresceu, se transformou e transformou uma realidade.

Este artigo tem como objetivo compreender a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre suas experiências ao longo da década de 1980 no Maranhão. Trata-se de uma pesquisa histórica, com abordagem qualitativa, utilizando a história oral, com 49 Agentes Comunitários de Saúde envolvidos com a experiência

Até que os leões tenham seus próprios historiadores as histórias de caçadas continuarão glorificando o caçador.

(Proverbio Africano em Galeano)

1INTRODUÇÃO

O Agente Comunitário de Saúde é o trabalhador de saúde que integra a equipe de saúde, prestando cuidados primários às famílias da sua comunidade, auxiliando as pessoas a cuidarem da própria saúde por meio de ações individuais e coletivas (BRASIL,2001).

Segundo o Ministério da Saúde, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) surgiu a partir de experiências discutidas na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada no período de 6 a 12 de setembro de 1978, em Alma-Ata, capital da República Socialista Soviética do Cazaquistão, promovida pela Organização Mundial de Saúde e Fundo das Nações Unidas para Infância, onde foi divulgado o conceito de Atenção Primária em Saúde (APS), como parte de um sistema nacional de saúde, envolvendo médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2009).

Entretanto, Nascimento(2011) já refere a participação de auxiliares da própria comunidade nas atividades de assistência a indivíduos, grupos humanos e famílias, antes mesmo da realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde no Brasil, em diversos serviços nacionais ou locais.

Neste sentido,Peres(2011)destaca aPastoral da Criança, que se originou no início da década de1980, tendo como base de trabalho, a comunidade e a família. Constitui em uma das tantas iniciativas da Igreja católica no âmbito social que almejava oferecer à população brasileira oportunidades de melhoria da qualidade de vida, em vista de uma evangelização integral, que visa corpo e alma, indivíduo e sociedade.Valeu-se, na época, das lideranças das comunidades, organizando as comunidades em torno de um trabalho de promoção humana no combate à mortalidade infantil, à desnutrição e à marginalidade social.

Apartir da década de 1980, explodem no Brasil diversas experiências, queestiveram vinculadas, através de assessoria técnica e financeira àsorganizações não governamentais e instituições acadêmicas, cujos profissionais atuavam em saúde pública e comunitária (ESCOREL,1987).

Para os autores Santos eFracolli,(2010), o surgimento dos ACS aconteceu em 1979 no Brasil, com apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), onde 400 agentes comunitários começaram a atuar no Estado do Maranhão.

Estes profissionais que iniciaram ações de saúde consistiam na época em trabalhadores voluntários ou em praticantes leigos interessados em contribuir com as ações sociais para ajudar a população, principalmente as camadas mais pobres, que não tinham

acesso aos serviços públicos de saúde. Alguns voluntários eram militantes políticos e/ou lideranças locais vinculadas a instituições religiosas que prestavam atendimento na área da saúde, principalmente em ações direcionadas ao binômio mãe-filho, com enfoque nos tratamentos de diarreias, estímulo ao aleitamento materno e o uso da terapia de reidratação oral(SILVA; DAMASO, 2002).

Segundo relatório do UNICEF (1980),o estado do Maranhão no início da década de 1980,convivia com altas taxas de mortalidade infantil, principalmente por causas diarreicas, baixos índices de aleitamento materno, pouca cobertura vacinal para crianças e baixo índice de gestantes realizando acompanhamento no pré-natal. A mortalidade infantil no estado girava em torno de 130/1000 nascidos vivos(NV), sendo considerada a 4º do Nordeste.

Em 1987, um programa utilizando agentes de saúde foi implantado no Ceará, sendo denominado de Programa Agentes de Saúde (PAS). Segundo Ribeiro(2007), o PAS constituiu-se na primeira iniciativa oficial de implantação de agentes de saúde como estratégia de governo, em âmbito estadual.

Em substituição ao PAS, surgiu o Programa de Agentes Comunitários de Saúde(PACS), que passou a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não somente o indivíduo. Foi formulado tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através de extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres. Porém, a partir da experiência acumulada pelo estado do Ceará com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde ali implantado, houve a percepção, pelo próprio Ministério da Saúde, de que os agentes poderiam também ser peça importante para a organização do serviço básico de saúde nos diversos municípios do Brasil (VIANA, 2005; DAL POZ, 2002).

Na política de saúde atual, o ACS faz parte da equipe de saúde e é o trabalhador que se caracteriza por ter o maior conhecimento empírico da área onde atua: a dinâmica social, os valores, as formas de organização e o conhecimento que circula entre os moradores. Esse conhecimento pode facilitar o trânsito da equipe, as parcerias e articulações locais. O reconhecimento destas características quer seja pelos profissionais de saúde, ou pelos moradores, traduz-se em diferentes expectativas. De um lado, pela inserção nos serviços de saúde, espera-se dele o exercício de um papel de controle da situação de saúde da população; de outro, os moradores esperam que o agente facilite seu acesso ao serviço de saúde (BRASIL,2001).

2 JUSTIFICATIVA

As ações que foram desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde no Maranhão, no início década de 1980, proporcionaram inúmeros resultados positivos na saúde da população, principalmente, aos mais pobres, que não tinham acesso ao serviço de saúde, tais como: ampliação do acesso às pessoas mais desfavorecidas, redução da mortalidade infantil por diarreias, melhor acompanhamento das gestantes, ações de incentivo ao aleitamento materno e melhorias dos indicadores de vacinação (UNICEF,1980).

Considera-se a experiência com os agentes comunitários de saúde importante para o estado, sendo vivenciada pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), UNICEF e Pastoral da Criança, com diversos atores sociais envolvidos diretamente neste projeto ainda vivos. Contudo, percebe-se que ainda há lacunas a serem elucidadas quanto ao processo histórico da experiência dos ACS no Maranhão, desde os tempos anteriores a implantação efetiva do PACS no Brasil. Assim, é fundamental recuperar essa experiência histórica bem como conhecer de que forma os Agente Comunitários de Saúde eram articulados e como realizavam as práticas de saúde naquele momento. Além disso, é de grande relevância conhecer essa experiência de trabalho com os ACS, o papel da Universidade Federal do Maranhão, da UNICEF, e da Pastoral da Criança nesse processo.

Portanto, este estudo visa resgatar a experiência histórica de trabalho com os Agentes Comunitários de Saúde no Maranhão, antes da implantação oficial do PACS, na década de 1980, pelo Ministério da Saúde do Brasil.

3. OBJETO DO ESTUDO

A experiência do trabalho com os Agentes Comunitários de Saúde no Maranhão na década de 1980, anterior a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), do Ministério da Saúde.

4. OBJETIVOS

4.1 Geral

Resgatara experiência do trabalho com os Agentes Comunitários de Saúde no Maranhão, na década de 1980, anterior a implantação oficial do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo Ministério da Saúde brasileiro.

4.2 Específicos

- ❖ Conhecer as práticas de saúde utilizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, na década de 1980, antes da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Maranhão;
- ❖ Compreender a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre suas experiências ao longo da história;
- ❖ Identificar o papel das Instituições e Organizações não Governamentais do Maranhão nas ações de saúde dos Agentes Comunitários de Saúde na época.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 O que é Memória?

“Sem as nossas “memórias”, somos tão instáveis, quanto um violinista no telhado”

(Charles Chaplin)

Popularmente falando, a palavra memória (do latim *memória*) é a faculdade psíquica através da qual se consegue reter e (re)lembrar o passado. A palavra também permite referir-se à lembrança/recordação que se tem de algo que já tenha ocorrido e à exposição de fatos, acontecimentos, dados ou motivos que dizem respeito a um determinado fato (POLAK, 2003).

“Memória” significa aquisição, formação, conservação e evocação de informações. A aquisição é também chamada de aprendizado ou aprendizagem: só se “grava” aquilo que foi aprendido. A evocação é também chamada de recordação, lembrança, recuperação. Só lembramos aquilo que gravamos, aquilo que foi aprendido (CEDRO, 2011).

Biologicamente falando, as memórias são feitas por células nervosas (neurônios), que se armazenam em redes de neurônios e são evocadas pelas mesmas redes neuronais ou por outras. São moduladas pelas emoções, pelo nível de consciência e pelos estados de ânimo (LANG, 1996).

Podemos afirmar, conforme Bobbio (1997), que somos aquilo que recordamos, literalmente. Não podemos fazer aquilo que não sabemos, nem comunicar nada que desconhecemos, isto é, nada que não esteja na nossa memória.

Segundo Lang (1996), não está a nossa disposição o conhecimento inacessível, nem formam parte de nós episódios os quais esquecemos ou os quais nunca atravessamos. O acervo de nossas memórias traz sempre algo vivido, ou representativo para o ser humano, e isso faz com que cada um de nós seja um indivíduo no qual não existe outro idêntico.

O conjunto das memórias de cada um determina aquilo que se denomina personalidade ou forma de ser. Nem sequer as memórias dos seres clonados (como os gêmeos univitelinos) são iguais; as experiências de vida de cada um são diferentes, e cada um as expõe conforme sua representatividade (GARRIDO, 1993).

Memória têm os computadores, as bibliotecas, os animais que nos reconhece pelo cheiro, depois de vários anos, os povos ou países e, logicamente, nós, os humanos. Mas cada ser humano é quem é, um animal e indivíduo diferente de qualquer congênera, graças

justamente à memória, que é a coleção pessoal de lembranças de cada indivíduo, sendo distinta para cada indivíduo, portanto única (HALBWACHS, 1990).

Todos recordamos nossos pais, mas os pais de cada um de nós foram diferentes. Todos recordamos, geralmente, a casa onde passamos nossa primeira infância; mas a infância de uns foi mais feliz que a de outros. Todos recordamos nossa rua, mas a rua de cada um foi diferente.

Eu sou quem sou, cada um é quem é, porque todos lembramos de acontecimentos que não são próprios e exclusivos e não pertencem a mais ninguém. Nossas memórias fazem com que cada ser humano ou animal seja um ser único.

Para Meihy (2002), em seu sentido mais amplo, então, a palavra “memória” abrange desde os notórios mecanismos que operam nas placas do computador até a história de cada cidade, país, povo ou civilização. Mas a palavra “memória” quer dizer algo diferente em cada caso, porque os mecanismos de aquisição, armazenamento e evocação são diferentes, porém são complementares.

Bosi (1992) apresenta a memória como uma reconstrução psíquica e intelectual que supõe uma representação seletiva do passado, um passado que nunca é do indivíduo sozinho, mas de uma pessoa inserida em um contexto familiar, social, nacional. Nesse sentido toda memória é coletiva.

Para Le Goff (1990, p. 419), a memória é vista como “[...] propriedade de conservar certas informações, que remete-nos em primeiro lugar a um conjunto de funções psíquicas, graças às quais o homem pode atualizar impressões ou informações passadas, ou que ele representa como passadas”. A memória é para o autor um “elemento essencial” da identidade individual ou coletiva, sendo a sua busca uma atividade fundamental na sociedade contemporânea.

Sobre a memória, Montenegro (2001), evidencia a necessidade que o homem trouxe consigo, desde os primórdios, de preservá-la, registrando suas atividades. O autor salienta que, desde a mais alta antiguidade, o homem demonstrou a necessidade de conservar sua própria “memória” inicialmente sob a forma oral, depois sob a forma de grafite e desenhos e, enfim, graças a um sistema codificado.

Estudar os elementos que constroem e constituem a memória se faz importante, pois conforme Thompson (1992), a mesma está intrinsecamente ligada ao processo de construção da identidade, de explicação de fatos e/ou acontecimentos obscuros seja ela individual ou coletiva. A partir de tais aspectos então, podem-se reconhecer os

acontecimentos passados e ainda conservar as informações que nos são relevantes à preservação,rememoração.

Trabalhando nessa construção de pensamento, há que se justificar o motivo e a importância de se estudar a memória. Segundo Le Goff (1994, p.437): “a memória, a qual cresce a história, que por sua vez a alimenta, procura salvar o passado para servir ao presente e ao futuro”. Enquanto geradora da identidade, a memória pode ser vislumbrada como sendo participante de sua construção, uma vez que a própria identidade de uma sociedade, realiza certas seleções da memória, e ainda, dá forma às predisposições que vão conduzir o indivíduo a incorporar alguns aspectos particulares do passado.

5.2 Importância da Memória Coletiva

“Memória coletiva é algo mais do que uma simples lembrança do passado, pois através dela se cria a identidade de um povo. Sem memória coletiva as comunidades ignoram suas raízes e tradições”.

(HALBWACHS, 2003)

Popularmente falando a memória coletiva baseia-se na memória de um grupo de pessoas, tipicamente passadas de uma geração para a seguinte, ou ainda a memória compartilhada de um grupo, família, grupo religioso, étnico, classe social ou nação sobre determinados acontecimentos(HALBWACHS, 1990).

Quem empregou este conceito pela primeira vez foi o pensador francês Maurice Halbwachs (1877-1945), desde então, seus pensamentos têm sido alvo de estudos por diversos pesquisadores que estudam sobre a temática.

O Sociologista francês Maurice Halbwachs cunhou o termo *memória coletiva* para designar o fenômeno que surge da interação social, observou como as representações coletivas do mundo, incluindo as do passado, tinham suas origens na interação de entidades coletivas desde o início e que não poderiam ser reduzidas a contribuições de indivíduos. Eventos e experiências lembrados são raramente constituídos por indivíduos à parte de outros ou de seu grupo social(HALBWACHS, 2003).

Pierre Nora(1993) definiu memória coletiva como o conjunto de memórias, mais ou menos consciente de uma experiência vivida ou mitificada por uma comunidade, cuja identidade é parte integrante do sentimento do passado.

De acordo com Cuesta (2008), a história da memória se concentrou, sobretudo, na memória dos grupos e seu papel na consolidação de uma identidade coletiva.

Para Halbwachs (2003), a memória está associada a uma consciência coletiva, sujeita a variações, não só de uma sociedade a outra, mas também de uma classe social a outra. A memória é antes de tudo coletiva, e são os indivíduos que se lembram, dentro dos marcos da sociedade em que estão inseridos.

Este mesmo autor define então, três níveis de memória:

As lembranças individuais (que estão em relação com as experiências vividas); a memória coletiva, que se constrói, por sua vez, das lembranças comuns a todos os indivíduos de um grupo, que conheceram os mesmos acontecimentos e guardaram os rastros deixados por estes acontecimentos (no espaço, nas instituições, nos arquivos escritos ou nos relatos relativos a esse passado); a tradição, que emerge quando os atores dos acontecimentos considerados desapareceram. Os rituais, os mitos, os relatos coletivos, as peregrinações ocupam então o lugar de lembrança.

Para Halbwachs (1990) são as repercussões, não o acontecimento em si, que entram na memória de um povo e cada grupo tem na sua memória uma representação própria do evento e do tempo.

Pollak (1992) afirma que as lembranças do indivíduo permanecem coletivas e são lembradas por outros, ainda que somente a pessoa tenha participado do evento, pois mesmo que esteja sozinha, os outros fazem parte de suas percepções e lembranças e estão presentes em suas representações.

Coadunando com as ideias de Halbwachs sobre a memória coletiva, Nora (1993) afirma que as nossas lembranças permanecem coletivas e são lembradas por outros, ainda que se trate de eventos em que somente nós estivemos envolvidos e objetos que somente nós vimos.

Nesta perspectiva, Bosi (1992) afirma que a memória não é só um fenômeno de interiorização individual, mas uma construção social e um fenômeno coletivo. Vale acrescentar que a memória individual se estrutura e se insere na memória coletiva. Além do mais, a pessoa traz consigo uma bagagem de lembranças históricas que pode aumentar por meio de conversas ou de leituras, mas esta é uma memória tomada de empréstimo que não é a dela.

Maurice Halbwachs (2003), em seu livro “A memória coletiva”, discorre no primeiro capítulo sobre as duas principais categorias da memória: a memória individual - “O primeiro testemunho a que podemos recorrer será sempre o nosso” (p.29) e a memória coletiva - “É como se estivéssemos diante de muitos testemunhos” (p. 30). Diante da perspectiva que o indivíduo nunca está sozinho, mesmo os acontecimentos vividos

solitariamente são percebidos enquanto lembranças que permanecem coletivas, ou seja, para o autor, a memória individual é construída a partir da memória coletiva.

5.3 A Memória como objeto da História

“Em outras palavras, um povo sem memória, é um povo sem história”(Thompson, 1992)

Desde seu aparecimento, a função da História é fornecer à sociedade uma explicação de suas origens, de fatos, experiências e acontecimentos. Do grego, *Historie*, a palavra então, significa procurar, contar, investigar.

Nessa busca, a essência da História como transformação (e seu processo formativo), bem como sua dimensão de análise, como o tempo e o espaço, integraram a palavra História em sua polissemia. Nessa polissemia, a História é uma série de acontecimentos, ea narração dessa série de acontecimentos(THOMPSON, 1992).

Segundo o autor supracitado, a relação da memória com a História vem sendo objeto de estudos constantes, em pesquisas individuais e coletivas, cujos significados vão desde relatos de acontecimentos passados, a outros pontos de vista. De acordo com os teóricos a memória aparece como arte, construída por fragmentos e detalhes que são lembrados, relembrados, muitas vezes esquecidos, ou apenas silenciados, e situada de forma dinâmica apresenta mobilidade de tempo e espaço.

Para começarmos a pensar numa relação entre memória e história, também vale recorrer aos gregos. Para eles a memória era tão importante que recebeu um lugar especial no panteão de seus deuses. Segundo a mitologia Grega, Mnemósine, a deusa da memória, foi a quarta esposa de Zeus quegerou, dessa união, nove musas, entre elas, Clio, a História. Nesse sentido, poderíamos pensar que, para a produção da(s) História(s), se torna indispensável recorrer à memória(BOSI, 1992).

Na visão de Halbwachs (2003,p. 60), “não é na história aprendida, é na história vivida que se apoia nossa memória”, nesse intuito busca-se sempre investigar a memória de indivíduos protagonistas de determinada história, assim como a memória da sua coletividade em busca de confirmações dos depoimentos, procurando fatos, elementos, documentos que possibilitem a confrontação dessas memórias, com a realidade na qual os mesmos indivíduos estão inseridos.

Tomando como ponto de partida os ensinamentos de Halbwachs sobre a Memória individual e coletiva e sua relação com a História, é que buscamos resgatar a experiência histórica de trabalho com os Agentes Comunitários de Saúde na década de 1980 no Maranhão, através dos depoimentos destes Agentes e dos demais autores envolvidos nesta experiência, ou seja, dos protagonistas dos fatos e acontecimentos vivenciados no passado, que com suas histórias a memória permitiu nos contar.

Coadunando com este pensamento, Cuesta (2008) afirma que, a memória é a “história vivida” e a história, por sua vez, a “história contada. Uma memória que não apenas aprofunda a compreensão do eu preservando um passado, mas situa-o em relação aos outros, ao mundo. É a constituição social da memória individual em conjunto com o “eu” coletivo.

Durante muito tempo a história esteve associada à memória. Halbwachs (2003), afirma que a memória de uma pessoa se apoia mais no passado vivido do que no apreendido por livros, pela história escrita. Há uma distinção entre uma história vivida e a história escrita: a primeira possui todos os elementos necessários para construir um panorama vivo sobre o qual se baseia o pensamento para conservar e reencontrar a imagem do passado.

Para Pollak (2003), a memória rememora o passado com olhos do presente e permite prospectar o futuro, portanto, ela se articula entre o passado-presente e o futuro de forma tridimensional.

O tempo está sempre presente na memória, sendo esta, na concepção de Delgado (2010, p. 9) “[...] uma construção sobre o passado, atualizada e renovada no tempo presente”. A memória retém lembranças, evoca o passado como seu substrato, como forma de salvar o tempo do esquecimento e da perda. Relacionando-se com a história de forma dinâmica, história e memória são suportes na formação de identidades individuais e coletivas, formadas nos processos das vidas em sociedade.

Na visão de Halbwachs (1990, p.60), “a memória no sentido primeiro da expressão é a presença do passado, sendo uma construção que acarreta de fato uma representação seletiva do passado, que nunca é somente do indivíduo, mas de um indivíduo inserido num contexto histórico, familiar, social e nacional”.

A História é feita pelos Historiadores, contudo é tudo que nos rodeia sobre os acontecimentos passados. Assim como o presente e o futuro também serão história. Toda história, seja transmitida pela escrita, ou mesmo pela oralidade, ao ser interpretada, permite ao sujeito algum tipo de subjetividade em sua interpretação. Assim, Le Goff (1994) nos diz que a História iniciou como sendo simples relatos, porém, com sua evolução, se tornou muito mais,

é considerada uma prática social, e nela uma importante característica se destaca, a de que cada acontecimento é único.

De acordo com Montenegro (2001), os acontecimentos ocorrem em meio a um conjunto de indivíduos e, devido à sua relevância, importância e/ou repercussão, se tornam memoráveis no contexto de determinado grupo.

Le Goff (1990, p. 38) aponta a relação entre memória e história, quando salienta: “Tal como o passado não é a história, mas o seu objeto, também a memória não é a história, mas um dos seus objetos e, simultaneamente, um nível elementar de elaboração histórica, dessa forma, a memória também pode ser utilizada para reconstruir os fatos históricos a partir de ressignificações individuais”.

5.4 A Conferência de Alma-Ata

Na década de 1950, as disparidades existentes entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos, associados às diferenças estruturais internas nos países subdesenvolvidos, eram reconhecidas como dificultadas ao desenvolvimento destes últimos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhecia que esses problemas eram oriundos de raízes políticas, sociais, culturais, associados também a recursos extremamente limitados, grandes distâncias, comunicação ineficaz, pobreza individual e comunitária e a falta de integração de serviços contribuindo fortemente para o círculo da pobreza nos países subdesenvolvidos do continente Americano e Africano (UNICEF/OMS, 1979).

Associado as grandes disparidades, a atenção à saúde era predominantemente curativa, com a incorporação crescente de tecnologias, elevando os custos da prestação de serviços e inviabilizando o acesso para parcelas significativas da população.

As campanhas especializadas para o controle de agravos, de acordo com a OMS, não surtiam efeitos a longo prazo, apenas tinham resultados temporários. Fazia-se necessário o estabelecimento permanente de serviços de saúde para o controle e prevenção de doenças, promoção e manutenção da saúde (RIBEIRO, 2007).

Conforme Campos (1992), o reconhecimento das situações apontadas levou a OMS a declarar apoio técnico para o desenvolvimento econômico no campo da saúde para fortalecer serviços básicos de saúde, com o atendimento de problemas que afetavam grande parte da população. Assim, a OMS, já acenava que a sua cooperação, seria para a atenção primária, em resposta ao quadro apresentado.

A partir de 1960 inicia-se um debate apontando a determinação econômica e social da saúde, e abriu-se caminho de uma abordagem positiva nesse campo. Essas abordagens tentavam superar as orientações centradas predominantemente no controle da enfermidade, somavam-se também a esta discussão, algumas experiências desenvolvidas em países do terceiro mundo, na década de 1960, e início de 1970, voltadas para atender as populações carentes que não tinham acesso a nenhuma forma de cuidados médicos, contribuindo então para novas estratégias a serem desenvolvidas pelo setor saúde que foram importantes e deram origem as ideias que conformaram a noção de Atenção Primária a Saúde (APS) (DONANGELO E PEREIRA, 1976).

Em 1978, foi realizado na antiga União Soviética (URSS), a conferência de Alma –Ata, que conclamou os países a redirecionar seus sistemas de saúde para proporcionar atenção ao conjunto da população. Seu relatório final divulgou a atenção primária como o primeiro nível de atenção, devendo desenvolver ações prioritárias e consideradas estratégicas e de alto impacto na saúde da população e definiu cuidados primários de saúde como:

Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade e o país pode manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e das comunidades com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados da saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS/UNICE, 1979, pg.18).

Nesta conferência a OMS conclamou todos os países membros a adotarem estratégias nacionais, regionais e globais, para alcançar a meta de “Saúde para Todos no Ano 2000”. As autoridades reconheceram que mais da metade da população mundial não usufruía dos benefícios de um adequado atendimento à saúde e reconheceram a atenção primária como um novo enfoque de saúde e um novo tipo de serviço para reduzir a distância que separava os privilegiados e os carentes e então obter uma distribuição mais equitativa dos recursos de saúde e um nível de saúde que permitisse a todo cidadão do mundo desfrutar uma vida social e econômica produtiva (OMS/OPAS, 2005).

No seu documento foi especificado oito elementos fundamentais a serem contemplados nas ações de cuidados primários de saúde, tais como: educação em saúde; saneamento ambiental; programa de saúde materno-infantil; incluído imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado das

doenças mais comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; e estímulo a boa alimentação(OMS/UNICEF, 1979).

A conferência recomendou também que os governos incorporassem aos seus planos nacionais de desenvolvimento as seguintes premissas: os cuidados primários de saúde; a participação de outros ministérios para apoio financeiro e técnico; uma política de estímulo aos recursos humanos, apoiados a um sistema de informação. Portanto, a ótica da discussão entre os participantes baseou-se na necessidade de um sistema de atenção, onde os cuidados primários deveriam ser a parte integrante, e apontou a necessidade de trabalhar um conceito de saúde mais abrangente e o direito a universalidade da saúde (OMS/OPAS, 2005).

Segundo Ribeiro (2007), o conceito de Alma Ata se destaca por ter profundas implicações políticas e sociais, à medida que traçou uma estratégia que não tratou somente de serviços de saúde, mas que também previa abordagem dos determinantes políticos e econômicos dos problemas do setor saúde, configurando uma concepção mais abrangente na época, baseada no direito fundamental à saúde.

No consenso alcançado na conferência de Alma-Ata, seria de extrema importância alcançar a expansão da cobertura dos serviços, que deveriam ser oferecidos a toda população. Neste documento foi enfatizado que as ações de saúde deveriam ser voltadas para as necessidades da população com cobertura universal, abrangendo ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação. As ações deveriam ser adaptadas às condições da comunidade e executadas com a participação da própria comunidade para estimular a auto responsabilidade e reduzir a dependência (STARFIELD, 2004).

As ações, então, deveriam também integrar a uma rede hierarquizada de serviços de saúde, sendo planejadas em função da demanda de cada região e integradas com outros setores de estreita relação com a saúde (BRASIL, 1997).

Após a Conferencia de Alma-Ata os princípios básicos da APS passaram a orientar as mudanças que deveriam ser implementadas nos sistemas nacionais de saúde. Para efetivar seus princípios os governos deveriam comprometer-se politicamente e formular ou revisar nos próximos anos suas políticas e planos nacionais a integrar a APS como elemento essencial de suas atividades de desenvolvimento(BRASIL, 2009).

Contudo, a reação de muitos governos, organizações e indivíduos à Declaração de Alma-Ata foi de considerá-la irrealista e intangível. Assim, a partir de 1979, seguiu-se uma corrente de abordagens seletivas de APS, sob a forma de pacotes custo-efetivos estimulada pelo Banco Mundial como o conhecido GOBI, pacote do UNICEF que incluía quatro

intervenções: monitorização do crescimento, reidratação oral, amamentação e imunização(MENDES, 2002).

Dessa forma, o idealismo de Alma Ata foi reduzido a um conjunto de intervenções técnicas que poderiam ser mais facilmente implementadas e medidas. Os seus pressupostos abrangentes foram ofuscados por programas verticais, e os sistemas de saúde em muitos países, principalmente nos de baixa renda, sofreram debilitação e fragmentação (STARFIELD, 2004)

No Brasil, segundo Fausto (2005), foi nessa aceção reduzida que inicialmente a noção de APS foi incorporada ao sistema de saúde do Brasil, principalmente para as populações rurais e pobres da área rural e urbana.

Essa situação ocorreu, em grande parte, como consequência das medidas de ajustes estruturais, promovidas pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), diante da depressão econômica dos anos 1980, que levou ao endividamento dos países em desenvolvimento, e da escassez cada vez maior de recursos para a saúde. O Banco Mundial ganhou autoridade ao passo que a OMS perdeu prestígio (BROWN et al., 2006).

Tudo isso levou a um cenário de desintegração dos cuidados de saúde, favorecendo o crescimento do setor privado, e, portanto, enfraquecendo o marco da saúde como direito. Dessa forma, as políticas de ajustes estruturais lançadas após a Conferencia de Alma-Ata, levou à fragmentação e até à destruição de muitos sistemas de saúde em muitos países em desenvolvimento(CAMPOS, 1992).

5.5 Os Agentes Comunitários de Saúde no Mundo

No mundo o termo genérico “Agente Comunitário de Saúde” (ACS) se refere a uma variedade de tipos de trabalhadores comunitários, em diferentes modalidades e com variadas tarefas, que incluem intervenções preventivas, promoção de comportamentos saudáveis, mobilização comunitárias e, em alguns casos, manejo clínico de doenças prevalentes (BROWN, et al., 2006).

Conforme Sousa (2001), a origem do trabalho dos ACSs remonta há muitas décadas, portanto, não são atores novos no cenário mundial da saúde. Um antecedente importante do ACS na Europa, já na Idade Média foi o inspetor sanitário, quando, em caso de peste ou de outras epidemias, agilizavam-se um regulamento de urgência sob a sua responsabilidade que tinha por orientação a quarentena, que se baseava, na segregação

temporária preventiva de pessoas que ainda não manifestavam a doença, prática iniciada no século XIV.

Segundo este mesmo autor supracitado, este inspetor realizava uma vigilância generalizada num território urbano devidamente delimitado para esse fim, constando das suas atribuições: inspeção diária aos domicílios e aos habitantes das cidades; o controle e a comunicação sobre a ocorrência de óbitos; e a desinfecção dos domicílios.

No Canadá, em 1920, o ACS, aparece para auxiliar no movimento de organização comunitária nas Américas. Há décadas, diversos grupos religiosos e organizações não governamentais treinaram agentes de saúde (PIRES, 1988).

Em Bangladesh, desde 1972, a inovadora experiência Gonoshastaya Kendra, conhecida como GK, contribuiu para transformar o papel da mulher na sociedade, ao treinar mulheres para trabalharem como “paramédicas” e ensinando-as a percorrer os vilarejos de bicicleta, algo que era absolutamente contrário às tradições da época. Esta experiência com as paramédicas, um tipo de agentes de saúde trouxe um componente central de inclusão social da mulher, com formação e geração de emprego (CHAUDHURY; CHOWDHURY, 2007).

No Irã, os ACS, chamados de behvarzes existem há mais de 50 anos, são remunerados e trabalham em áreas rurais. Segundo Mendes (2004), um estudo acompanhou as taxas de mortalidade infantil e materna nesse país, de 1974 a 1996, evidenciando, que as diferenças entre as taxas de mortalidade infantil, entre meio urbano e rural reduziram consideravelmente, ao que se atribui uma forte associação com o trabalho de behvarzes nas áreas rurais.

Em países da África e Ásia, na década de 1950, destaca-se o trabalhador comunitário desenvolvendo ações para o público infantil, com uma redução geral na mortalidade em recém-nascido, crianças pequenas e pré-escolares (SAZAWAL, 2003).

Na Etiópia, mães treinadas, oriundas da própria comunidade desenvolveram ações voltada para as crianças menores de cinco anos, ofertando antimaláricos aos seus filhos, o que ocasionou uma redução de 40% na mortalidade infantil (ÁVILA, 2011).

Walt (1990) afirma que, alguns países também já estavam experimentando o trabalho do ACS desde as décadas de 1960 e 1970, como Botswana, Tanzânia, Colômbia, Jamaica, Índia e Sri Lanka, mas foi no final dos anos 1970 que começaram a ser implementados os projetos em escala mundial.

Na China, a experiência com os barefootdoctors (médicos descalços) atraiu o interesse da OMS, sendo então, instituído o programa como política nacional neste país em 1968. Os barefootdoctors recebiam uma formação que durava de três a seis meses, e proviam

serviços como vacinação, assistência ao parto, acupuntura e pequenas cirurgias, além de atuarem na melhora do saneamento (BROWN et al., 2006).

Na América Latina, apesar da resistência a esses trabalhadores, os mesmos foram utilizados nos últimos 30 anos como estratégia de extensão de cuidados básicos em comunidades rurais e periurbanas (MENDES, 2002).

Em 1978, a Declaração de Alma Atapostulou que a APS se baseava nos níveis locais e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, convenientemente formados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade. Assim, a figura do ACS, mesmo sem ter ainda um nome consagrado, universal nos diversos países, passou a fazer parte dos recursos humanos necessários para construir a Atenção Primária a Saúde, com os importantes pressupostos da formação adequada e do trabalho junto a outros profissionais da equipe de saúde (OMS, 1979).

Conforme Minayo et al. (1990), foi somente então, na década de 1980, que o termo “Agente Comunitário de Saúde” passou a ser usado de forma corrente, contemplando o que havia de comum entre todos os tipos de trabalhadores comunitários experimentados até então: a atuação na ampliação do acesso da população mais desassistida aos cuidados de saúde e o envolvimento de pessoas da própria comunidade nessa atuação.

No Maranhão na década de 1980, as trabalhadoras voluntárias atreladas ao UNICEF e às Secretarias Estadual e Municipal de Saúde que assistiam às comunidades carentes foram denominados Agentes Comunitários de Saúde conforme documentos oficiais do UNICEF, depoimentos dos Gestores da Saúde e dos próprios Agentes. Em contrapartida, as trabalhadoras voluntárias que estavam ligadas as pastorais das igrejas, neste período eram então chamadas de Líderes Comunitárias.

Segundo Santos (1995), todas as experiências comunitárias contribuíram enormemente para os rumos da figura do ACS. Nos anos 1980, duas conclusões principais estavam à disposição das agências internacionais e governos: 1) as experiências demonstravam que era possível ampliar o acesso de populações mais desassistidas aos cuidados de saúde por meio de uma formação de curta duração feita com pessoas da comunidade; e 2) a diversidade de termos usados para denominar a figura do ACS refletiam a grande variedade de tarefas que eles executavam.

5.6 História do Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil

O Brasil, desde o início do século XX, experimentou em serviços e programas nacionais ou locais a incorporação de auxiliares da própria comunidade nas atividades de assistência a indivíduos, grupos humanos e famílias (SANTOS et al.,2010).

Segundo Pires (1988) destaca-se já nesta época a enfermeira-visitadora, considerada elemento nuclear e primordial no trabalho sanitário. A visita domiciliar também já era praticada, no modelo campanhista, enquanto estratégia de assistência, desde a primeira década do século XX, tendo sido utilizada tanto para campanhas como para saneamento e saúde, segundo paradigmas de saúde e de assistência distintos.

No Brasil, desde 1942, o Ministério da Saúde, através da Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), passou a formar pessoal auxiliar com o objetivo de ampliar as atividades das unidades de saúde para áreas desassistidas. Esses eram conhecidos como visitadores sanitários, guardas da malária e auxiliares de saneamento (FLEURY, 1995).

Para Escorel (2008), com a criação do SESP (Serviço da Escola de Saúde Pública), um importante modelo de expansão e ampliação do atendimento em saúde, começou a expandir suas atividades em alguns estados brasileiros como Bahia, Pernambuco e Paraíba, tendo como proposta alcançar todos os profissionais da unidade sanitária, envolvendo-os no exercício de práticas educativas, a começar pelo médico, que recebia o paciente para exame e que deveria iniciar o processo de educação.

Nos serviços do SESP existia a enfermeira, que dividia as funções educativas com a visitadora sanitária e o auxiliar de saneamento. O visitador sanitário e o auxiliar de saneamento desenvolviam ações de promoção da saúde, monitoravam grupos de risco e desenvolviam ações de prevenção de doenças e de vigilância sanitária. Tinham um trabalho direcionado à saúde materno-infantil, acompanhando as gestantes e os recém-nascidos. Esses profissionais atuavam em áreas geográficas e populacionais delimitadas (NASCIMENTO, 2011).

Podemos então, já nesta época, identificar características de trabalho comunitário dentro de uma pequena comunidade, com enfoque sobre a família, comunidade, e não sobre o indivíduo, que encontra similitudes com a proposta da ESF e da atuação dos agentes comunitários de saúde, apesar de apoiadas por concepções de saúde e doença distintas.

A partir da década de 1970, as demandas sociais, deram origem em vários estados, projetos dentro dos princípios da atenção primária em saúde, incluindo o de agentes comunitários de saúde, surgindo, assim, o desenvolvimento de ações próximas às

identificadas na atualidade, como sendo do âmbito de atuação dos agentes comunitários de saúde (SILVA e DALMASO, 2002).

Em 1971, surgiu o programa de saúde do Centro Executivo Regional do Vale do Jequitinhonha, em Diamantina, e o Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas, em Montes Claros, em 1975, como experiências originais e singulares de construção coletiva de um novo modelo de organização de serviços, destacando como ações prioritárias a promoção da participação comunitária e o incentivo à organização das demandas concretas do setor saúde (SCOREL, 2008).

No desenvolvimento desses programas havia, de um lado, as agências internacionais de saúde como a OPAS, e de financiamento, como a Fundação Rockefeller, a Fundação Ford, o Banco Mundial e a Fundação Kellogg; e de outros, profissionais e intelectuais, dos Departamentos de Medicina Preventiva das Faculdades de Medicina (NASCIMENTO, 2011).

O projeto Montes Claros permitiu experimentar a aplicação dos princípios de regionalização, hierarquização, administração democrática e eficiente, integralidade da assistência à saúde, atendimento por auxiliares de saúde e participação popular, tornando-se referência para a reorganização dos serviços de saúde e constituindo-se em um marco inicial da Reforma Sanitária Brasileira (SCOREL, 2008).

Segundo Fleury (1995), as atividades educativas, destes programas eram desenvolvidas pelos auxiliares que se organizavam em torno de orientação ao trabalho das parteiras, reforço ao uso da medicina popular caseira com a utilização dos chás, orientação alimentar utilizando os produtos da região, orientação em puericultura e amamentação natural, visita domiciliar, consultas coletivas, dentre outras.

Para esta mesma autora, o Projeto de Montes Claros, se transformaria, ao mesmo tempo, de imediato, no principal modelo para a montagem em nível nacional da primeira experiência de extensão de serviços de medicina simplificada para a zona rural levado à prática no país, o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento)

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) propunha a utilização ampla de pessoal de nível auxiliar recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas, para a execução de um conjunto de práticas sanitárias relacionadas ao meio ambiente e domiciliar e à atenção individual (SCOREL, 2008).

Segundo Assunção (2000), o PIASS acabou por se expandir para todo o país e, em sua área de abrangência, foi incluído, o projeto DEVALE. Dentre outras estratégias, o projeto previa a extensão de atividades de assistência primária à população residente na periferia dos

centros urbanos e na zona rural, mediante a instalação de postos de saúde operados por agentes, recrutados na própria comunidade, denominados de agentes de saúde.

Conforme Ávila(2011), a proposta de ação para o agente de saúde destes projetos, incluía a execução de curativos, vacinas, diagnósticos e tratamentos de doenças mais encontradas, atendimento à criança e à gestante, encaminhamentos, primeiros-socorros, adoção de uma visão global do indivíduo e seu papel na comunidade, condições gerais de vida da população e a organização da comunidade para lutar pela saúde.

Conforme a autora supracitada, os Agentes Comunitários de Saúde, além de terem sido indicados a partir de critérios estabelecidos pela comunidade, selecionados e recrutados nas localidades, apresentavam alguns traços comuns: já haviam desempenhado anteriormente funções similares àquelas esperadas e/ou já desenvolviam alguma ação comunitária nas igrejas, clubes de mães e de jovens, nas escolas comunitárias e nas associações civis, voluntárias e informais.

Em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, também, em 1974, iniciou-se o Programa de Treinamento de Voluntários de Saúde da Comunidade, ligado ao Sistema de Saúde Comunitária Murialdo. O programa tinha como objetivo capacitar pessoas da comunidade para serem agentes de mudança, prestar em assistência de saúde às famílias, servir de ligação entre a população e a equipe de saúde e estimular em a participação da comunidade nos cuidados de saúde (SCARAVAGLIONE, 1984).

Ainda na década de 1970, vários municípios de Minas Gerais, Paraná e São Paulo implantaram projetos dentro dos princípios da APS, incluindo a incorporação de ACS (SANTOS et al.,2010).5

Santos e Fracoli (2010) informam a atuação de 400 quatrocentos Agentes Comunitários de Saúde no Maranhão, desde 1979, atuando em toda década de 1980 em áreas desassistidas por cuidados médicos e nos bolsões de pobreza, com apoio de algumas instituições a saber o UNICEF e as Pastorais das Igrejas.

A primeira experiência em maior escala com trabalhadores comunitários de saúde no Brasil foi a Pastoral da Criança, Organismo de Ação Social da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, implantada em 1983 na cidade de Florestópolis, no Paraná (PASTORAL DA CRIANÇA, 2010).

Conforme Neuman (2000), o objetivo da Pastoral era oferecer cuidado e aconselhamento às mães vivendo nas áreas mais pobres por meio de líderes voluntárias, quase todas mulheres, que eram treinadas para tratar episódios de diarreia e de infecção respiratória aguda em crianças com menos de seis anos de idade e para estimular a imunização, a

amamentação e a monitorização do seu crescimento e desenvolvimento e também motivar as gestantes para os cuidados de pré-natal.

Segundo o mesmo autor supracitado, as líderes da Pastoral não eram remuneradas e trabalhavam em tempo parcial, sem qualquer ligação formal com os serviços de saúde, cada uma acompanhando em média 20 famílias.

A Pastoral se expandiu para todos os Estados brasileiros e em 2015 já registrava quase dois milhões de crianças e quase cem mil gestantes acompanhadas (PASTORAL DA CRIANÇA, 2016).

Em 1982 em Manguinhos, região de favelas localizada no Rio de Janeiro, também viveu uma experiência de trabalho com agentes comunitário de saúde com foco de atuação na promoção de saúde à crianças e gestantes, com o objetivo de melhorar condições de saúde da população carente, tanto nas áreas urbanas como rurais cujo principal entrave detectado foi o caráter voluntário das agentes. A ausência de vínculo empregatício gerava dificuldade de manutenção do trabalho junto à população desassistida que à época foi promovida por Departamentos Universitários de Medicina Preventiva, e por setores da igreja católica, com apoio do UNICEF (SANTOS, 1995).

Em 1987, um programa com inspiração no Projeto Integrado de Saúde Comunitária de Planaltina, realizado em 1975 pela Universidade de Brasília, utilizando agentes de saúde foi implantado no Ceará, sendo denominado de Programa Agentes de Saúde (PAS), constituindo-se na primeira iniciativa oficial de implantação de agentes de saúde como estratégia de governo, em âmbito estadual. Após as diversas conquistas, e repercussões do trabalho que foi desempenhado pelos Agentes Comunitários de Saúde, o governo do estado decidiu institucionalizar o agente de saúde por meio do Programa de Agentes de Saúde (PAS), criado pelo Decreto no 19.945, de janeiro de 1989, e regulamentado posteriormente pela Portaria no 232/92 e pelo Decreto no 23.079, de fevereiro de 1994 (ÁVILA, 2011).

Em 1987, na ocasião de uma grande seca no Estado do Ceará, 6.113 pessoas (95% eram mulheres) foram contratadas em 118 municípios do sertão para trabalhar como agentes de saúde. Essas mulheres recebiam um treinamento muito breve, de 15 dias, e trabalharam por um período de seis a 12 meses, promovendo cuidados de saúde como aleitamento materno, reidratação oral e vacinação junto a mães e crianças (MINAYO et al., 1990).

O programa emergencial, conhecido como “Frente da Seca”, contratou também 235 enfermeiras supervisoras. Diante do êxito dessa experiência, a Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, começou a implantar o Programa de Agentes de Saúde a partir de 1988 (ÁVILA, 2011).

A primeira avaliação do PACS no Ceará, realizada em 1990 a partir de uma combinação de métodos quantitativos e qualitativos, comparou indicadores de sete municípios com ACS aos de 17 municípios sem ACS ao longo dos últimos três anos, vários indicadores tiveram um incremento maior nos municípios com ACS, com destaque para o uso de soro de reidratação oral pelas mães para as crianças com diarreia e a proporção de crianças pesadas nos últimos três meses antes do estudo (MINAYO et al., 1990).

Segundo esta mesma autora, ao se constituir num programa do Plano de Saúde do Governo do Estado, a experiência cearense revelou-se pioneira no Brasil, como institucionalizada e universalizada, pois embora o trabalho com agentes de saúde já existisse em vários países, e mesmo no Brasil, faltava-lhe a institucionalização e a universalização.

Essas e outras experiências despertaram interesse em todo o Brasil, e também fora do país, pela possibilidade de estender a cobertura de cuidados de saúde essenciais a populações com menos acesso, envolvendo pessoas da própria comunidade.

Assim, em substituição ao PAS, surgiu o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sendo efetivamente instituído e regulamentado pelo Ministério da Saúde em 1997, tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através de extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres (BRASIL, 2009).

Dessa forma, a partir das diversas experiências espalhadas no Brasil, e da experiência acumulada pelo estado do Ceará com o Programa de Agentes Comunitários ali implantado, houve a percepção, pelo próprio Ministério da Saúde, de que os agentes poderiam também ser peça importante para a organização do serviço básico de saúde nos diversos municípios do Brasil (VIANA; DAL POZ, 2005).

5.7 A Cooperação Internacional na Saúde e as Principais Agências fomentadoras da Saúde

A cooperação internacional em saúde surgiu ainda no século XIX, em grande medida como resultado dos avanços no conhecimento sobre as doenças infecciosas e as tecnologias de transporte, nascendo da compreensão de que o controle de doenças entre os países seria fundamental para alcançar o desenvolvimento social e econômico (GIUGLIANI, 2011).

Segundo Mattos (2001), a partir dos anos de 1950, os países desenvolvidos e os organismos internacionais decidiram promover um tipo de cooperação em saúde baseado no

financiamento de programas focados no combate as doenças específicas, com ajuda oficial ao desenvolvimento (AOD).

Na década de 1960 e 1970, acompanhando o movimento que culminou com a conferência de Alma-Ata em 1978, o foco das discussões sobre cooperação em saúde se voltou para a construção de sistemas baseados nos princípios da Atenção Primária em Saúde. A declaração de Alma-Ata afirmava, que todos os países devem cooperar, num espírito de comunidades e serviço, para assegurar os cuidados primários de saúde a todos os povos, uma vez que a consecução da saúde do povo de qualquer país interessa e beneficia diretamente todos os Outros países (OMS, 1978).

Rosen(1994) afirma que em meados da década de 1980, com as crises econômicas e a emergência do neoliberalismo, estimulando a privatização, o apoio internacional as reformas dos sistemas de saúde diminui. Estavam em alta os pacotes custo-efetivos de APS seletiva, e a cooperação internacional voltou suas atenções as intervenções tecnológicas, e foi se estruturando em programas verticais vinculados as doenças específicas, a exemplo da AIDS, da tuberculose, da Malária e Mortalidade infantil, pois a presença das doenças em uma área constituía-se em um perigo para muitas outras.

Acreditava-se que a saúde comunitária fosse função governamental e que os países precisavam ser ajudados com a criação de agências de saúde nacionais e locais para atuarem através de pesquisa, de educação e do treinamento de pessoas da área de saúde pública e instalação de exposições, bem como a oferta temporária de recursos, pessoais e materiais, para estabelecimento de novos serviços comunitários (MATTOS, 2001).

As principais Agencias Fomentadoras da Saúde na década de 1980

A Organização Mundial da Saúde (OMS)

O processo de várias Conferencia Internacionais, assinatura de tratados e criação de organizações internacionais culminou no que se considera o marco histórico inicial da cooperação internacional no setor saúde: A criação da OMS, em 1948 (GIUGLIANI, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) é uma agência especializada das Nações Unidas que tem como foco lidar com questões relativas à saúde global, fundada em 7 de abril de 1948. Segundo o artigo 1º da sua constituição, a OMS tem como propósito primordial garantir o nível mais elevado de saúde para todos os seres humanos. No âmbito da criação da

ONU, já havia a preocupação e intenção de criar uma organização mundial dedicada exclusivamente à saúde (OMS/OPAS, 2005).

Para a Organização Mundial da Saúde, a saúde é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, credo, crença política, condição social ou econômica. Segundo Mattos (2001), a OMS, como forma de estabelecer o acesso universal à saúde, promove uma série de atividades, por meio da cooperação técnica em conjunto com seus membros, orientadas para melhorias no saneamento; na saúde familiar; na capacitação de trabalhadores na área de saúde; no fortalecimento dos serviços médicos; na formulação de políticas de medicamentos e pesquisa biomédica; e principalmente, na luta contra as doenças.

A Organização Mundial da Saúde também é responsável por liderar questões de saúde globais, por definir a agenda de pesquisa em saúde, por estabelecer normas e padrões, por articular opções políticas baseadas em evidências, por fornecer apoio técnico aos países e por monitorar e avaliar as tendências de saúde (OMS/OPAS, 2005).

Conforme Mattos (2001), a OMS conta com uma força de trabalho diversificada cerca de 8.500 pessoas, representando mais de 150 nacionalidades que trabalham em 147 países. Possui seis escritórios regionais, onde são agrupados os Estados-Membros, e uma sede localizada em Genebra, Suíça. Cada região possui um escritório regional: as Américas, África, Sudeste da Ásia, Europa, Mediterrâneo Oriental e o Pacífico Ocidental.

Outras organizações como o Fundo das Nações Unidas para a Infância/UNICEF; a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura/FAO; a Organização Internacional do Trabalho/OIT; a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura/UNESCO, atuam ao lado da Organização Mundial da Saúde.

A Organização Pan-americana de Saúde

A Organização Pan-Americana de Saúde é uma representante da Organização Mundial da Saúde nas Américas, que tem o objetivo de atender à crescente demanda de cooperação técnica na área da saúde por meio da consolidação de um modelo internacional que privilegia o alcance de resultados e o enfrentamento de desafios com base na solidariedade e no pan-americanismo. A OPAS/OMS tem reforçado, ano após ano, sua tradição em prol da saúde pública, visando a cumprir seu papel de promover a equidade em saúde, combater doenças, melhorar a qualidade e elevar a expectativa de vida dos povos das Américas (OPAS/OMS, 2005).

Segundo Mattos (2001), a OPAS/OMS no Brasil vem cooperando para facilitar a articulação política, estratégica e técnica dos diferentes atores comprometidos com o alcance dos resultados em saúde, com a gestão do conhecimento e com a difusão de informação pertinente. Assim, a Organização identifica diferentes parcerias e formas de trabalho que permitam uma ação colaborativa, horizontal, participativa e sustentada na comunicação, com perspectivas de ampliar sua atuação em a fim de melhorar a saúde da população das Américas.

De acordo com Rosen(1994), a OPAS/OMS trabalha diretamente com o Ministério da Saúde, e outros ministérios, secretarias estaduais e municipais de saúde, outras agências internacionais e órgãos governamentais e não governamentais, além de instituições de ensino e pesquisa em saúde. Com uma equipe de profissionais estrangeiros e brasileiros, além de pessoal técnico e administrativo, a Representação acompanha o processo de desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro por meio de unidades técnicas integradas. A prioridade, é contribuir para o desenvolvimento socioeconômico e político do país por meio da melhoria da saúde individual e coletiva de todos os brasileiros.

A cooperação técnica da OPAS/OMS no Brasil se estrutura com base em projetos voltados ao fortalecimento e aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde brasileiro e ao acompanhamento sistematizado do processo de cooperação sul-sul(OPAS/OMS, 2005).

As ações estratégicas da Organização objetivam o fortalecimento de seu papel junto ao governo brasileiro e aos demais países. Para isso, amplia a participação de instituições nacionais e internacionais, representações, centros e unidades técnicas da OPAS/OMS, além das demais agências do Sistema das Nações Unidas. O principal propósito é constituir uma cooperação articulada e com capacidade de inteligência para atuar de maneira flexível e em momentos oportunos(BRASIL, 2007).

A OPAS/OMS no Brasil tem um papel facilitador no desenvolvimento da capacidade nacional de mobilização de recursos nacionais (humanos, científicos, tecnológicos e financeiros), colaborando com a transferência de conhecimentos e tecnologias, com a gestão de informação estratégica e a cooperação internacional. Além disso, a cooperação técnica busca oferecer sustentabilidade a processos estratégicos na área da saúde e agregar valor às atividades já desenvolvidas no país(MATTOS, 2001).

Conforme o autor supracitado, a Organização concentra esforços para apoiar o desenvolvimento de políticas e alianças intersetoriais solidárias, que objetivem a equidade, integralidade e a redução de desigualdades e que tenham a participação da sociedade civil e de outros atores.

Nesse contexto, a cooperação técnica conta com projetos que orientam o enfoque estratégico baseado na atenção primária em saúde, na promoção da saúde, nos determinantes da saúde, no desenvolvimento local, nos direitos humanos e no enfoque em gênero (OPAS, 2007).

Walt (1990) destaca também na OPAS, um caráter integrador, que visa a permitir o desdobramento de ações Inter programáticas, tendo como orientações propulsoras e coincidentes as seguintes prioridades: complexo produtivo em saúde; gestão integral dos recursos humanos; modelo de atenção integral e organizado em redes; informação e gestão do conhecimento; financiamento e descentralização, acesso universal a medicamentos, vacinas e insumos estratégicos; cooperação internacional em saúde e mobilização de recursos; segurança alimentar nutricional, saúde integral da mulher; e eliminação das doenças negligenciadas.

Estes são os princípios de atuação de organismos internacionais de saúde e, em particular de programas de cooperação técnica bilateral, que se desenvolveram após a Segunda Guerra Mundial, a ajuda mútua entre países devido aos problemas sanitários e sociais.

Fundo das Nações Unidas-UNICEF

O Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF – foi criado no dia 11 de dezembro de 1946, por decisão unânime da Assembleia Geral das Nações Unidas. Os primeiros programas do UNICEF forneceram assistência emergencial a milhões de crianças no período pós-guerra na Europa, no Oriente Médio e na China(UNICEF, 1980).

Segundo Mattos(2001), desde o final da II Guerra Mundial, no século XX, o UNICEF, vem desenvolvendo intervenções dirigidas inicialmente à proteção à saúde de mulheres, cuidado de crianças órfãs de guerra e, depois, ampliando as ações para a saúde materno-infantil.

Esta instituição atua no Brasil desde 1950, e grande parte de suas ações está estruturada em três territórios: o semiárido, a Amazônia Legal e os centros urbanos, desenvolvendo também um amplo trabalho para a garantia dos direitos de cada criança e adolescente, como os direitos à educação, à proteção, à saúde e à participação.Em 1950, foi instalado o primeiro escritório do UNICEF no Brasil, em João Pessoa na Paraíba. O primeiro acordo assinado com o governo brasileiro representava um gasto anual de US\$470 mil,

destinados a iniciativas de proteção à saúde da criança e da gestante no Ceará, Paraíba, Piauí e Rio Grande do Norte(UNICEF, 1980).

No Brasil e em todo o mundo, trabalha desenvolvendo estratégias para garantir a cada criança e adolescente educação, proteção contra qualquer tipo de violência, nutrição, saúde e acesso a condições adequadas de água e saneamento. O fundo trabalha junto com governos, setor privado, sociedades civis e especialistas na garantia desses direitos (RIBEIRO, 2007).

De acordo Mattos (2001), as ações ocorrem também por assessoria técnica a Ministérios, na formulação de políticas e programas, capacitação de recursos humanos, treinamentos, fornecimentos de insumos e por vezes recursos financeiros na implementação das ações.

Para tanto, lança publicações, cartilhas, organizando conferências, levantando estatísticas da violação de direitos de crianças e adolescentes, articulando organizações não governamentais politicamente para induzir e fomentar maneiras de governar as condutas das populações que nomeia como risco, em uma visão médica, higienista, disciplinar e biopolítica da sociedade.

Atua em parceria com outras entidades, a exemplo, a organização Pan-Americana de Saúde (OPA), trabalhando em 190 países e territórios para transformar esse compromisso em ações concretas que beneficiem todas as crianças, em qualquer parte do mundo, concentrando seus esforços especialmente para chegar às crianças mais vulneráveis e excluídas(UNICEF, 1980).

Após a década de 1970, estendeu suas práticas para a defesa, proteção e garantia de direitos de crianças e adolescentes, em todos os países, especialmente nos que classifica como pobres e em países em processo de desenvolvimento.

Conforme Santos (1995), a partir de 1980, a UNICEF ajudou a impulsionar campanhas de aleitamento materno e as primeiras campanhas nacionais de vacinação contra a poliomielite no País. Em 1983, inspirou a criação da Pastoral da Criança. Em meados da década, o UNICEF também liderou as campanhas pelo uso do soro caseiro, com o apoio de personalidades e agentes comunitários de saúde. O soro popularizou-se e seu uso ajudou a reduzir a mortalidade de crianças por diarreia.

Ribeiro (2007) destaca a participação da UNICEF na década de 1980 em diversos projetos de extensão de cobertura em estados do Brasil, que utilizavam pessoas da comunidade na execução das ações de educação em saúde, com o enfoque no binômio mãe e filho. Suas ações reportavam a assessoria técnica e financeira e pesquisa.

Fundação Rockefeller

A Fundação Rockefeller, instituição filantrópica norte-americana, é definida, de maneira geral, como uma “organização beneficente, não governamental, que utiliza recursos próprios para financiar atividades de bem-estar social em vários países do mundo. A Fundação foi criada em 1913, porém suas ações na área da saúde, remontam a 1909, ano em que foi criada a Sanitary Commission, comissão cujo objetivo era o combate à ancilostomíase em estados do sul dos Estados Unidos (MATTOS, 2001).

Segundo Giuglianni (2011), entre as décadas de 1920 e 1960, a Fundação ajudou a construir e implantar uma extensa rede de instituições científicas que propiciaram a difusão e a consolidação de um modelo de ciência. A Fundação atuou, com recursos técnicos e/ou financeiros, na criação de faculdades médicas, de novas disciplinas; de institutos de higiene e escolas de saúde pública e enfermagem para a formação de profissionais na área da saúde.

Esta mesma autora exemplifica as diversas Instituições, como a London School of Hygiene (Inglaterra), a Peking Union Medical College (China), a Escola de Cirurgia e Medicina de Havana (Cuba), o Instituto de Higiene de São Paulo (Brasil) e a Escola de Enfermagem Anna Nery (Brasil) no seu campo de atuação.

A possibilidade de treinamento no exterior a partir da concessão de bolsas de estudos foi um aspecto importante da dimensão científica da atuação da Rockefeller. A Fundação teve, no plano mundial, uma atuação pioneira na concessão de bolsas de estudos para a ciência médica e a saúde pública, a concepção da fundação, baseava-se, que a educação profissional era um componente essencial para o avanço da saúde pública em âmbito internacional. Na concepção de Rosen (1994), um seleto grupo de especialistas em saúde pública difundiria o conhecimento adquirido em seus respectivos países através da pesquisa, da administração e do ensino.

Através da concessão de bolsas de estudos, a FR objetivava a formação de pessoal para atuar em posições estratégicas em agências de saúde oficiais ou como diretores e/ou professores em escolas de higiene, saúde pública e enfermagem. Através da ocupação de cargos de chefia em instituições e departamentos governamentais em seus países de origem, os bolsistas podiam determinar orientações institucionais e prioridades, refletindo algumas das ideias e práticas com as quais haviam se familiarizado durante o período de estudos (OMS/OPAS, 2005).

De acordo com Ribeiro (2007), o Brasil recebeu apoio técnico e financeiro da International Health Division da Fundação Rockefeller na formação de quadros em saúde pública através de instituições, como os diversos departamentos de saúde pública, atrelados as Universidades Federais espalhadas pelo Brasil, como também o Instituto de Higiene de São Paulo, que se beneficiou de um elevado número de bolsas de estudos.

O Brasil foi o país do continente americano no qual a FR investiu maior soma de recursos, cerca de 13 milhões de dólares, aplicados em programas sanitários e de educação em países deste continente, sete milhões foram direcionados para o desenvolvimento do ensino médico, de pesquisas científicas e campanhas sanitárias no Brasil. Para exemplificar, a Fundação atuou, no país, no combate à ancilostomíase (1916-1923), à malária (1919-1928) e à febre amarela (1923-1940) (GIUGLIANI, 2011).

No que se refere especificamente às bolsas de estudos, destaca o elevado número concedido pela Fundação Rockefeller ao Brasil no contexto latino-americano. Segundo Mattos (2001), as origens da profissionalização médica, sanitária e da enfermagem em saúde pública estão fortemente associadas aos trabalhos desta instituição no Brasil.

Fundação Kellong

A Fundação W.K. Kellogg foi criada em 1930 por W.K. Kellogg, pioneiro na fabricação de cereais matinais. Atua em conjuntos integrados de projetos em países da América Latina onde a pobreza é mais persistente. A fundação acredita que é preciso quebrar o ciclo intergeracional de pobreza (GIUGLIANI, 2011).

Desde o início de sua atuação na América Latina, em 1941, a Fundação tem no desenvolvimento das profissões da saúde uma de suas prioridades programáticas. Assim, através dos programas de bolsa de estudo, foi possível capacitar um número significativo de enfermeiros que vieram a contribuir de maneira importante para o desenvolvimento da enfermagem na região (MATTOS, 2001).

De acordo com Mendes (2004), durante a década de 1970, num esforço conjunto com a Organização Panamericana da Saúde (OPS), através do Centro Latino Americano de Tecnologia Educativa (CLATES), foi possível implantar nove Centros de Tecnologia Educativa em escolas de enfermagem da região que tiveram o objetivo de apoiar as mudanças curriculares, e tecnologias apropriadas de ensino, demandadas pelas novas ênfases em Atenção Primária, e na integração ensino/serviço (IDA).

Para a autora supracitada, os trabalhos realizados por esses centros ajudaram a preparar enfermeiros para uma atuação em nível de comunidade, integrando os serviços

comunitários, ou locais, de saúde como espaços novos de aprendizagem através do apoio direto às escolas de enfermagem da região, criando uma sólida base acadêmica institucional para o desenvolvimento da enfermagem.

O objetivo geral da programação da Fundação W. K. Kellogg para o setor saúde é contribuir para a organização de um sistema de saúde comunitário mais coordenado, mais eficiente e eficaz, integrado e integral, acessível a todas as pessoas respondendo às suas necessidades. Para essa meta ser alcançada, ela exige o uso de várias estratégias simultâneas de programação, dentre as quais, o desenvolvimento de modelos de serviços locais de saúde e de modelos de formação de recursos humanos para operar esses sistemas de saúde (GIUGLIANI, 2011).

Para suas implantações e institucionalizações, os modelos precisam de líderes, de sistemas de informação para documentar seus processos, produtos e impactos, e ainda de um trabalho de disseminação para apoiar as decisões político-institucionais que afetem suas aplicações a toda a sociedade e nação.

A educação dos profissionais da saúde bem como o desenvolvimento dos serviços de saúde tem sido uma prioridade constante na programação da Fundação na América Latina. Isto se referem a inúmeros projetos financiados, e que foram provocados por ideias inovadoras para o seu tempo. Assim é que nos anos 60 e 70 a FR apoiou, de maneira decisiva, os movimentos de Medicina Preventiva, Social e Comunitária, patrocinando projetos de Departamentos recém-criados nessas áreas em várias escolas da América (MATTOS, 2001).

5.80 Movimento da Reforma Sanitária e as Políticas de Descentralização na Saúde

Até 1960, a assistência à saúde caracterizou-se basicamente pelo modelo médico-sanitário com duas vertentes bastantes distintas, a preocupação em controlar doenças em escala social e a clínica, baseada na necessidade de recuperar a força de trabalho, com direito a atendimentos médicos somente a quem fizesse parte do sistema previdenciário (SANTOS et al., 2010).

Com a estruturação do sistema previdenciário em 1966 a assistência à saúde aparece como concessão do estado aos trabalhadores da economia formal, concentrada na área curativa, com atendimento na área privada, financiada e sustentada praticamente pelo estado (DOIMO, 1995).

Paim (2003) afirma que em virtude da precariedade de uma rede pública de atendimento à saúde de cobertura nacional, a Previdência social passa a comprar serviços da

iniciativa privada fortalecendo sobremaneira esse setor. Nesse período houve a expansão de empresas médico-hospitalares, companhias de seguro-saúde juntamente com a indústria farmacêutica internacional.

Conforme Fleury (1994), o início dos anos 1970, no Brasil marca uma série de mudanças no panorama político e social acompanhado de uma crise econômica. A população apresentava padrão de vida precária sob grande desatenção do estado sobre investimentos em políticas sociais. Na saúde, os gastos apresentavam concentrados quase exclusivamente na área curativa reforçando a política individualizada de atendimento, ficando a área preventiva relegada a iniciativas próprias de alguns poucos municípios.

Com a abertura política a população descontente voltou a se mobilizar, e a reivindicar maior atenção do estado para com as questões sociais, principalmente a Saúde. O quadro apresentado era de imensa gravidade, com Hospitais em precário estado de funcionamento, dificuldades de encontrar atendimento médico, mortes sem socorro especializado (BERTOLLI, 1996).

Na década de 1980, o país é assolado por epidemias evitáveis, como os surtos de cólera e dengue. E mantém-se alto os índices de pessoas atingidas por tuberculose, tracoma, doença de chagas e doenças mentais, confirmando a permanência histórica do trágico estado de saúde popular, demonstrando a insuficiência da expansão dos sistemas de saneamento e da ineficácia da educação sanitária (CONH, 2001).

Segundo Campos (1994), a crise econômica passa a ser permanente e de grande descontrole inflacionário. Além da recessão, some-se ainda a distribuição desigual de renda causando pobreza e miséria.

Nesse quadro de calamidade social, econômica e de saúde, já na metade de 1970, os movimentos sociais começam a ganhar corpo e atuar com intensidade em vários setores da sociedade civil. Diversos segmentos sociais descontentes se organizam exigindo maior atenção do estado para os temas sociais. É nesse contexto que se organizam as assembleias populares composta por trabalhadores operários, associação de bairro, classe médica, desempregados, e outros, reunindo propostas variadas com interesses convergentes (BERTOLLI, 1996).

De acordo com Escorel (1987), uma gama de movimentos de oposição surge, como o movimento sindical, as associações de profissionais, como professores, médico, engenheiros e as comunidades Eclesiais de Base (CEBS).

Para a autora supracitada, as CEBS expandiram-se neste período, por todo país, abrangendo áreas rurais, impregnada pela teologia da libertação, a igreja passou atuar com as

populações marginalizadas, impulsionando a criação de clubes de mães, associações de moradores, inserção no movimento operário, além de outras iniciativas que fortaleceram o movimento social.

Em meados da década de 1970, identificavam-se dois movimentos principais político-ideológicos na saúde, conforme Mendes, (1999) do ponto de vista político, emergem na arena sanitária novos sujeitos sociais portadores de interesses, ideologias e visões de mundo diferente que vão conformando dois grandes projetos político-sanitários alternativos: o contra hegemônico (a reforma sanitária) e o hegemônico (projeto neoliberal), proposta conservadora de reciclagem do modelo médico-assistencial privatista.

O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura. Escorel (2008) afirma que a expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população.

A Reforma Sanitária Brasileira pretendeu ser mais do que apenas uma reforma setorial, almejava, desde seus primórdios, que pudesse servir à democracia e à consolidação da cidadania no País, e constitui numa estratégia política e num processo de transformação institucional cujo projeto e trajetória de institucionalização implicaram a reformulação de um campo de saber (PAIM, 2003).

A construção do projeto da Reforma Sanitária fundou-se na noção de crise: crise do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população, crise do sistema de prestação de serviços de saúde. Partindo da análise dos processos de trabalho e do conceito chave de organização social da prática médica, tal movimento opera uma leitura socializante da problemática evidenciada pela crise da medicina mercantilizada, bem como de sua ineficiência, enquanto possibilidade de organização de um sistema de saúde capaz de responder às demandas prevaletentes, organizado de forma democrática em sua gestão e administrado com base na racionalidade do planejamento (FLEURY, 1994).

Paim (2003) afirma que dentre as propostas da reforma sanitária destacam-se a construção coletivamente de um projeto nacional para o país que promova a inclusão, no âmbito do Estado Democrático e dos Direitos de Cidadania, em sintonia com as demandas da sociedade e que considere a saúde como direito humano fundamental e não como mercadoria, colocando-se em defesa daqueles que mais necessitam da intervenção do Estado para garantir condições de vida dignas.

De acordo com Mendes (1999), o movimento reivindicava o reforço do papel do Estado, promoção das mudanças estruturais nos mecanismos de financiamento, além da promoção da reforma democrática do Sistema Político Brasileiro, com fortalecimento da democracia direta, controle social do processo eleitoral, financiamento público de campanhas, e utilização plena dos mecanismos de democracia participativa, como plebiscitos e projetos de iniciativa popular, para tomada de decisões sobre políticas sociais.

Escorel (2008) cita a ampliação dos recursos destinados à saúde, a extinção dos subsídios diretos e a diminuição progressiva do gasto tributário com o setor privado, e a promoção do conhecimento e o desenvolvimento de tecnologias voltadas às necessidades de saúde da população, como propostas também do Movimento Sanitário.

5.90 Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE)

Em 1980, o governo militar trabalha para superar a crise política e numa tentativa conjunta dos ministérios da saúde e da previdência cria o PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, visando organizar o setor público de saúde para contrapor-se ao setor privado sustentado em mais de 80% pelo próprio estado. A iniciativa propunha a criação de uma rede pública unificada de oferta de serviços, regionalizada e hierarquizada, financiada e administrada pelo estado hegemônico sobre a rede privada (ESCOREL, 2008).

De acordo com a autora supracitada, o PREV-SAÚDE seria de responsabilidade do setor público, independente dos serviços básicos privados e deveria englobar, além das instituições federais, estaduais e municipais, as associações comunitárias de interesse social e sem fins lucrativos.

Conforme Cohn(2001), dentre os objetivos do Programa destaca-se a extensão de cobertura de serviços básicos de saúde a toda a população, a reorganizar o setor público de saúde, pela articulação das diversas instituições existentes e pela reordenação da oferta de serviços, implicando a redução dos custos unitários e no aumento da produtividade dos recursos disponíveis e, promover a melhoria das condições gerais do ambiente com ênfase em sistemas simplificados de abastecimento de água e em medidas sanitárias necessárias ao controle da esquistossomose e da doença de Chagas.

Tratava-se, sobretudo, de inculcar a responsabilidade pública pelos serviços básicos e pela condução e controle de todo o sistema, tendo em vista os 40 milhões de brasileiros excluídos do consumo médico (PAIM, 2003).

O PREV-SAÚDE foi lançado durante a VII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1980. O evento, cujo tema principal foi a extensão das ações de saúde através dos serviços básicos, teve por finalidade promover o debate de temas relacionados à implantação e ao desenvolvimento do Programa, sob a égide dos Ministérios da Saúde e o da Previdência e Assistência Social (BERENGER, 1996).

Conforme Paim (2003), a discussão que envolveu o tema, no entanto, foi cercada de discordâncias e embates. Em julho daquele mesmo ano, a presidência do INAMPS posicionou-se contra a proposta sob a alegação de que se tratava de um projeto estatizante e que procurava esvaziar a participação da iniciativa privada.

Dois meses após o pronunciamento, uma nova versão do Programa foi lançada conjuntamente pelo ministro da Saúde e o da Previdência. A nova versão foi, no entanto, contestada pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH), pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABMG) e pela Associação Médica Brasileira (AMB). O que estava em jogo, no limite, era a participação do setor privado no modelo proposto, a saber, de que, com o Prev-Saúde, os serviços de saúde seriam estendidos a toda a população brasileira (SCOREL, 2008).

No início de 1981, foi apresentada uma nova versão restrita ao atendimento ambulatorial. Não obstante após um amplo debate, que se desenvolveu nos meses seguintes o programa foi abortado (PAIM, 2003).

5.100 Conselho Consultivo de Administração da Saúde (CONASP)

No contexto de discussão sobre as soluções para a crise da Previdência foi criado o Conasp (Conselho Consultivo de Administração da Saúde) foi criado por meio do decreto n. 86329, de 2 de setembro de 1981 com os seguintes objetivos, opinar sobre a organização e aperfeiçoamento da assistência médica da previdência social, sugerir os critérios de alocação dos recursos previdenciários destinados a assistência médica, recomendar a adoção de políticas ou modalidades de financiamento e de assistência à saúde (BERENGER, 1996).

De acordo com Silva (1996), o Plano, que resgatava alguns princípios existentes no PREV-SAÚDE, preocupava-se, em seu bojo, com a contenção dos gastos e projetava substituir o sistema vigente de pagamento de gastos médicos (GIH), que remunerava atos isolados, por um sistema de contas (AIH) que remunerava por procedimentos mais agregados, com a eliminação da Unidade de Serviço.

Além disso, buscava reorientar conteúdos e estratégias de programas como o da Saúde Mental, odontologia, procedimentos de alto custo, dentre outros. Também apontava para a necessidade de uma maior racionalidade na rede assistencial. Por fim, buscava-se, sobretudo, uma maior articulação entre as redes federal, estadual e municipal (ESCOREL, 1987).

De acordo com Doimo (1995), o plano do Conselho Consultivo de Administração da Saúde (CONASP) propunha os seguintes princípios: prioridades às ações primárias e ênfase na assistência ambulatoria; integração das esferas federal, estaduais e municipais no sistema regionalizado e hierarquizado; utilização plena da capacidade de produção; estabelecimentos de níveis e limites orçamentários; administração descentralizada dos recursos; participação complementar da iniciativa privada; critérios mais racionais para a prestação de serviços; racionalização na prestação de serviços com custo elevado, dentre outros.

O Plano do CONASP continha 33 projetos e programas, dentre os quais o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) com o qual se inicia, não sem muitas resistências, o processo de universalização da assistência médica (PAIM, 2003).

5.11 Ações Integradas de Saúde (AIS)

As Ações Integradas de Saúde (AIS), foi um produto da relação convencional entre os órgãos federais e secretarias estaduais e municipais de saúde, que foram formalizadas apenas em 1985, através de Portaria Interministerial. Esta portaria apontava entre os princípios norteadores das AIS a universalidade de atendimento; integralidade e equidade de atenção; regionalização e hierarquização de serviços; descentralização das ações e do processo decisório; participação da sociedade no controle dos serviços; planejamento e controle do setor público sobre as atividades da rede privada (ESCOREL, 2008).

De acordo com a autora supracitada, para efetivar esses princípios, diversas Comissões Interinstitucionais foram criadas, destacando-se a CIS, CRIS e CIMS ou CLIS, que deveriam funcionar como instâncias de formulação e decisão das ações de saúde.

Segundo Berenger (1996), as ações iam ganhando materialidade por meio de convênios firmados entre o MPAS/MS/MEC e as secretarias estaduais de saúde com a incorporação progressiva dos municípios. Esses convênios visavam o fortalecimento da rede básica ambulatorial, a contratação de recursos humanos, articulação com os serviços públicos

municipais, na revisão do papel dos serviços privados e, em alguns casos, na participação da população na gestão desses serviços.

De acordo com Paim (2003), os princípios que norteavam as AIS não eram diferentes do fracassado PREV-SAÚDE: universalidade no atendimento; integralidade e equidade da atenção; regionalização e hierarquização dos serviços; descentralização das ações e do poder decisório; democratização através da participação da sociedade civil e do controle pelos usuários; planejamento e controle efetivo pelo setor público sobre o conjunto do sistema, incluindo os setores filantrópico e privado.

Nas recomendações da VIII Conferência de Saúde, foi consolidado que a reorganização da assistência médicohospitalar, bem como das ações de promoção e proteção da saúde, deveriam ser articuladas no interior de um Sistema Único de Saúde, com comando único em cada esfera de Governo, reforçando que o acesso aos serviços e ações do sistema seriam universalizados e igualitários, para a clientela única, sem separação entre contribuintes ou não da previdência, pertencentes às áreas urbanas ou rurais. No âmbito de todas estas propostas, as AIS cumpriam o estratégico papel de promover a transição do modelo reinante para um Sistema Único (BERENGER, 1996).

5.120 Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)

Em 1987 é implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como uma consolidação das AIS, que adota como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos (BERENGER, 1996).

Assumindo que a saúde é um direito de cidadania, implicando em dever do Estado, a política da Nova República sinalizou a necessidade de descentralização das ações e serviços de saúde, prevendo o estabelecimento de gestão participativa e colegiada, com delegação de autonomia aos estados para realizar o planejamento da saúde de acordo com demandas identificadas localmente (SANTOS, 1988)

De acordo com Paim (2003), os princípios básicos do SUDS, representados pela universalidade, integralidade, hierarquização, resolutividade, participação, descentralização e regionalização, administrativamente deveriam ser colocados em prática com a assinatura de

convênios entre o Ministério da Previdência e Assistência Social, INAMPS e Secretarias Estaduais de Saúde.

Assim como nas AIS, a implantação do SUDS se deu em meio a muitas dificuldades. Apesar do clima de participação e democratização política que o país vivia, o SUDS foi criado com o recurso do Decreto-lei, instrumento autoritário, contrastando com os princípios e diretrizes do próprio sistema em formação(SANTOS, 1988).

Para a autora supracitada, entre as principais dificuldades, colocam-se as resistências do setor privado e o choque de interesses na burocracia estatal. O corporativismo médico se fez presente na crescente resistência às transferências de funcionários federais para as esferas estaduais e municipais.

Assim, conforme Escorel (2008), para romper com a histórica dualidade que marcou a participação do Estado na área de saúde, com atuação dividida entre os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, o conjunto de ações e serviços de saúde passou a constituir um Sistema Único-SUS, com a gestão compartilhada, em igual nível de responsabilidade, entre as três esferas de Governo.

Segundo Paim (2003), para a efetivação deste novo sistema, a organização do SUS deverá atender ao disposto no art. 198 da Constituição Federal que determina que as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de Governo, atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistencial e a participação da comunidade.

O mesmo autor acima refere que transcendendo aos limites de uma simples reforma administrativa, o Sistema Único de Saúde introduziu profundas mudanças na concepção das ações de saúde, buscando um modelo de atenção Integral calcado, principalmente, na promoção e proteção, objetivando a redução dos fatores de risco causadores de doenças e agravos.

5.130 Trabalho Voluntário

Segundo definição das Nações Unidas, o voluntário é o jovem ou o adulto que, devido a seu interesse pessoal e ao seu espírito cívico, dedica parte do seu tempo, sem remuneração alguma, a diversas formas de atividades, organizadas ou não, de bem-estar social, ou outros campos (UNICEF, 1980).

O trabalho voluntário é tão antigo quanto às primeiras civilizações. Na Idade Média o catolicismo praticamente monopolizou o voluntariado, sempre com a concepção da caridade enquanto redentora dos pecados. No século XIX com o enfoque na benemerência, nasce formalmente o voluntariado na Europa. Na época, os problemas sociais eram entendidos como “desvios” da ordem dominante e atribuídos a indivíduos “em desgraça”, que por não terem oportunidade de reintegrar-se à sociedade, necessitavam da caridade. Dessa forma, famílias mais abastadas, com boas intenções, distribuía seus excedentes entre os necessitados. Neste contexto social paternalista, rigoroso e excludente o “voluntariado de benemerência” era incipiente, moralizador, feminino e baseado em rígidos valores morais(DOMENEGHETTI, 2001).

Moniz e Araújo (2006) descrevem que na segunda metade do século XX, os governos, principalmente na Europa, criaram os Estados de Bem-Estar Social que assumiram as funções assistenciais. Os Hospitais, escolas e instituições foram criados para combater a pobreza das grandes cidades e amparar a população carente.

Na década de 1970, com a crise econômica mundial, observou-se tendência inversa. Governos cortaram gastos, abrindo espaço para que o voluntariado voltasse a prover necessidades básicas não supridas pelo Estado. Data desta época no mundo, a popularização das Organizações Não Governamentais (ONGs), instituições civis criadas na década de 1950, que surgem com a missão, de ocupar espaços deixados por governos e empresas, nas diversas áreas, buscando potencializar o impacto social a partir de trabalho voluntário e de doações(DOMENEGHETE, 2001).

Em paralelo, cresceu no mundo o conceito de Responsabilidade Social Empresarial (RSE). Pressionadas pela opinião pública, empresas tiveram que assumir responsabilidades que iam além de seus investidores e consumidores diretos. Muitas passaram a fazer doações sistemáticas e até financiaram fundações de assistência, boa parte delas beneficiadas por incentivos fiscais do governo(MONIZ e ARAÚJO, 2006).

Na metade da década de 1980, com a democratização da América Latina e dos países em desenvolvimento, o neoliberalismo surgiu como concepção político-econômico-cultural no Ocidente. Os Estados ajustaram seus orçamentos e diminuíram lentamente os financiamentos da assistência social, transferidos para os empreendimentos privados ou para as mãos dos antigos beneficiados. A resposta foi o nascimento de um voluntariado que veio preencher os espaços deixados pelo Estado e que se esforçou para diminuir as necessidades daqueles que ficaram fora do sistema (FIGUEIREDO, 2005).

Nesta época, a questão deixou de ser responsabilidade exclusiva do Estado, mas corresponsabilidade entre o Estado e a sociedade civil, incluindo a atuação de organizações sociais, fundações e empresas. O trabalho voluntário começa a ser debatido como peça-chave nesta abordagem de intervenção nos problemas sociais, de saúde, tanto pela possibilidade individual de ação participativa nos problemas da sociedade, quanto pela ação privada para o bem público. Foi um voluntariado de muitas ações assistenciais de atuação primária que agiu para reduzir problemas latentes, destacando-se neste período a participação em inúmeros projetos assistenciais na área da saúde em diversas localidades do mundo (ANTUNES, 2007).

No Brasil, a origem e vinculação do trabalho voluntário estão atreladas a fundação da Santa Casa de Misericórdia em Santos, no ano de 1532, fator que influenciou seu foco voltado à assistência social e, principalmente, à religião. Assim, decorrente desse vínculo com a religião, o modelo do voluntariado foi firmado e difundido embasado nos preceitos religiosos, sendo o seu início associado à caridade e ao humanitarismo, ainda hoje um componente presente tanto na motivação quanto nos objetivos das instituições que o desenvolvem (MONIZ e ARAÚJO, 2006).

Segundo Domeneghetti (2001) em 1942, Getúlio Vargas criou a Legião Brasileira de Assistência, que objetivava auxiliar as famílias dos soldados brasileiros enviados para a Segunda Guerra Mundial.

Este mesmo autor cita outras datas importantes no processo histórico, político e social da construção do voluntariado brasileiro, que são: 1961, quando foi criada a Associação de Pais e Amigos de Excepcionais (APAE), em São Paulo; 1983, a criação da Pastoral da Criança, vinculada à Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); 1993, ano em que a relação entre trabalho voluntário e cidadania fortaleceu-se com a criação da Ação da Cidadania Contra a Fome e a Miséria e pela Vida, com o objetivo de sensibilizar e organizar a sociedade brasileira em torno de iniciativas de combate à fome.

Atualmente o trabalho voluntário é definido pela lei 9.608/1998, que assim o descreve como a atividade não remunerada prestada por pessoa física a entidade pública de qualquer natureza, ou a instituição privada de fins não lucrativos, que tenha objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou de assistência social, inclusive mutualidade.

5.140 Trabalho em Saúde

Gonçalves (1992) relata que discutir sobre o processo de trabalho é refletir e buscar compreender a complexidade da vida do homem, suas necessidades constituídas e

dependentes da sócio historicidade dos sistemas econômico e político em que as práticas em saúde expressam e reproduzem as contradições mais gerais da sociedade e são historicamente condicionadas.

O conceito de trabalho em saúde é relativamente recente na literatura de saúde coletiva no Brasil. Na década de 1970, as preocupações teóricas a respeito de trabalho na área de saúde concentravam-se na prática médica. A medicina constituía o objeto privilegiado da análise entre as várias formas possíveis de prática ou de cuidado de saúde, porém não demorou para os enfermeiros terem sua visão particularista, falando no trabalho de enfermagem. Falar do trabalho do médico e do enfermeiro era uma maneira a mais de buscar firmar uma identidade real ou imaginária para a chamada classe trabalhadora (PIRES, 1988).

Na década de 1980, com base nos estudos acerca da força de trabalho em saúde, gradativamente foi sendo introduzido o conceito mais abrangente de trabalho em saúde. Tomando por referência o fenômeno de grande crescimento e diversificação das oportunidades de emprego em serviços de saúde no Brasil, assim, esse conceito passou a ser usado para descrever toda a gama de funções e atividades que se realizam nos estabelecimentos de saúde (NOGUEIRA, 1994).

Conforme Pires (2000), o trabalho em saúde é essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não-material, que se completa no ato da sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade.

A prestação do serviço de assistência à saúde pode assumir formas diversas, mas envolve basicamente uma avaliação profissional de necessidades de um indivíduo ou grupo, seguida da indicação e/ou realização de uma conduta terapêutica. A finalidade do trabalho é satisfazer àquela necessidade que o gerou, considerando o instrumental disponível, equipamentos e o saber de saúde, materializado em condutas técnicas, portanto, o produto do trabalho em saúde é a prestação da assistência de saúde, produzida no mesmo momento em que é consumida (NOGUEIRA, 2000).

No trabalho na saúde as relações também são mediadas por desejos, afetos, paixões, ódios, normatividade e trabalho, que cada homem estabelece com a totalidade e com suas partes, incluindo ele próprio e que fazem dele um sujeito (GONÇALVES, 1992). Este mesmo autor revela, que neste trabalho, se produz algo que não é material, não possui forma concreta e interfere na maneira de viver das pessoas. Esse bem “não material” não se armazena, pois não é possível armazenar saúde em prateleiras, e possui ainda significados

diferentes para diferentes pessoas, em diferentes etapas da vida, culturas e momentos da história da humanidade, acumulando as experiências vividas.

O universo tecnológico envolvido no trabalho em saúde estende-se além daqueles materialmente constituídos - equipamentos -, incluindo os muitos saberes que envolvem o conhecimento científico e que podem ser representados.

Mehry (1997) diz que esse permanente agir no campo de produção de saúde configura a micropolítica do trabalho vivo em ato. Assim, o trabalho vivo em ato é aquele que se efetiva com interação de vários tipos de tecnologias, envolvendo subjetividade, elementos simbólicos e interação com instrumentos diversos. Esse trabalho se diferencia do trabalho que se centraliza apenas nas tecnologias que referem insumos, equipamentos e fortes conteúdos prescritivos.

Segundo Gonçalves(1992), os profissionais da atenção básica utilizam ferramentas que não estão vinculadas a equipamentos físicos, máquinas de alta densidade tecnológica, mas ao campo relacional. A atitude de escutar o desabafo é comum no dia-a-dia desses profissionais. Há algo importante neste tipo de trabalho em saúde, que são as relações entre sujeitos e o seu agir cotidiano.

A proposta do trabalho vivo em ato, trata de construir vínculos com a população para facilitar a produção do cuidado, a identificação e o acompanhamento dos agravos à saúde das famílias na comunidade. Tomando por eixo norteador o trabalho vivo em ato, isto é, a força processual que opera no campo relacional, Mehry (2002) propõe compreender de uma nova forma o tema de tecnologia de saúde e considera três tipos de classificação das tecnologias envolvidas no trabalho em saúde, são elas: tecnologias leves, tecnologias leveduras e tecnologias duras.

As tecnologias leves de saúde são tecnologias de relações como produção de vínculos e acolhimento. Ou seja, as tecnologias leves são produtoras de relações intercessoras e podem contribuir para a potencialização da autonomia dos sujeitos no processo de produção de saúde. As tecnologias levedura são entendidas como os saberes tecnológicos clínicos e epidemiológicos. Ou seja, saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde. E as tecnologias duras seriam os equipamentos necessários para o cuidado de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais (MEHRY, 2007).

Para o trabalho vivo em ato é necessário fazer o uso de tecnologias leves para fortalecer a comunicação e a troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe com a comunidade, elementos essenciais no trabalho em saúde. Neste processo, o

saber popular do Agente Comunitário de Saúde ganha espaço por ser um membro da comunidade, assim, subentende-se que ele conheça e reconheça os problemas de saúde da mesma (NOGUEIRA, 2000).

Desta forma, compreende-se, que o processo de trabalho em saúde é inteiramente dependente da relação entre sujeitos, sendo assim, um trabalhador isolado é incapaz de executar as ações em saúde, cuja produção se realiza no espaço partilhado com o usuário (MERHY, 2002).

Para Gonçalves (1992) é a partir do encontro que haverá a possibilidade de construções que possam ter impactos positivos nos problemas de saúde, no sentido de que tais construções pressupõem a inter-relação dos envolvidos. No momento que se encontram, ambos devem atuar para possibilitar respostas positivas diante dos problemas de saúde. Torna-se imprescindível, portanto, o vínculo, o envolvimento e co-participação entre esses sujeitos.

Mudanças no mundo do trabalho são influenciadas pelos avanços tecnológicos e pelas novas necessidades do capital para manter sua força. Discute-se, que a partir da década de 80, uma nova época caracterizada por acumulação flexível, neoliberalismo e reestruturação produtiva que gerou efeitos nefastos como desemprego em massa, precarização do trabalho, exclusão e degradação da relação do homem com a natureza, em um contexto obsessivamente voltado para a produção de mercadorias (ANTUNES, 2007).

Dessa forma, o trabalho passa a ser então, desregulamentado e flexibilizado para dotar o capital de ferramentas necessárias a sua adaptação às crises. Este movimento acaba por afetar direitos trabalhistas e tornar as relações transitórias (NOGUEIRA, 1994).

5.15 O Processo de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil

Desde a institucionalização inicial dos ACS, a partir do projeto emergencial de calamidade no Ceará na década de 1980, até dezembro de 2017, o seu número no Brasil chegou a mais de 600 mil, estando presentes tanto em comunidades rurais e periferias urbanas, quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados (BRASIL, 2018).

O agente é um profissional da área de saúde integrante da equipe de saúde da família, com exclusividade de exercício no âmbito do SUS, com suas ações desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde APS (BRASIL, 1997).

Starfield (2004) afirma que a APS em sua forma mais desenvolvida, é o primeiro contato com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, de suas famílias e da população ao longo do tempo.

Martines e Chaves (2007) afirmam que a inserção do ACS no Sistema único de Saúde (SUS), surgiu por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), institucionalizado em 1991 em convênio com a Fundação Nacional de Saúde.

O PACS foi criado como uma estratégia de transição para o Programa de Saúde da Família (PSF), que teve sua implantação em 1994. Estas duas estratégias se constituíram em caminhos possíveis no processo de reorganização da APS, representando uma intervenção concreta no contexto da mudança da atenção à saúde (BRASIL, 2001).

De acordo com os documentos do Ministério da Saúde, o PACS e a Estratégia Saúde da família representam um dos maiores avanços recentes na história da Saúde Pública no Brasil, sendo inovador quando estimula e a ativa participação de agentes sociais na execução das políticas públicas de saúde. O desenvolvimento das principais ações deste programa se dá por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que são pessoas escolhidas dentro da própria comunidade para atuarem junto à população (BRASIL, 2009).

O ACS deverá atender entre 400 e 750 pessoas, dependendo da realidade e das necessidades locais, como também, desenvolver atividades de prevenção de doenças e promover saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade. Realiza, sob supervisão, geralmente do Enfermeiro da equipe, atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes incorporadas por esse sistema. Este profissional deve preencher os seguintes requisitos para o exercício da profissão: residir na área da comunidade em que atuar; ter concluído o ensino fundamental e o curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 1997).

O seu perfil de atribuições, antes voltadas para o foco materno-infantil, envolve atualmente competências para atuação no apoio às famílias e coletivos sociais. Dessa forma, o papel social do ACS junto às comunidades confere legitimidade e eficácia humana ou cultural a seu perfil ocupacional (BRASIL, 2001).

Os ACS devem concentrar suas ações na promoção da saúde, prevenção de doenças, mobilização de recursos e práticas sociais para intervenção no campo político e social. Esses profissionais, ainda devem participar do diagnóstico de saúde, das atividades de planejamento e da avaliação da saúde do território de atuação. Além disso, a figura do agente

de saúde assenta-se, conforme preconizado pelo MS, em dois aspectos: identidade com a comunidade e pendor para a ajuda solidária. Esses traços identificadores permitem que se possa cumprir a missão básica de execução de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde no âmbito da comunidade em que resida e na qual tenha liderança, manifestando solidariedade entre os seus pares (BRASIL, 2009).

Através de documentos do Ministério da Saúde, constata-se que o Decreto Federal 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”. No artigo 2º deste decreto, estão arroladas as atividades do ACS, sendo que, as atividades atribuídas aos ACS em sua micro-área de atuação são:

Cadastramento/diagnóstico – é a primeira etapa do trabalho junto à comunidade. Consiste em registrar na ficha de cadastro do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) informações sobre cada membro da família assistida a respeito de variáveis que influenciam a qualidade da saúde, como situação de moradia, condições de saúde, etc. Essas Informações, uma vez consolidadas e analisadas, serão divulgadas e discutidas junto às comunidades e posteriormente encaminhadas às Secretarias Municipais de Saúde, que por sua vez enviará cópia para as Secretarias Estaduais de Saúde. Uma vez reunidas e processadas no Estado, darão origem a um relatório a ser encaminhado ao Ministério da saúde.

Realizam o mapeamento, que consiste no registro em um mapa da localização de residências das áreas de risco para a comunidade, assim como dos pontos de referência no dia-a-dia da comunidade, com o objetivo de facilitar o planejamento e o desenvolvimento do trabalho do agente. Identificação de micro-áreas de risco – uma vez realizado o mapeamento, o ACS identifica setores no território da comunidade que representam áreas de risco. Ou seja, locais que apresentam algum tipo de perigo para a saúde das pessoas que moram ali como inexistência ou precariedade do sistema de tratamento de esgoto sanitário, de abastecimento de água, entre outros.

Desenvolvem suas funções com a realização de visitas domiciliares, que é o principal instrumento de trabalho dos ACS e consiste de, no mínimo, uma visita mensal a cada família residente na área de atuação do agente. A quantidade de visitas por residência varia em função das condições de saúde de seus habitantes e da existência de crianças e gestantes, as quais recebem atenção especial por comporem grupos prioritários.

Estes profissionais atuam em ações coletivas, com vistas a mobilizar a comunidade, promovendo reuniões e encontros com grupos diferenciados – gestantes, mães, pais, adolescentes, idosos, grupos de situações de risco ou de portadores de doenças comuns –

e incentivam a participação das famílias na discussão do diagnóstico comunitário de saúde, no planejamento de ações e na definição de prioridades.

Atuam também nas ações intersetoriais podendo atuar em outras áreas como na educação, onde realiza identificação de crianças em idade escolar que não estão frequentando a sala de aula;

Destacam-se também na promoção da cidadania/direitos humanos, com ações humanitárias e solidárias que interfiram de forma positiva na melhoria da qualidade de vida (reforço a iniciativas já existentes de combate à violência e criação de comissões em defesa das famílias expostas à fome e a desastres naturais como secas e enchentes). É importante ressaltar que as atividades desenvolvidas pelos agentes são acompanhadas e orientadas por um(a) enfermeiro(a) lotado em uma unidade de saúde na proporção máxima de 12 ACS para cada enfermeiro(a), o qual atua como instrutor-supervisor. Esse(a) enfermeiro(a) também é responsável pela capacitação das ACSs, que é desenvolvida de acordo com as necessidades identificadas na comunidade.

Em julho de 2002, a categoria dos ACSs teve seu ofício reconhecido como profissão por meio da Lei 10. 507, de 10 de julho de 2002. Esta mesma lei, caracteriza-o pelo exercício em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, sob supervisão de um gestor local, de prevenção de doenças e promoção da saúde, em ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas. Reafirma os requisitos básicos para exercer esta profissão: residir na área da comunidade em que atuar; ter concluído o ensino fundamental e o curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde. Atualmente este profissional integra a política de atenção básica no Brasil (BRASIL, 2009).

De acordo com a portaria de 2488, da política de atenção básica de 11 de julho de 2011, são atribuições dos ACS: trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; acompanhar, por meio de visita domiciliar todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade.

Estes profissionais, também, deverão acompanhar pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe.

6. METODOLOGIA

Na pesquisa como em toda obra de arte a segurança se produz na incerteza dos caminhos. Aqui também muito tempo se perde, e muitas angustias se fazem presente no caminho, a procura de um método adequado e seguro. Se os caminhos se fazem andando, o método não é senão o discurso dos passos andando, certamente muito pertinente para a certificação social do trabalho concluído(MARQUES, 2006).

6.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa sócio histórica, com abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, utilizando a história oral.

A pesquisa qualitativa foi escolhida porque, de acordo com Minayo (1998), caminha para o universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças, valores e percepções, podendo responder a questões que não podem ser quantificadas, aprofundando-se no mundo do significado das ações, vivências, experiências e relações pessoais.

Optou-se pelo estudo descritivo porque ele nos permitiu trazer à tona a experiência do trabalho dos sujeitos estudados. Segundo Triviños(1987), este tipo de estudo possibilita, ainda, descrever com rigor os fatos e fenômenos de uma realidade.

É um estudo exploratório porque foi desenvolvido com o intuito de proporcionar a visibilidade ampliada de um fato social que é pouco estudado e explorado. Conforme Triviños (1987 p. 109), “os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar a experiência em torno de determinado problema”.

6.1.1 A História oral como opção estratégica do estudo

A História oral(HO) neste estudo foi utilizada, como técnica com a utilização de entrevistas com pessoas que presenciaram, vivenciaram ou testemunharam acontecimentos ou conjunturas, como forma de se aproximar do objeto de estudo. Em outras palavras, é um instrumento privilegiado por recuperar memórias e resgatar experiências de histórias vividas, pois tem como ponto de partida central a utilização da entrevista, trabalhando com o testemunho oral de indivíduos ligados por traços comuns.

Existem três modalidades de HO, dependendo do conteúdo que será trabalhado nas entrevistas. Sendo assim, é classificada por Meihy (2004), em História Oral de Vida, Tradição Oral e História Oral temática. Segundo este mesmo autor, a HO de vida constitui a narrativo conjunto de experiências de uma pessoa; a Tradição Oral trabalha com a permanência dos

mitos e com a visão de mundo das comunidades que têm valores filtrados por estruturas mentais, asseguradas em referências a passado remoto e a HO Temática, cujo compromisso é esclarecer a opinião do narrador sobre algum evento definido.

Esta pesquisa insere-se na perspectiva da História Oral Temática, pois parte de um assunto específico e preestabelecido e se compromete com o esclarecimento deste, sendo então, priorizada neste estudo.

Para Meihy (2004) a História oral temática parte de um assunto específico, preestabelecido. A objetividade é mais direta aproximando-se de trabalhos analíticos. Neste tipo de história oral os detalhes de vida do narrador só interessam quando se relacionam ou revelam aspectos úteis da informação temática, utilizando para tanto um roteiro semiestruturado para as entrevistas.

De acordo com Alberti (2008), para as entrevistas que buscam tecer uma história oral temática, o uso de roteiro se torna não só importante, mas imprescindível para que os sujeitos não percam o foco do tema específico e possam contribuir com reflexões de forma mais assertiva atingindo a finalidade específica.

O uso da História oral permite estudar acontecimentos históricos, instituições, grupos sociais e movimentos, permitindo ampliar o conhecimento sobre acontecimentos do passado através do estudo aprofundado de experiências e versões particulares para a compreensão de suas ações, o uso da história oral possibilita aos sujeitos da pesquisa trazer à tona suas experiências com relação a um fenômeno social e privilegia a recuperação do vivido conforme a aceitação de quem viveu essa experiência (MEIHY, 2002).

Segundo Thompson (1992), a história oral foi utilizada desde o início do século XX, até a década de 1950, por sociólogos como W.I. Thomas e F. Znaniecki e também por antropólogos, como forma de preservação da memória oral de tribos. Ferreira (1994) explica que a história oral desenvolveu-se, de forma significativa, em países da Europa ocidental e Estados Unidos, onde foram realizados vários encontros que agregavam, também, mesmo que com participação menor, pesquisadores da Ásia e da América Latina.

No Brasil, a técnica aparece em 1940, mas é deixada de lado pela preferência por dados coletados de forma objetiva e quantitativa, e tratados pela estatística. O desenvolvimento da estatística em 1940 relega o relato oral e a história de vida a penumbra, pela alegação de que se mostravam demasiadamente influenciados pela *psique*. Esse e outros efeitos da história oral, como a influência do pesquisador na pesquisa, passaram a ser vistos como vieses à pretensa objetividade científica.

Meihsy (2002) observa que, devido ao golpe de 1964, o uso da história oral no Brasil se arrefeceu, já que gravações de experiências, opiniões ou depoimentos foram coibidas. Havia, na época, dificuldades de ordem política e econômica, ligadas ao regime ditatorial, que impediam a abertura às entrevistas, pois os indivíduos tinham medo de dar depoimentos. Com a flexibilização da ditadura, em 1975, inicia-se, no CPDOC/FGV-RJ, um programa pioneiro de história oral, que passou a captar depoimentos da elite política nacional e a disponibilizá-los em um acervo.

Posteriormente, as rápidas transformações da sociedade brasileira favoreceram o uso da técnica como forma de deixar documentada a memória de eventos que poderiam se perder no tempo (QUEIROZ, 1988).

Ferreira (1994) explica que foi somente a partir dos anos 1990 que a história oral começou a ser utilizada com maior frequência no Brasil por pesquisadores e professores, principalmente das áreas de história e ciências sociais. Segundo Ferreira e Amado (1998), um importante marco foi, também, a criação da Associação Brasileira de História Oral, em 1994.

A História oral é feita a partir de um projeto ou pesquisa que busca apreender o depoimento de pessoas, por meio de uso eletrônico (gravador ou filmadora), realizadas diretamente de pessoa a pessoa que estejam dispostas a darem entrevistas sobre fatos de suas vidas e que, por diversos motivos, ficaram silenciadas ou esquecidas pela história oficial (MEIHY, 2002; THOMPSON, 1992). Portanto, a entrevista é um dos pressupostos básicos da história oral, visto que, sem a relação direta com o colaborador e a gravação do relato, não há história oral.

Para a construção do documento oral, três elementos constituem a relação mínima da história oral, sendo cada um deles ímpar em relação ao outro. Daí a participação de cada um destes elementos ser imprescindível. São eles: o entrevistador, o entrevistado e a aparelhagem de gravação. Os entrevistados são as pessoas “ouvidas” no projeto e devem ser entendidas como colaboradores (MEIHY e HOLANDA 2007).

Segundo Meihsy (2002) definir os passos de uma pesquisa com o uso da história oral implica também em estabelecer os oito momentos principais de sua realização; a elaboração do projeto; a entrevista com sua gravação, a transcrição, textualização, transcrição, devolução social, arquivamento, e a sua eventual análise

Quanto ao primeiro passo, o momento da elaboração do projeto, é importante por definir critérios de procedimentos.

O segundo, corresponde o instante da gravação da entrevista. Este momento, é fundamental, por ser o tempo da primeira atitude de materialização do processo inicial do

projeto. Por muitas vezes confundida com a própria história oral, a entrevista é constituída por três momentos: a pré-entrevista, a entrevista e a pós-entrevista (MEIHY, 2007).

O terceiro momento, o da transcrição refere-se à passagem do oral para o escrito em forma bruta, *ipsis litteris*. No quarto momento, o da textualização, eliminam-se interferências e intervenções do texto transcrito, como perguntas do entrevistador, sons ambiente, interrupções, bem como se eliminam erros gramaticais e palavras sem peso semântico. Nessa fase escolhe-se uma frase guia, chamada de “tom vital”, com o objetivo de requalificar a entrevista de acordo com sua essência.

O quinto momento, refere-se à transcrição, que consiste em uma versão que foi apresentada e validada pelas entrevistadas.

A sexta etapa, a da devolução social, diz respeito aos compromissos comunitários requeridos pela história oral, que sempre deve prever o retorno ao grupo que a fez gerar.

Na sétima etapa, a de arquivamento, estabelece-se cuidados e responsabilidade na manutenção do material conseguido, pois se condena a descartabilidade das gravações, e das transcrições produzidas, cabendo aos diretores do projeto a guarda ou destino dos produtos. E finalmente a oitava etapa, a da análise, é importante lembrar que pode ou não existir. Há grupos que acreditam que a história oral só será validada, depois de analisada, enquanto outros acreditam que somente a produção do texto escrito é tarefa suficiente para cumprir os ideais de história oral.

6.2 Local e Período do Estudo

O estudo foi realizado no Maranhão com a identificação dos municípios que tiveram a experiência de trabalho com os Agentes Comunitários de Saúde na década de 1980.

6.3 Participantes da Pesquisa

Foram sujeitos da pesquisa, 49 (quarenta e nove) Agentes Comunitários de Saúde e 27 (vinte e sete) profissionais que participaram da história da política de saúde do estado envolvido na gestão do trabalho dos ACS, que vivenciaram a implementação de projetos de saúde pública anteriores ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Maranhão institucionalizado pelo Ministério da Saúde, incluindo profissionais de saúde, professores da Universidade Federal do Maranhão, gestores municipais e estaduais de São Luís, como também Coordenadores da Pastoral da Criança e da UNICEF.

Inicialmente, foram identificados informantes-chaves da pesquisa, e, logo após, foram realizadas visitas à sede da UNICEF e Pastoral da Criança de São Luís, com objetivo de apresentar a pesquisa e identificar contatos via telefone, e-mail e WhatsApp e, logo após contato, formalizar o convite para a participação no estudo.

Após a identificação de algumas pessoas, como fontes orais desta pesquisa, buscamos com elas ou através delas, mais indicações de fontes orais, que pudessem ajudar a construir, interpretar ou complementar as narrativas. Desta forma, foram surgindo mais indicações e, assim, adotamos também este caminho para encontrar as pessoas que fariam parte do estudo para a realização das entrevistas, sem maiores preocupações com a quantidade e a representatividade, mas considerando a importância e a contribuição que cada uma poderia dar ao nosso objeto de estudo.

O processo de escolha dos entrevistados em uma pesquisa de História oral aproxima-se assim, da escolha de informantes em antropologia, tomadas não em unidades estatísticas, e sim como unidades qualitativas, em função de sua relação com o tema estudado, seu papel estratégico e sua posição no grupo (GARRIDO, 1993; SELAU, 1998).

6.4 Coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizado a técnica da entrevista, usando roteiro semiestruturado, e análise de documentos que datam da implementação de projetos que envolveram a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde no Maranhão.

A entrevista faz parte do núcleo da história oral. Apesar de todos os esforços voltados para a teoria é no trabalho de campo que as possibilidades desenvolvem-se.

Os primeiros entrevistados foram as pessoas envolvidas das instituições, que participaram da história da política de saúde do estado envolvidos na gestão do trabalho dos ACS, dos municípios de São Luís, São José de Ribamar. Nestas entrevistas, buscamos também identificar os Agentes Comunitários de Saúde que participaram desta experiência.

Foram entrevistadas 27 (vinte e sete) pessoas envolvidas com a experiência estudada, sendo (2) duas Enfermeiras, e (1) um digitador representando a Secretaria do Estado do Maranhão; (1) uma Enfermeira representando tanto a Secretaria do Estado do Maranhão como a Secretaria Municipal de Saúde de São José de Ribamar; (1) uma Enfermeira do INAMPS; (1) uma Enfermeira, (1) uma freira e (1) um frei representando a Pastoral da Criança; (1) uma Médica, (2) duas nutricionistas, (2) duas Comunicadoras social, (1) uma Assistente Social (1) um Consultor internacional representando o UNICEF; (1) uma

pedagoga sanitária representando tanto a UNICEF quanto a Delegacia regional de Saúde; (1) uma odontóloga representando a fundação SESP; (1) uma estagiária de Enfermagem, (4) quatro professoras que eram do Departamento de Saúde Pública, (1) um professor do Departamento de Patologia, ambos da Universidade Federal do Maranhão, (1) um médico do Departamento de Saúde Pública, (1) um médico assistencialista vinculado a UFMA, 1 (uma) médica representando o INAMPS e a LBA, e (1) um médico representando o INAMPS (APÊNDICE A).

Após a identificação dos profissionais ligados as instituições envolvidas, que participaram da experiência de trabalho com os Agentes Comunitários de Saúde no Maranhão na década de 1980, foram indicados por eles os principais bairros que os Agentes Comunitários de Saúde desenvolviam suas atividades, bem como alguns nomes de ACSs, que pudessem ajudar a construir, interpretar ou complementar as narrativas. Desta forma, foram surgindo os primeiros nomes por indicações e, após a ida aos bairros, foram surgindo outros nomes, selecionando os que puderam oferecer à época depoimentos significativos, adotando também este caminho para encontrar os agentes e, para a realização das entrevistas, sem maiores preocupações com a quantidade e a representatividade, mas considerando a importância e a contribuição que cada uma poderia dar ao nosso objeto de estudo.

Foram entrevistadas 49(quarenta e nove) Agentes Comunitários de Saúde envolvidas com a experiência estudada, tendo como critério de participação terem desenvolvido as funções de Agente Comunitário de Saúde à época, com a preocupação de entrevistar Agentes de todos os bairros envolvidos na experiência (APENDICE B).

O horário e o local das entrevistas foram indicados pelos participantes, onde buscou-se criar a possibilidade de maior interação entre o pesquisador e o colaborador.

As entrevistas com todos os participantes da pesquisa foram agendadas em momentos oportunos e realizada de forma individualizada, sendo feita com todos, tanto no ambiente de trabalho, quanto fora dele, de acordo com a conveniência de cada entrevistado.

Todas as entrevistas, realizadas com os sujeitos da pesquisa foram gravadas e suas falas transcritas logo em seguida.

Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, após agendadas no primeiro contato, com início em agosto de 2016 até junho de 2018, conforme registros em Diário de Campo. As entrevistas, com todos os envolvidos, duraram em torno de 25 a 50 minutos, totalizando em média 18 horas e 36 minutos de entrevistas, com um acervo total de aproximadamente 700 páginas.

Quanto à técnica de análise documental, Minayo (2008) considera ser de suma importância a escolha dos documentos a serem analisados que interessarão ao investigador. A autora supracitada sugere, que seja analisada o tipo de documento, a natureza e o conteúdo.

Ao todo foram identificados 34 documentos que tem relação direta com a experiência estudada (APÊNDICE C).

Segundo Matos e Senna (2011), as fontes orais e a documentais não são excludentes entre si, mas complementam-se mutuamente.

6.5 Instrumento de Pesquisa

Foi utilizado um questionário semiestruturado (APÊNDICE D) para as pessoas envolvidas das instituições, que participaram da história da política de saúde do estado envolvido na gestão do trabalho dos ACS. Um questionário também semiestruturado (APÊNDICE E), para os Agentes Comunitários de Saúde e um roteiro para a análise documental (APÊNDICE F) como instrumentos de pesquisa.

Em relação ao questionário, para as pessoas envolvidas da instituição, que participaram da história da política de saúde do estado envolvidos na gestão do trabalho dos ACS, no primeiro item, foram preenchidos, dados relacionados à sua caracterização como: sexo, idade, profissão, tempo que ficou na experiência, tempo de serviço e local de trabalho na época. Em seguida os profissionais envolvidos com a experiência estudada foram convidados a contar sobre a sua participação na experiência de trabalho com os Agentes Comunitários de Saúde no Maranhão na década de 1980, informando a qual instituição estavam envolvidos; descrever suas ações; informar como eram escolhidos os agentes; qual o papel das instituições envolvidas nestas ações; como se deu a articulação entre as instituições envolvidas; e finalmente a importância dessas ações para o estado do Maranhão.

No questionário para os Agentes Comunitários de Saúde foram abordados no primeiro item, dados relacionadas a caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde, tais como: sexo, idade, escolaridade, tempo de serviço, situação atual de empregabilidade. No segundo item foi abordado a caracterização do trabalho desenvolvido pelos ACS, tais como: local de trabalho na época e as ações desenvolvidas.

No terceiro item os ACS foram convidados a contarem sobre seus motivos de participação na experiência vivida no trabalho com os Agentes Comunitários de Saúde no Maranhão na década de 1980, suas ações, o bairro em que desenvolviam suas ações, a instituição a qual estavam atrelados; todo o processo de trabalho, com informações

relacionadas ao grupo-alvo que era disponibilizados suas ações, como eram escolhidos os agentes, como se dividiam entre si nos bairros, de que forma ocorriam os registros das atividades, quando ocorriam a entrega da produção, qual a contribuição desta experiência para suas vidas e finalmente a importância dessas ações para o seu bairro e para o estado do Maranhão.

Os autores, Selau (2004), Matos e Sena (2011), e Cedro (2011) relatam que a entrevista semiestruturada é a mais indicada como técnica de coleta de dados na pesquisa do tipo história oral, pois permite um meio termo entre a fala única da testemunha e o interrogatório direto.

Em relação aos documentos, foi preenchido um quadro com todos os documentos encontrados, onde buscou-se informações referentes ao tipo de documento, resumo do documento, autor, fonte e ano.

Além disso, todos os entrevistados foram orientados e assinaram a Carta de Cessão Gratuita de Direitos de Depoimento Oral (APÊNDICE G).

6.6 Análise dos Dados

Para (re) construir a história dos ACS no Maranhão, os dados coletados durante a entrevista e análise documental foram organizados a partir da técnica de análise de conteúdo do tipo temática, permitindo a triangulação dos dados.

Minayo (2008) afirma que a análise de conteúdo visa ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica ante a comunicação de documentos, entrevistas ou resultados de observação.

A análise de conteúdo é uma técnica de análise das comunicações, que analisou o que foi dito nas entrevistas ao pesquisador, sendo possível classificar o material esse tipo de análise pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, uma frase, um resumo ou um tema, que auxiliam na compreensão do que está no discurso (BARDIN, 2011).

Na análise documental buscou-se analisar as informações referentes ao tipo, conteúdo do documento, autor, e ano, e fonte.

Para a operacionalização da análise, cada entrevista gravada foi transcrita de forma *ipsis litteris* pela pesquisadora, e por terceiros, preservando a fidedignidade das informações.

6.7 Aspectos Éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em atendimento ao que determina a Resolução nº 466/12 e suas complementares e aprovado pelo parecer número 1.649.646 (ANEXO A).

Todos os entrevistados foram esclarecidos sobre os passos a que foram submetidos, garantindo-lhes o a possibilidade de se retirar da pesquisa em qualquer etapa da realização desta, sem nenhum dano ou punição. Os dados foram coletados somente após a leitura, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE H) pelos participantes da pesquisa, respeitando-se os princípios éticos e legais da Resolução nº 466/12 e suas complementares.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Enfim podemos afirmar que, ao permitirem nossa entrada em seus palácios de memória, os narradores, ainda que não tenham nos dado a chave para acessar os espaços mais íntimos de sua subjetividade, possibilitaram que olhássemos, furtivamente, pelo buraco da fechadura.

(BOSCHILIA)

7.1 Artigo 1

Resgatando à memória histórica de uma experiência compartilhada de Ações de Saúde Pública no Maranhão sob o olhar de fontes orais das instituições envolvidas na década de 1980.

Submetido a Revista História, Ciências, Saúde- Manguinhos. Fator de Impacto: Qualis: A2

Resgatando a memória histórica de uma experiência compartilhada de Ações de Saúde Pública no Maranhão sob o olhar de fontes orais das instituições envolvidas na década de 1980.

Jerusa Emília Roxo de Abreu (Aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Maranhão, Rua Barão de Itapary, Centro, N. 155, CEP: 65020-070, São Luís-MA, email: jerusaabreu17@gmail.com)

Liberata Campos Coimbra (Professora Dra. do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão, Rua Barão de Itapary, Centro, N. 155, CEP: 65020-070, São Luís-MA, email: liberatacoimbra@gmail.com)

Isabel Ibarra Cabrera (Professora Dra. da Universidade Federal do Maranhão, Rua Barão de Itapary, Centro, N. 155, CEP: 65020-070, São Luís-MA, email: isabelibarra555@hotmail.com)

Maria José Medeiros (Médica da Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão, Diretora Administrativa do Hospital Nina Rodrigues, Avenida Getulio Vargas, 2508, bairro Monte Castelo, São Luís-MA, CEP: 65037-010, email: mariajosemedeiros@hotmail.com)

Resumo: Este estudo tem como objetivo resgatar a memória de uma experiência compartilhada de ações de Saúde Pública no Maranhão sob o olhar das instituições envolvidas na década de 1980. Trata-se de uma pesquisa histórica, com abordagem qualitativa, utilizando a História Oral. Participaram da pesquisa profissionais de saúde das instituições envolvidas, como professores da Universidade Federal do Maranhão, Gestores Municipais, Estadual, bem como coordenadores da Pastoral da Criança e da UNICEF. O estudo apontou que a Pastoral da Criança, a UNICEF e a Universidade Federal do Maranhão desenvolveram projetos com ações para a saúde, utilizando pessoas da comunidade de forma voluntária, interdisciplinar e interinstitucional. Conclui-se que estas experiências contribuíram enormemente na redução da mortalidade infantil por diarreias e desnutrição à época.

Descritores: Saúde, experiência, Educação, Agente Comunitário de Saúde.

Abstract: This study aims to retrieve the memory of a shared experience of Public Health actions in Maranhão from the perspective of the institutions involved in the 1980s. This is a historical research, with a qualitative approach, using oral history. Participated in the professional health research of the institutions involved, such as professors from the Federal University of Maranhão, Municipal Managers, State, as well as coordinators of Pastoral da Criança and UNICEF. The study pointed out that the Pastoral da Criança, UNICEF and the Federal University of Maranhão, developed projects with health actions, using people from the community on a voluntary, interdisciplinary and interinstitutional basis. It is concluded that these experiences greatly contributed to the reduction of infant mortality from diarrhea and malnutrition at the time.

Descriptors: Health, experience, Education, Community Health Agent.

Introdução

Historicamente, a ideia que apoia a inserção do Agente Comunitário de Saúde (ACS) nos serviços de saúde envolve um conceito que, sob as mais diferentes formas, nomenclaturas e racionalidades, aparece em várias partes do mundo, ou seja, a ideia essencial de elo entre a comunidade e o sistema de saúde. Desde a década de 1970, muitos países, tais como China, União Soviética (URSS) e Brasil, buscavam alternativas de atenção à saúde para pessoas desassistidas, por meio de “profissionais” capacitados para realizar minimamente os cuidados básicos (SILVA, DAMASO, 2002).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) coordenaram a Reunião de Alma Ata em 1978 na antiga União Soviética, denominada “Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde”, apontando que o momento exigia soluções rápidas e consistentes para enfrentar a crise de saúde que estava afetando as populações pobres de todo o mundo, principalmente dos países do Terceiro Mundo (MENDES, 2002).

As organizações internacionais demonstravam preocupação e recomendavam que os governos direcionassem suas políticas de saúde para ações cujas metas seriam as populações sem cobertura dos serviços de saúde, através de ações simplificadas, de pouca incorporação tecnológica, mas com grande resolutividade dos problemas de saúde provenientes das condições de vida de cada país (STARFIELD, 2004).

Programas de ação comunitária e o movimento da Medicina Comunitária foram trazidos para a América Latina, e também para o Brasil, pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), por organizações não governamentais (ONGs) norte-americanas (Fundações Kellogg e Rockefeller), e pela UNICEF, sendo intensificados nas Universidades, por meio de diversos projetos, principalmente de extensão (DONNANGELO E FERREIRA, 1979).

Estas agências internacionais forneceram cooperação técnica e financeira a diversos países em programas de extensão de cobertura, utilizando a participação da própria comunidade nas ações de saúde, como uma forma de assistir as populações que não dispunham de serviços médicos (PIRES, 1988).

No Brasil, a inserção dos Agentes Comunitários de Saúde nas políticas públicas ganhou impulso na década de 1980, quando os Ministérios da Saúde da América do Sul, passaram a receber apoio financeiro dessas agências internacionais para utilizar estes trabalhadores de forma voluntária nas ações de saúde pública, pois enfermeiros, e médicos, não se dispunham a trabalhar nas periferias e zonas rurais. Um agente voluntario, residente na

sua comunidade, se devidamente treinado, poderia desenvolver cuidados básicos de saúde, nestes espaços desassistidos (ESCOREL et al., 2007).

Foi então, nessa época, que o trabalho voluntário começa a ser debatido como peça-chave na intervenção dos problemas sociais, e de saúde, sendo firmado e difundido embasado nos preceitos religiosos, e tendo o seu início associado à caridade e ao humanitarismo. Foi um voluntariado de muitas ações assistenciais, que agiu para reduzir problemas latentes, preenchendo os espaços deixados pelo Estado e que se esforçou para diminuir as necessidades daqueles que ficaram fora do sistema, destacando-se neste período a participação em inúmeros projetos assistenciais na área da saúde em diversas localidades do mundo (MONIZ, 2006).

Em 1983, inicia-se o trabalho da Pastoral da Criança no Brasil, com uma proposta de trabalhar ações básicas de saúde com líderes da comunidade, para famílias carentes. No entanto, esses agentes, comparados aos atuais agentes comunitários de saúde, agiam movidos pela força da fé e da religião, realizavam trabalho voluntário e sem remuneração, cuidavam de problemas sociais, financeiros, morais e até comportamentais das famílias. O trabalho que desenvolviam não era gerenciado, supervisionado e avaliado pelo sistema oficial de saúde, embora o tenha influenciado e tenha sido por ele influenciado, sendo que em alguns lugares, houve momentos, em que o agente comunitário de saúde trabalhava em conjunto com a Pastoral da Criança, da Igreja Católica (NEUMANN, 2000).

Para Rosen (1994), a maioria destes projetos surgiram em meio a uma grave crise no setor de saúde brasileiro, na década de 1980. Em vários estados, principalmente, nos da região nordeste, a população de baixa renda, convivia com a ausência da atenção à saúde, refletindo em altos índices de mortalidade infantil e materna.

O Maranhão, no início da década de 1980, convivia com altas taxas de mortalidade materna e infantil. A mortalidade infantil no estado girava em torno de 130/1.000NV, sendo considerada a 4º do Nordeste (UNICEF, 1980). Esse cenário favoreceu várias iniciativas no sentido de minimizar esse quadro.

Neste contexto, o Maranhão também vivenciou uma experiência de trabalho envolvendo várias instituições governamentais e não governamentais, locais, nacionais, e internacionais baseada no trabalho voluntário de pessoas da comunidade, nos bolsões de pobreza, direcionadas inicialmente a mãe e filho. Assim, este artigo tem como objetivo resgatar a memória desta experiência compartilhada de ações de saúde pública no Maranhão sob o olhar de fontes orais das instituições envolvidas, que contribuíram para o surgimento do Agente Comunitário de Saúde no Maranhão.

Percurso Metodológico

Trata-se de uma pesquisa sócio-histórica, com abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, utilizando a história oral.

Segundo Lang (1996), na história oral, tem-se um envolvimento do pesquisador com o objeto de estudo, procurando desvendá-lo a partir dos relatos orais dos sujeitos envolvidos, podendo ser usada em complementaridade com o uso de outras fontes escritas, materiais, icnográficas, permitindo então, fazer descoberta, exploração e avaliação de como as pessoas compreendem seu passado, vinculam sua experiência individual a seu contexto social, interpretam-na e dão-lhes significado, a partir do momento presente.

O local do estudo foi o Maranhão, com a identificação de municípios que tiveram a experiência do trabalho com os Agentes Comunitários de Saúde na década de 1980.

Foram sujeitos da pesquisa profissionais de saúde, professores da Universidade Federal do Maranhão, gestores municipais e estadual de São Luís, bem como coordenadores da Pastoral da Criança e da UNICEF, que participaram da história da política de saúde do Estado envolvido na gestão do trabalho dos ACS, e que vivenciaram a implementação de projetos de saúde pública anteriores ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Maranhão institucionalizado pelo Ministério da Saúde.

Inicialmente, foram identificadas informantes chaves da pesquisa e, logo após, realizadas visitas a sede da UNICEF e Pastoral da Criança de São Luís, com objetivo de apresentar a pesquisa e identificar contatos via telefone, e-mail e WhatsApp e logo após contato, formalizar o convite para a participação no estudo.

Após a identificação de algumas pessoas, como fontes orais desta pesquisa, buscamos com elas ou através delas, mais indicações de fontes orais, que pudessem ajudar a construir, interpretar ou complementar as narrativas. Desta forma, foram surgindo mais indicações e, assim, adotamos também este caminho para encontrar as pessoas para a realização das entrevistas, sem maiores preocupações com a quantidade e a representatividade, mas considerando a importância e a contribuição que cada uma poderia dar ao nosso objeto de estudo, selecionando os que puderam oferecer depoimentos mais confiáveis e significativos.

O processo de escolha dos entrevistados em uma pesquisa de história oral se aproxima, assim, da escolha de informantes em antropologia, tomadas não em unidades estatísticas, e sim como unidades qualitativas, em função de sua relação com o tema estudado, seu papel estratégico e sua posição no grupo (GARRIDO, 1993, SELAU, 2004).

Para a coleta de dados fez-se a entrevista, utilizando um roteiro semiestruturado, como também a análise de documentos e o caderno de campo. A entrevista faz parte do núcleo da história oral, e apesar de todos os esforços voltados para a teoria é no trabalho de campo que as possibilidades se desenvolvem.

Os participantes foram convidados a contar sobre a sua participação na experiência vivida no trabalho com os Agentes Comunitários de Saúde no Maranhão na década de 1980; informar em qual instituição estavam envolvidos; qual o papel das instituições envolvidas nestas ações; como se deu a articulação entre as instituições envolvidas; descrever suas ações; informar como eram escolhidos os agentes, e, finalmente, a importância dessas ações para o Estado do Maranhão.

Foram entrevistadas 27(vinte e sete) pessoas envolvidas com a experiência estudada, sendo 2 (duas) Enfermeiras, e 1 (um) digitador representando a Secretaria do Estado do Maranhão; 1 (uma) Enfermeira representando tanto a Secretaria do Estado do Maranhão como a Secretaria Municipal de Saúde de São Jose de Ribamar; 1 (uma) Médica representando tanto a Secretaria Estadual de Saúde como a LBA; 1 (uma) Enfermeira do INAMPS; 1 (uma) Enfermeira, 1 (uma) freira e (um) frei representando a Pastoral da Criança; 1(uma) Médica, 2 (dois) nutricionistas, 2 (duas) Comunicadoras social, 1 (uma) Assistente Social e 1(um) Consultor internacional representando o UNICEF; 1 (uma) pedagoga sanitária representando tanto o UNICEF quanto a Delegacia regional de Saúde; 1(uma) odontóloga representando a fundação SESP; 1 (uma) estagiária de Enfermagem, 4(quatro) professoras e 2 (dois) médicos que eram do Departamento de Saúde Pública e 1 (um) professor do Departamento de Patologia, ambos da Universidade Federal do Maranhão.

Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, após agendadas no primeiro contato, com início em agosto de 2016, até maio de 2017, conforme registros em Diário de Campo. Cada entrevista durou em torno de 30 a 50 minutos, totalizando 27 horas de entrevistas, com um acervo de 510 páginas.

O horário e o local das entrevistas foram indicados pelos participantes, onde se buscou criar a possibilidade de maior interação entre o pesquisador e o colaborador. Algumas foram realizadas no espaço de trabalho, outras na própria casa das entrevistadas.

Todas as entrevistas foram gravadas e, conforme consentimento dos colaboradores, alguns foram fotografados. As entrevistas foram transcritas e logo após passaram pelo processo de textualização, transcrição e pelo processo de validação com a conferência do material pelos entrevistados e autorização para seu uso e publicação por meio da carta de cessão de direitos autorais.

Segundo Meihy (2002, p.173), a conferência ou validação "é o momento em que, depois de trabalhado o texto, quando se supõe que este está em sua versão final, o autor entrega a versão para ser autorizada".

Para (re) construir a história dos ACS no Maranhão, os dados coletados durante a entrevista e análise documental foram organizados a partir da técnica de Análise de Conteúdo do tipo temática, permitindo a triangulação dos dados.

O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por meio do parecer número 1.649.646. Todos os entrevistados foram esclarecidos sobre os passos da pesquisa e sobre a importância do anonimato e a possibilidade de se retirar da pesquisa em qualquer etapa da realização desta, sem nenhum dano ou punição. Entretanto, todos concordaram em divulgar seus nomes na pesquisa. Os dados foram coletados somente após a leitura, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e da Carta de Cessão de Direitos Autorais.

Desenrolando o fio da meada

A primeira iniciativa para início da coleta de dados, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, foi visitar algumas instituições sabidamente envolvidas na experiência maranhense com Agentes Comunitários de Saúde. Dessa forma, visitamos, primeiramente, o escritório da UNICEF no Maranhão; depois procuramos, identificamos e visitamos a sede da Pastoral da Criança em São Luís. Como dito anteriormente, estas iniciativas se deram pelo conhecimento prévio de que na época estas instituições estiveram ligadas ao tema em estudo.

No UNICEF, após várias tentativas, conseguimos um encontro com a Coordenação, momento em que obtivemos um manual de informações das ações da UNICEF, inclusive com dados epidemiológicos da época, o nome e contato da Coordenadora da época, doutora Maria José Medeiros.

Na Pastoral da Criança, conversamos com a Coordenadora que nos forneceu xérox de um documento que falava sobre esta entidade no Maranhão na década de 1980 e que aponta para atividades com a comunidade no Estado. A partir destas primeiras visitas foram surgindo nomes de pessoas diretamente envolvidas na experiência estudada, consideradas neste estudo como informantes chaves. Ao final da pesquisa foram entrevistadas vinte e sete pessoas, conforme quadro a seguir.

Quadro 1 – Instituições identificadas de acordo com seu nível de participação nos projetos.
São Luís, 2019.

INSTITUIÇÃO	NÚMERO DE PESSOAS ENVOLVIDAS	PROFISSÃO	PERÍODO	ENVOLVIMENTO COM A EXPERIÊNCIA
SES	04 01 01	Enfermeiras Médica Técnico de digitação	1979 a 1987 1984 1985	Supervisão Assistência Digitação
UNICEF	01 01 01 01 01 01 01	Médica Nutricionista Nutricionista Comunicadora Social Comunicadora Social Assistente Social Pedagoga Sanitária	1984 a 1989 1984 a 1989 1984 a 1989 1986 a 1989 1984 a 1989 1984 a 1989 1984 a 1989 1984 a 1989	Coordenação Assessoria Técnica Treinamentos Treinamentos Treinamentos Treinamentos Treinamentos Treinamentos
PASTORAL DA CRIANÇA	01 01 01	Enfermeira Freira Frei	1983 a 1985 1983 a 1985 1983 a 1985	Supervisão Treinamentos Supervisão
INAMPS	01	Enfermeira	1987	Supervisora
UFMA	01 01 01 01 01 01 01 01	Enfermeiras Enfermeiras Enfermeiras Enfermeiras Enfermeiras Médico Médico Bioquímico	1985 a 1988 1985 a 1988 1985 a 1988 1985 a 1988 1985 a 1988 1987 a 1989 1985 a 1988 1985 a 1988	Treinamentos Treinamentos Treinamentos Treinamentos Treinamentos Pesquisa Assistência Coordenação
FUNDAÇÃO SESP	01	Odontóloga	1987	Treinamentos
DELEGACIA REGIONAL DO TRABALHO	01	Pedagoga Sanitária	1983 1983	Treinamentos Assistência
LEGIÃO DA ASSISTENCIA SOCIAL	01	Médica	1984	Treinamentos Assistência
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DE RIBAMAR	01	Enfermeira	1985	Supervisão Treinamentos

Fonte: Entrevistas realizadas com participantes, São Luís-MA, 2017. 2019

Foram identificadas dez instituições que tiveram atividades relacionadas com o trabalho de Agentes Comunitários no Maranhão como, Pastoral da Criança; Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF; Universidade Federal do Maranhão, por meio de vários Departamentos; Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão; INAMPS; Legião Brasileira da Assistência Social – LBA; Fundação Serviço Especial de Saúde Pública - SESP;

Delegacia Regional do Trabalho; e as Secretarias Municipais de Saúde de São Luís e São José de Ribamar (Quadro 1). O envolvimento de cada um nos projetos era na maioria de Coordenação, Supervisão das ações; Assessoria internacional e pesquisa. As mulheres são maioria.

Uma linha do tempo, como se cruzam as experiências

A década de 1970 e de 1980, foi marcada pela discussão em torno dos chamados Programas de Extensão de Cobertura (PECs), que se direcionavam para os setores excluídos da assistência médica da previdência social, visando estender as ações sanitárias a áreas marginalizadas da sociedade, expressando assim um caráter focalizado. Nesse contexto, um marco significativo foi a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, que ocorreu em 1978 em Alma-Ata, da qual resultou a Declaração de Alma-Ata, que deu ênfase ao fortalecimento da atenção primária à saúde e à concepção de saúde para além da mera ausência de doenças (SCOREL, 2008).

No Brasil, nesse momento, emergiu a proposta da reforma sanitária em discordância com caráter de mercantilização da saúde preponderante a partir dos anos 1960. A década de 1980 foi marcada por profundas mudanças no cenário social e político brasileiro, com a emergência de vários movimentos sociais, dentre eles aqueles capitaneados também pela igreja católica, e a emergência de reflexões sobre a educação popular em saúde (MENDES, 2004).

Segundo a autora supracitada, os ideais reformistas desenvolvidos durante toda a década de 1970 e 1980, defendiam dentre outros aspectos, a universalização do direito à saúde e novas bases de organização e gestão da saúde. O início da década de 1980 foi marcado pelo ideal de um sistema de saúde que tivesse cobertura em âmbito nacional.

Neste período o Brasil, estava iniciando o processo de descentralização da política de saúde. No lastro dessas discussões foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), que defendia a reestruturação das bases de organização da saúde, como medida de alcance dos cuidados em saúde para camadas populares da sociedade brasileira, através de redes que prestariam serviços básicos à comunidade. Em 1982, surgiu o plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), visando à atenção à saúde em conjunto com a previdência, que já se estendia a áreas rurais e urbanas (SCOREL, 2008).

A partir desta iniciativa, em 1983 foram gestadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), destinadas a atuarem na integração dos programas de saúde, bem como de seus recursos

orçamentários. Em 1987, no lastro das inquietações levantadas pelo Movimento Sanitário brasileiro, que defendia a bandeira de democratização da saúde e pelas discussões travadas, neste sentido, durante a 8^o Conferência Nacional de Saúde (CNS – 1986), foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), bases que antecederam o SUS, tendo por referência os ideais da reforma sanitária, os quais tiveram a sua culminância na Constituição Federal de 1988, que configurou a reversão do modelo assistencial, avançando no sentido da vigilância da saúde e na construção de um SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade(ESCOREL et. al., 2007).

Nesta época também as ações de cooperação internacional ganharam força e estimularam o aparecimento de iniciativas como projetos de Cooperação Internacional. Segundo Mattos (2001), a cooperação internacional em saúde surgiu ainda no século XIX, em grande medida como resultado dos avanços no conhecimento sobre as doenças. A partir dos anos de 1950, os países desenvolvidos e os organismos internacionais decidiram promover um tipo de cooperação em saúde baseado no financiamento de programas focados no combate às doenças específicas, com o enfoque estratégico baseado na atenção primária em saúde, na promoção da saúde, nos determinantes da saúde, segurança alimentar nutricional, saúde integral da mulher e eliminação das doenças negligenciadas no desenvolvimento local, e nos direitos humanos.

No Maranhão a Cooperação esteve presente financiando projetos, a exemplo do PRODIMA – que foi um projeto de parceria do governo brasileiro com o governo alemão para o combate e controle das doenças diarreicas infantis no Maranhão, das ações de cooperação internacional da UNICEF e das ações da Pastoral da Criança como uma entidade católica.

A Pastoral da Criança (PC) no Brasil foi criada em 1983. É um Organismo de Ação Social da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil-CNBB, sem fins lucrativos, de natureza filantrópica, decretada de Utilidade Pública Federal. Está presente em todos os estados brasileiros e em outros 17 países da África, Ásia, América Latina e Caribe (NEUMANN, 2000).

No Maranhão, a Pastoral surgiu em 1985, na Paróquia da Glória no bairro da Alemanha, e logo após o primeiro ano de trabalho, expandiu suas ações para o bairro do Coroadinho. Embora nas entrevistas apareçam relatos de atividades de saúde com a comunidade neste bairro, principalmente relacionadas com as crianças, desde o ano de 1983.

Eu comecei meu trabalho em 1983 na Vila Conceição no Coroadinho pela igreja da Glória, eu fui convidada pelo frei nesse ano, já participava da Igreja, e assim foi que comecei, para trabalhar com criança e gestantes na nossa comunidade, pois tinha

muita criança que morreria de diarreia e até de fome. Então nos pesava, explicava sobre vários temas, tipo aleitamento materno, higiene, pré-natal.... (M.S.F. ACS/Pastoral da Criança).

A dinâmica de trabalho da pastoral no Maranhão consistia na época em treinar voluntárias, denominados Líder Comunitária. O Líder Comunitário na época devia possuir as seguintes características, que eram essenciais para o desenvolvimento de seu trabalho: morar na comunidade à qual se dedicava e possuir contato direto com a população local. Não era obrigatório ter formação escolar completa.

Essa liderança na comunidade era, em sua maioria, exercida por mulheres, que mobilizavam as famílias em atividades como a vigilância nutricional, através da pesagem mensal das crianças, do acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento e de outros cuidados básicos, tais como estímulo ao aleitamento materno, reidratação oral, imunizações, controle de infecções respiratórias, desenvolvimento de alimentos enriquecidos, uso de plantas medicinais e acompanhamento de gestantes. Atuou, também, através de ações básicas, nas áreas de Educação, Cidadania e Políticas Públicas (NEUMANN, 1997).

Segundo a Coordenadora da Pastoral na época: “Essas ações tiveram uma repercussão positiva para saúde do nosso município, que à época tinha péssimos indicadores de mortalidade infantil por diarreias, baixo índice de aleitamento materno, e uma cobertura do pré-natal muita baixa”.

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) está no Brasil desde 1950 apoiando ações na área da infância e da adolescência. O público-alvo prioritário do UNICEF eram crianças e adolescentes desfavorecidos em razão de práticas discriminatórias, questões étnicas ou raciais, situações de emergência, vulnerabilidade, deficiência e violência (UNICEF, 1980).

No Maranhão, o UNICEF, surge em 1984 através de um projeto, que tinha como objetivo trabalhar com as quatro ações preconizadas pela Conferencia de Alma-Ata para crianças de até cinco anos com o uso de Agentes Comunitários de Saúde de forma voluntária. A escolha do estado se deu em virtude das altas taxas de mortalidade infantil por causas diarreicas, que era em torno de 130/1.000 Nascidos Vivos.

Esse projeto foi trazido pelo Pesquisador Inglês Roger Shirimpton em 1984 e contou com a parceria da Secretaria Estadual de Saúde. Na época a então coordenadora da Atenção à criança do Estado, Dra. Maria José Medeiros o recebeu e efetivou a proposta como parte do plano de descentralização do Estado e depois contou com a parceria da Universidade Federal do Maranhão e da Pastoral da Criança.

O UNICEF tinha então um orçamento pequeno para algumas ações e para pagamento de alguns profissionais. Dessa forma, a Secretaria Estadual de Saúde entrou com outros insumos. Estabelecia-se, então, a parceria e as ações com os Agentes Comunitários de Saúde que trabalhavam de forma voluntária em diversos bairros do município de São Luís com ações direcionadas, inicialmente, para o binômio mãe e filho.

A Universidade Federal do Maranhão entra nessas ações porque a UFMA tinha como função capacitar professores e alunos para o momento político da época, utilizava os serviços como campo de estágio na área da saúde e ia tomando conhecimento e se incorporando na realidade vivida. A instituição foi procurada para participar das parcerias nos campos de prática e com o desenvolvimento de projetos de pesquisa e de extensão por meio do Projeto PRODDIMA com duração de oito anos. A fala abaixo coloca a importância das parcerias estabelecidas.

Foi muito importante a integração entre as instituições parceiras. No Maranhão nunca tinha havido, até então, um projeto que trabalhasse em parceria quatro a cinco instituições de forma integrada, que trabalhasse tão bem, sem problemas (E.A.R./Coordenador do Projeto e Professor da UFMA).

Com a necessidade de implantação das Ações Integradas de Saúde no Estado foi constituída uma Comissão Interinstitucional de Saúde composta por representantes das principais instituições de saúde: SES, UNICEF, Fundação SESP, SEMUS, INAMPS, LBA, UFMA e Delegacia Federal de Saúde.

A figura abaixo mostra um material instrutivo educativo das AIS no Maranhão.



Figura 1 – Foto de contra capa de material instrutivo sobre Ações Integradas de Saúde no Maranhão, 1986. São Luís, 2019.

Montando o quebra cabeça – o que havia em comum

A partir das memórias dos representantes das instituições envolvidas, observou-se que existia parceria na realização das ações, e que havia muitas coisas em comum nessa parceria: o trabalho voluntariado, a utilização de pessoas da própria comunidade, os chamados Agentes Comunitários de Saúde, as ações desenvolvidas focadas no binômio mãe e filho, desenvolvidas em locais de alta vulnerabilidade social.

Os Agentes Comunitários de Saúde eram líderes comunitários, que desenvolviam seus trabalhos de forma voluntária, na maioria das vezes. Suas principais ações eram para a mãe e criança e se baseavam nas ações preconizadas pela conferência de Alma-Ata: aleitamento materno, crescimento e desenvolvimento, imunização, controle das Infecções Respiratórias Agudas - IRAS e uso da Terapia de Reidratação Oral - TRO nas diarreias. Eram em sua maioria mulheres, escolhidas pelo seu perfil de líder na comunidade como líderes de associação mulheres de grupo de mães e mulheres que já participavam de movimentos da igreja católica.

A fala abaixo mostra como eles eram identificados na comunidade.

Havia reuniões. Nós explicávamos a proposta e o porquê de trabalhar essas ações, envolvendo a comunidade. Após as reuniões, algumas pessoas diziam que queriam participar. Como já falei anteriormente, esses ACSs eram líderes comunitários, membros de associações, mães de crianças desnutridas, que queriam participar das ações (C.M.L. Enfermeira, SES/MA).

A memória coletiva, é a mera soma das memórias individuais, ela se estrutura no interior de uma massa de lembranças comuns e que se apoiam umas sobre as outras. As recordações individuais são articuladas no interior de coletividades que sofrem “destinos comuns” e destinos modelados por seus desdobramentos sociais. (HALBWACHS, 1990). Os pontos de convergência provindos das narrativas individuais solidificaram as memórias coletivas. Estas, contudo, não foram determinadas a priori, foram cristalizadas a partir da imersão em cada história e posterior identificação das aproximações nos discursos.

Locais de desenvolvimento das ações

As ações foram desenvolvidas em diversos bairros de São Luís-MA, como Vila Palmeira, Coroadinho, Alemanha, Anjo da Guarda, Camboa, Vila Embratel, São Francisco, Bairro de Fátima, Vila Itamar, Liberdade, Rio Grande e em São José de Ribamar no Bairro Jota Câmara. Esses bairros eram escolhidos pelas instituições envolvidas na gestão do trabalho dos ACS.

O critério principal de escolha era baseado na situação socioeconômica do bairro, ou seja, eram selecionados os locais mais carentes, com pouca infraestrutura, com um saneamento inadequado, na grande maioria, sem água potável. A escolha, também, levava em consideração a ausência de serviços de saúde nesses bairros, geralmente nesses locais, existia uma grande quantidade de crianças desnutrida e um alto índice de mortalidade infantil. Existiam também locais que foram contemplados com essas ações, por se localizarem próximos a uma unidade de saúde.

Eram bairros carentes, as moradias eram de taipa, de muito risco, que não tinham serviço e que tinham um número grande de... de crianças que estavam tendo principalmente diarreia... morriam de diarreia, com desidratação, eram crianças desnutridas, locais precários mesmos, com péssimo saneamento. Nesses lugares os animais viviam junto das casas e dormiam no mesmo cômodo das crianças. A maioria das famílias não tinham água potável, os dejetos ficavam na rua. Era muita pobreza. Os locais e as pessoas eram marginalizados (M.J.M Coordenadora do UNICEF/MA).

Ações desenvolvidas

As ações desenvolvidas pelas Instituições envolviam o financiamento, cooperação técnica, coordenação das ações até a prestação de serviços diretamente na comunidade com os Agentes Comunitários de Saúde.

O UNICEF coordenou e financiou em partes, as ações, por meio de um projeto maior, que foi o AISMIN, que propunha serviços básicos em vez de serviços sofisticados, ao maior número possível de pessoas e favorecia o planejamento e a ação multisetorial, já que os problemas mais sérios naquela época aqui em São Luís, tinha causas múltiplas e requeria a participação de várias instituições nas ações que se completem (M.J.M Coordenadora do UNICEF/MA).

O Programa de Ações Integradas de Saúde Materno Infantil e Nutrição no Maranhão concretizou-se no estado através de convênios assinados em fevereiro de 1984, tendo como objetivo a redução da mortalidade infantil e da incidência da desnutrição entre as crianças abaixo de 3 anos de idade, nas áreas de atuação no Estado do Maranhão.

O programa seguiu a mesma ênfase das Ações Integradas de Saúde do Brasil, propondo a maximização dos recursos e infraestrutura existente dentro da comunidade e dos serviços, do que a alocação de recursos novos em termos materiais e equipamentos, com ênfase na assistência materno-infantil, atuando no nível de atenção primária de saúde, preconizando a criação de um Programa de Saúde com características integradoras e interinstitucional, de baixo custo, capaz de amenizar a desnutrição entre gestantes, nutrizes e crianças de até 3 anos, através do sistema formal disponível e das organizações informais comunitárias existentes.

A fala abaixo descreve as ações do Programa AISMIN:

O programa AISMIN deveria ter um papel de unificação, padronizando a ação do estado inteiro, coordenando todas as entidades que se ocupem das mães e crianças – incluindo organizações municipais, estaduais, federais e privadas. Inicialmente, em São Luís, outros organismos, tais como a Secretaria de Assistência Social, a L.B.A. e a Secretaria municipal de Saúde, seriam incluídos” (R.S. Consultor Internacional do UNICEF).

A Universidade Federal do Maranhão, através de seus Departamentos de Saúde Pública, Enfermagem, Assistência Social e Comunicação, disponibilizava recursos humanos (docentes e alunos), capazes de colaborar para o desenvolvimento e execução das ações, participando na coordenação e execução das ações e treinamento dos agentes comunitários de saúde.

Eu, enquanto docente da UFMA, atendia a comunidade com os alunos no Centro de Saúde Genésio Rego em São Luís e participava com eles das ações na comunidade da Vila Palmeira. Os estudantes de alguns cursos foram usados como estagiários voluntários para realizarem as ações educativas na comunidade, treinar os agentes de saúde e também atuarem nas coletas de dados referentes às pesquisas” (M.P.C. Professora da UFMA).

A Secretaria Estadual de Saúde participava também no planejamento das ações e designava responsabilidades, disponibilizava os postos de Saúde, alocava recursos financeiros e humanos, promovia a articulação interinstitucional em nível interno estadual, e entre o Estado e governo federal, município e comunidades, e promovia a participação comunitária para o desenvolvimento das ações.

Eu era Enfermeira do Estado, da Secretaria de Saúde, nessa época o Estado coordenava todas as ações e Programas de Saúde Pública, os postos de saúde, os poucos que existiam eram do Estado, os profissionais que atendiam nesses postos eram praticamente todos do Estado (M. C. S. Enfermeira da SES).

As secretarias municipais de saúde, INAMPS, Fundação SESP, Delegacia Regional de Saúde e a LBA, atuavam em parceria com as instituições em diversos serviços e campanhas ocorridas, como também, na garantia de recursos materiais e humanos para a implantação e o acompanhamento das ações previstas no plano de trabalho.

Eu fui chamada para participar, enquanto Enfermeira do INAMPS, em 1985. Minha área de atuação era na Areinha, nos bolsões de pobreza ao redor do hospital. Eu treinava os agentes, visitava as famílias e atendia as crianças com a confecção do TRO (T.S.C. Enfermeira do INAMPS).

A pastoral desenvolvia suas ações na comunidade, em parceria com as outras Instituições, do trabalho dos líderes, que realizavam visitas às famílias, realizavam a pesagem das crianças, preenchiam a curva de crescimento e desenvolvimento (CD) da época, orientavam o uso da TRO em casos de diarreias nas crianças, estimulavam o aleitamento materno, a alimentação baseada na multimistura e encaminhavam as gestantes a um serviço de saúde para realizar o pré-natal.

Eu era funcionária do Estado, da Secretaria de Saúde, então foi solicitado um profissional que pudesse participar junto a Pastoral da Criança nas suas ações, capacitando seus líderes nas ações junto às famílias, como eu sempre tive esse lado espiritual muito forte, eu me identifiquei eu fui, e estou até hoje” (M.F.A., Enfermeira da Pastoral).

Nos anos de recessão econômica no Brasil (1981 a 1984), a população foi seriamente atingida, ocorrendo um aumento substancial da mortalidade infantil. O relatório do UNICEF de 1986, estimou em 60.000 o número de crianças no Brasil que foram vítimas diretas dos efeitos da recessão dos anos 80 (UNICEF, 1989).

Na década de 1980, destacou-se como causa de óbitos em menores de um ano no Brasil, as afecções originadas no período perinatal, as doenças infecciosas intestinais e as infecções respiratórias agudas como principais causas de mortalidade. Seguidos pelas deficiências nutricionais e pelas anomalias congênitas, estes fatores explicam quase a totalidade das mortes no primeiro ano de vida, expressando mais uma vez a situação deficiente de saneamento, de nutrição, de moradia, de educação e de saúde em grande parte do território brasileiro, principalmente nos Estados mais pobres situados no norte e nordeste brasileiro (UNICEF, 1982).

Alguns documentos recuperados

Foram recuperados 34 documentos da época, sendo estes fitas cassetes do programa de rádio, Termo de Cooperação Técnica entre a UNICEF e as secretarias municipal e Estadual da saúde, Termo de Cooperação Técnica entre a UNICEF e a Universidade Federal do Maranhão, Termo de Cooperação Técnica entre o governo dos Estados Unidos do Brasil e a UNICEF, e um Projeto da Universidade Federal do Maranhão, produto de uma Cooperação Técnica do governo brasileiro com o governo Alemão, que se traduziu num projeto ambicioso apelidado de PRODIMA.

Quadro 2 – Documentos recuperados, de acordo com o tipo. São Luís, 2019.

	DOCUMENTO	TIPO	DESCRIÇÃO/RESUMO	ANO	INSTITUIÇÃO/PROCEDÊNCIA
1.	FITA KACEETE	Fita	Programa de rádio “Saúde da Nossa Gente” que ia ao ar às terças e quintas na Rádio Educadora, pela manhã abordando temas de	1986	UNICEF

			saúde. Apresentadora Vera Rolim Salles.		
2.	Termo de Cooperação Técnica	Impresso	Termo de Cooperação Técnica entre o UNICEF e o Governo do Estado do Maranhão.	1986	UNICEF
3.	Termo de Cooperação Técnica	Impresso	Acordo de cooperação entre o Governo dos Estados Unidos do Brasil e o Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF para fornecer suprimentos e serviços de treinamento e assessoria, às necessidades urgentes e a longo prazo da infância nos países subdesenvolvidos.	1978	UNICEF
4.	Termo de Acordo de Cooperação	Impresso	Acordo de Cooperação entre o UNICEF e a Prefeitura de São Luís para trabalhar na redução da Mortalidade Infantil e garantir recursos humanos e materiais.	1989	UNICEF
5.	Projeto de Controle das Doenças Diarréicas Infantís no Maranhão – PRODDIMA Plano de Operações	Impresso	Projeto com o Plano de Operações firmado entre o Governo do Brasil e da República Federal da Alemanha – GTZ implementado em São Luís pela Universidade Federal do Maranhão com objetivo de reduzir a Mortalidade Infantil.	1986	UFMA
6.	Manuais	Impresso	Manual dos Agentes Comunitários de Saúde produzido pela SIS/MA e pela Pastoral da Criança com vários temas		ROGER
7.	Relatório de atividades AISMIN	Impresso	Relatório do UNICEF sobre o Programa de Ações Integradas de Saúde Materno Infantil e Nutrição – AISMIN. Este relatório fala do objetivo do Programa, porque o Maranhão foi escolhido para implantação, locais de implantação com um quadro com os locais de atuação dos agentes, por bairros, processo de divulgação e resultados. (3p)	1986	UNICEF
8.	Termo de Convenio entre a Universidade Federal do Maranhão e a UNICEF	Impresso	O termo de convenio entre a UFMA e a UNICEF se refere ao acordo firmado entre as instituições para concessão de Estágio de alunos da UFMA nos projetos desenvolvidos pela UNICEF e também de profissionais da UNICEF em projetos da UFMA.	1988	UNICEF
9.	Relatório do início das ações da Pastoral da Criança em São	Impresso	O documento consta informações sobre quando iniciou as ações em São Luís, onde foi o primeiro núcleo e/ou bairro de	1985	Pastoral da Criança

	Luís- MA		desenvolvimento das ações, a escolha dos agentes e toda a operacionalização do trabalho na década de 1980. (16p)		
10.	Fotografias de Enfermeiras e Agentes comunitários de Saúde	Impresso	As fotografias de Enfermeiras e Agentes Comunitárias de Saúde no desenvolvimento de suas funções no Programa AISMIN	UNICEF	1984

Tivemos também acesso a um material educativo produzido em forma de jornal impresso, chamado “Bumba”; e Manuais educativos para Agentes Comunitários de Saúde, produzido pela Pastoral da Criança, pela Secretaria Estadual da Saúde e UNICEF.

Encontramos também um Relatório do UNICEF sobre o Programa de Ações Integradas de Saúde Materno Infantil e Nutrição – AISMIN. Um relatório do início das ações da Pastoral da Criança em São Luís- MA. Relatório do UNICEF sobre o Programa de Ações Integradas de Saúde Materno Infantil e Nutrição – AISMIN e fotografias de Agentes Comunitários desenvolvendo suas atividades na comunidade.

O que dizem alguns documentos

PRODIMA – “PROJETO DE CONTROLE DE DOENÇAS DIARRÉICAS INFANTIS NO MARANHÃO”.

O documento do PRODIMA foi o Plano de Operações disponibilizado pelo Coordenador do Projeto, o professor Stelito A. dos Reis Filho, do Departamento de Patologia da UFMA.

Este documento apresenta o planejamento das atividades do projeto, fazendo referência ao período de fevereiro de 1986 a julho de 1988. Na capa de identificação apresenta a Universidade Federal do Maranhão e a Sociedade Alemã de Cooperação Técnica – GTZ, como instituições coordenadoras do projeto. Na capa também está explícito no título, parte central, o objetivo maior do projeto “controle de doenças diarreicas infantis no Maranhão”.

O documento apresenta o professor Stelito A. dos Reis Filho como Coordenador, a professora Maria Helena Nunes Castro como Subcoordenadora, ambos representando a UFMA, ele pelo Departamento de Patologia e ela pelo Departamento de Saúde Pública. Representando a GTZ aparece o Doutor Ricardo G. KeimZwanger, como consultor.

Este projeto envolvia os Departamentos de Patologia; Saúde Pública; Medicina; Secretaria de Saúde do Estado, área Materno Infantil; Secretarias de Saúde dos municípios de São Luís e de São José de Ribamar; Fundação SESP; e SUCAM.

Este projeto era constituído por vários grupos de trabalho, ou subprojetos:

Grupo I – Implementação de ações básicas de saúde em São José de Ribamar –
Conceição de Maria Silveira de Araújo

Grupo II – Implementação de ações básicas de saúde no Anjo da Guarda – Maria
Helena Nunes Castro

Grupo III – Serviços médicos – Maria Palmira de Carvalho

Grupo IV – Educação em saúde – Vitória Monteiro Utta

Grupo V – Formação de pessoal – Gertrudes Cleide Mendes Rocha

Grupo VI – Pesquisa etiológica – Klaus EbehardStewien e Luís Cesar F. da Cunha

Grupo VII – Epidemiologia – Coordenador: Ayrecila da Silva Novochadlo

Grupo VIII – Nutrição – Sueli Tonial

“BUMBA O BOI VOADOR, O HERÓI DO MARANHÃO” – Jornal impresso- 1984

O “BUMBA” era um jornal impresso símbolo das Ações Integradas de Saúde do Maranhão (AIS), que foi confeccionado na época pela Comissão Interinstitucional de Saúde do Estado do Maranhão (CIS). Esta comissão era composta por representantes da Secretaria do estado do Maranhão, Secretaria Municipal de Saúde, INAMPS, Delegacia Regional de Saúde, UFMA e pela UNICEF.

Este material, foi repassado pelo Consultor Internacional da UNICEF na época, um dos idealizadores do material, o pesquisador Dr. Roger Shirimpton, atualmente residente em Portugal.

Este jornal era assim chamado em virtude da imagem forte do bumba meu boi no Estado e como forma de facilitar a comunicação. Nele é apresentado o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde nesta época, enfocando para necessidade de valorização deste profissional.

Era destacado neste jornal que todos os ACS que participavam dessas ações integradas do Maranhão, eram voluntários e usavam uma camisa oficial com a logomarca do “BUMBA”

As principais ações desenvolvidas pelos ACS’s também é destacado, neste material, como a pesagem, a imunização, o pré-natal, alertando a comunidade para cuidar de sua saúde. Ele era de produção mensal, e a cada impressão era abordado um enfoque de saúde.

A figura abaixo ilustra o jornal O BUMBA, O BOI VOADOR DO MARANHÃO.



Figura 2 – Foto do jornal ‘O BUMBA’, 1984. São Luís, 2019.

Manuais educativos para Agentes Comunitários de Saúde

O manual educativo para os Agentes Comunitários de Saúde é composto de dois volumes, sendo disponibilizado pela Comunicadora Social Vera Salles, que foi autora dos 2 volumes. Este documento teve a colaboração da Diocese de Cândido Mendes, com consultoria Médica da Irmã Elisabetta Mereu e do padre Adolfo Serripiero e como ilustrador, Jorge Nascimento Pereira.

Cada volume é composto por 68 páginas, com data de publicação de 1986. O primeiro volume, com uma linguagem bem simplificada aborda nove (9) itens: A saúde, As doenças, Problemas da Mulher, O parto, Primeiros Socorros, Medicamentos e Plantas medicinais. No segundo volume foi dando ênfase às questões relacionadas com a alimentação, abordando dez itens: Alimentação, Doenças da Fome, Alimentos Alternativos, As frutas, Hortas, Receitas, Indústria Caseira, Aproveitamentos dos Alimentos, Dicas de alimentação e Hábitos de Higiene.

Este manual foi escrito com o objetivo de ajudar o trabalho dos Agentes Comunitário de Saúde, desenvolvido na comunidade. Consistia em uma ferramenta com orientações para diminuir as incidências de diversas doenças da época, sendo também utilizados pelos profissionais que realizavam treinamentos com os ACS e pelos Professores.

Os cadernos do líder da Pastoral possuem informações sobre a dinâmica do trabalho proposta pela Pastoral, sendo disponibilizados para os líderes escolhidos.

No desenvolvimento do seu trabalho, os líderes preenchem as informações relacionadas ao trabalho, com as crianças e gestantes.

Nesse caderno constam informações sobre o peso, alimentação alternativa, e como fazer o Soro oral em caso de diarreias.

A figura abaixo ilustra os manuais educativos para os Agentes Comunitários de Saúde e o Guia do Líder da Pastoral da Criança.



Figura 3– Foto de capa de Manuais educativos para os Agentes Comunitários de Saúde, 1986. São Luís, 2019.

Fitas cassetes – Programa de Rádio

Foram disponibilizadas duas fitas cassetes do programa de rádio: Saúde da Nossa Gente da autoria pela Comunicadora Vera Salles. O programa de rádio era realizado pela própria Vera Salles, onde consta, nesta fita, uma gravação de uma entrevista realizada com a Enfermeira da SES em 1986, Maria Cristina Moreira Lima, participante das ações com os Agentes Comunitários de Saúde no Maranhão na Vila Embratel.

Nessa entrevista ela convida a população a receber os ACSs em suas residências, descrevendo suas ações. E logo depois realiza uma palestra pela rádio sobre os cuidados de higiene nas residências.

A palestra teve duração de 20 minutos e depois a Agente Comunitária Raimunda Silva também foi convidada para falar do seu trabalho e convidar a população a participar dessas ações.

Esses programas foram realizados sob o veio teórico da Educação Popular de Freire, e possibilitaram constatar sua importância como estratégia de informação e divulgação dessas ações para a população, principalmente aos mais pobres e desassistidos.

Termo de Cooperação Técnica entre a Secretaria Municipal de Saúde e a UNICEF

Foi disponibilizada uma cópia do termo de acordo de cooperação entre a prefeitura de SÃO LUÍS-MA e o Fundo das Nações Unidas para a Infância, pelo UNICEF, assinado no dia 30 de junho de 1989 pelo prefeito de São Luís-MA na época, Dr. Jackson Lago e o representante da UNICEF o Sr John J. Donohue, com o objetivo geral de atuar em conjunto em favor da população menos favorecida, em particular a criança e a mulher.

No termo constam, os objetivos do programa na área de saúde, que se baseiam na redução da morbimortalidade infantil, extensão dos cuidados a outros grupos de risco, em nível de comunidade de baixa renda, através de equipes volantes de vacinação e de agentes de saúde e as responsabilidades de cada instituição nas ações.

Compete à Secretaria Municipal de Saúde, realizar e coordenar a implantação do projeto “mini campanhas de vacinação na ilha de São Luís- MA como também garantir recursos materiais e humanos para a implantação e o acompanhamento das ações previstas no plano de trabalho.

Ao UNICEF compete às responsabilidades de contribuir financeiramente para a implantação das referidas ações que se encontram no plano de trabalho, no valor de cinquenta e dois mil e quatrocentos cruzados novos, como também prestar assessoria técnica.

Termo de Cooperação Técnica entre o Governo do Estado do Maranhão e a UNICEF

Foi disponibilizada uma cópia do termo aditivo de acordo de cooperação entre o governo do Estado do Maranhão e o Fundo das Nações Unidas para a Infância-UNICEF, assinado no dia 22 de dezembro de 1988 pelo governador na época Sr. Epitácio Cafeteira Pereira e o representante da UNICEF o Sr. John J. Donohue, com o objetivo geral de cooperação entre as partes, e atuação em conjunto em favor da população menos favorecida em particular a criança o adolescente e a mulher.

No termo consta, que as áreas de cooperação entre as partes são as área social, saúde e educação.

Ao Governo do Estado do Maranhão compete planejar as ações e designar responsabilidades, alocar recursos financeiros e humanos, promover a articulação interinstitucional em nível interno estadual, e entre o Estado e governo federal e município e comunidades, prestar contas dos recursos repassados pelo UNICEF e promover a participação comunitária para o desenvolvimento das ações.

Ao UNICEF concerne especialmente a capacitação, estudos, pesquisas e sua divulgação, comunicação social, acompanhamento e avaliação, desenvolvimento de metodologia e tecnologias alternativas suprimentos de matérias emergenciais. O convênio teve vigência até 31 de dezembro de 1990.

Consta no termo as áreas de cooperação priorizadas pelas instituições:

- a) Saúde e Nutrição Materno Infantil;
- b) Educação Infantil, básica e Alfabetização de jovens e adultos;
- c) Promoção e defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes;
- d) Criança e meio ambiente;
- e) Promoção da mulher.

Documento sobre o Programa das Ações Integradas de Saúde Materno Infantil e Nutrição (AISMIN)

Um documento informativo sobre o Programa das Ações integradas de Saúde Materno-Infantil e Nutrição (AISMIN) no Maranhão, de 1984, um convênio de cooperação técnica do UNICEF e secretaria do Estado do Maranhão.

Consta informação sobre o objetivo geral do programa, que era reduzir a mortalidade e a incidência da desnutrição entre crianças abaixo de 3 anos no Estado do Maranhão, nas áreas de implantação do Programa

O documento explica o porquê da escolha do Maranhão para as ações, como foram operacionalizadas estas ações, os bairros contemplados, e a forma de divulgação do trabalho na comunidade os resultados alcançados.

Termo de Cooperação Técnica entre a UNICEF e a Universidade Federal do Maranhão

O termo de acordo foi fornecido pela UNICEF e se refere à celebração de um acordo entre a Universidade Federal do Maranhão e o UNICEF para concessão de Estágio Curricular aos alunos da Universidade Federal do Maranhão.

O documento foi assinado em junho de 1984, pelo então reitor da Universidade na época, Dr. Jeronimo Pinheiro, e o representante da UNICEF neste ato AgopKayoyan.

No termo consta, que o número de vagas, definições de cursos, carga horária e jornada semanal do Estádio serão fixados semestralmente e acordados pelas partes convenientes.

A UFMA compete receber alunos encaminhados pelas Coordenadorias de Estágios dos Cursos da Universidade para o desenvolvimento das atividades relativas ao Estádio; credenciar profissionais para supervisão com estagiários; orientar "in loco" as atividades dos estagiários; possibilitar à Universidade o acompanhamento das atividades desenvolvidas pelos estagiários; firmar termo de Compromisso com o estagiário; prover suas unidades executivas de recursos humanos e materiais necessários ao funcionamento.

Acordo entre o Fundo das Nações Unidas para a Infância(FISI) e o Governo dos Estados Unidos do Brasil

O documento trata-se de um acordo entre o Fundo das Nações Unidas para a Infância e o Governo dos Estados Unidos do Brasil. O acordo foi realizado em 28 de março de 1966 e assinado pelo representante do UNICEF, Oscar Vargas Mendes, e pelo representante do Brasil no ato, Miguel Paranhos do Rio Branco.

O documento informa da criação da FISI, pela assembleia geral das Nações Unidas como órgão das Nações Unidas com o propósito de satisfazer, pelo fornecimento de suprimentos e dos serviços de treinamento e assessoria, as necessidades urgentes e ao longo prazo de infância, assim como suas necessidades permanentes, principalmente nos países subdesenvolvidos, com o propósito de reforçar, onde oportuno, os programas permanentes de saúde e bem-estar infantil dos países que recebem assistência.

Relatório do Início das ações da Pastoral da Criança em São Luís-MA

Este relatório foi fornecido pela secretaria da Pastoral de São Luís. Neste Documento contam informações, de que as ações iniciaram em 1985 no bairro do Coroadinho com a participação da médica Dra. Zilda Arns Neumany, em virtude do bairro ter um grupo de mães bem consolidado e ser muito carente.

Constam informações, também, sobre toda a dinâmica de trabalho da Pastoral na comunidade, que se inicia com a sensibilização da proposta de trabalho nos grupos de mães, para posteriormente acontecer a escolha dos agentes, que foram chamados de líderes. Após a escolha, havia um mapeamento dos locais e/ou ruas escolhidos, e os líderes passavam por treinamentos para iniciar as ações.

O documento relata que houve expansão das atividades da Pastoral para outros bairros e paróquias, a partir de 1985, sempre com a mesma dinâmica de trabalho, assim como informa as ações preconizadas pela Instituição junto às comunidades.

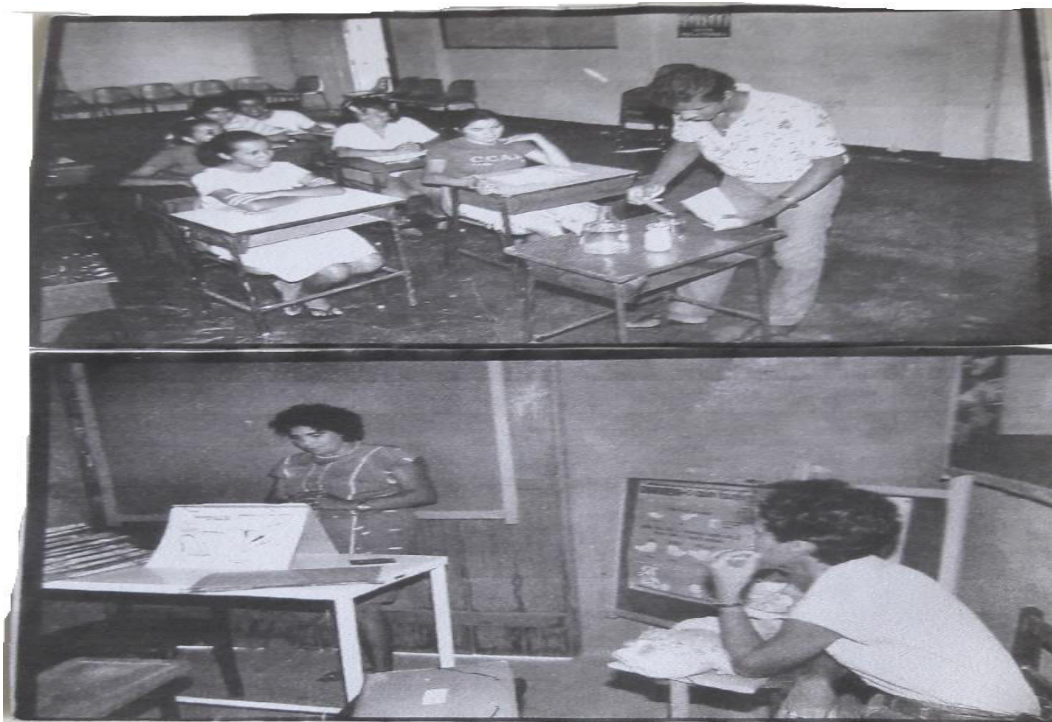
Fotografia de Agentes Comunitários de Saúde na Comunidade

As fotografias foram disponibilizadas pela Coordenadora da UNICEF à época Dra. Maria José Medeiros. As imagens datam de 1985, conforme informação presente no relatório da UNICEF desta data.

As Imagens contêm os Agentes Comunitários de Saúde desenvolvendo suas ações e participando de palestras, que eram ofertadas por outros autores envolvidos nesta experiência de trabalho, geralmente Enfermeiros, nutricionistas, odontólogos, Assistentes sociais e Médicos.

Nas fotografias observa-se alguns procedimentos que eram realizados pelos ACSs nas casas das famílias que eram assistidas. Na imagem, observa-se uma ACS ensinando a população do bairro a fazer o SRO (soro de reidratação oral) muito utilizada nesta época no combate a desidratação oriunda das diarreias.

As palestras também foram evidenciadas nas fotografias, sendo um outro instrumento de educação em saúde, utilizado neste período para treinar as ACSs e assim estarem aptas a repassarem as informações para as famílias.



Fotografia 1– Imagens de Agentes Comunitários de Saúde desenvolvendo suas ações à época, 1985. São Luís-MA, 2019.

Artigos Científicos e Dissertação de Mestrado

Alguns artigos foram produzidos por diversos autores utilizando dados desta experiência de trabalho com os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) que ocorreu no Maranhão na década de 1980, evidenciando as contribuições destas ações para a população do estado à época sendo publicados em diversas revistas de grande impacto nacional.

O artigo que utilizou dados desta Experiência de trabalho foi intitulado: **Terapia de reidratação oral para diarreia aguda em região do Nordeste do Brasil, 1986-1989** da autoria de Clóvis E. S. Galvão, Antônio A. M. da Silva, Raimundo A. da Silva, Stelito A. dos Reis Filho, Maria. Este artigo foi publicado em Revista de Saúde Pública no ano de 1994.

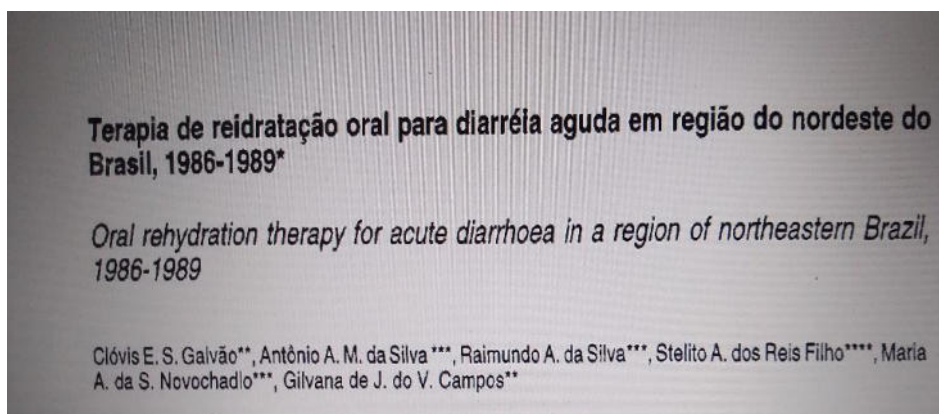


Figura 4 – Artigo Terapia de reidratação oral para diarreia aguda em região do Nordeste do Brasil, 1986-1989. São Luís, 2019.

Como resultado deste artigo foi evidenciado que a utilização da SRO foi maior entre as crianças de 6 e 23 meses de idade da criança, de mães com segundo grau, quando a indicação do tratamento foi feita por Agentes Comunitários de Saúde que faziam parte da experiência de trabalho desenvolvida no Maranhão na década de 1980. Os agentes de saúde nos bairros onde estes exerciam suas ações foram os que mais indicara o uso do SRO.

Um outro artigo também foi produzido utilizando dados oriundo desta experiência de trabalho com os ACS, sendo intitulado: **Impacto da Pastoral da Criança sobre a nutrição de menores de cinco anos no Maranhão: uma análise multinível** foi publicado na Revista Brasileira de Epidemiologia em 2002, tendo como autores Nelson A. Neumann; Cesar G. Victora; Neiva J. Valle; Juraci A. Cesar; Bernardo L. Horta; Silvia M. Lima; Fernando C. Barros com auxílio Financeiro do UNICEF.

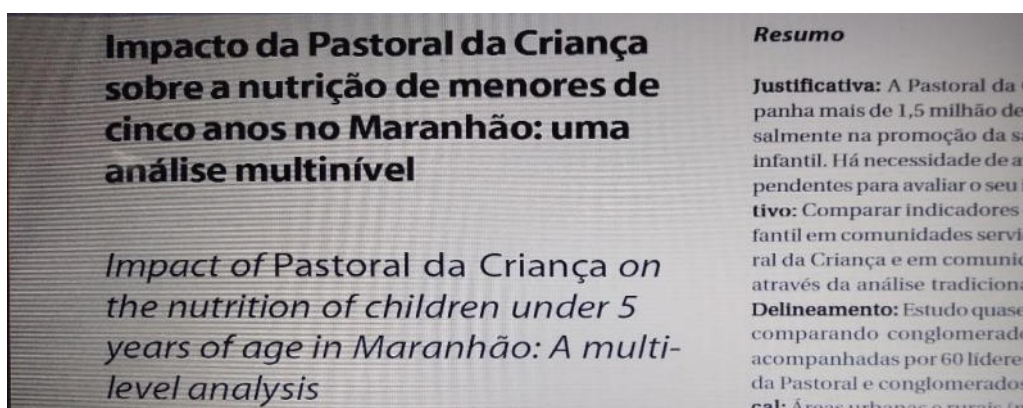


Figura 5 – Artigo: Impacto da Pastoral da Criança sobre a nutrição de menores de cinco anos no Maranhão: uma análise multinível. São Luís, 2019.

Como resultado deste estudo, evidenciou-se que a Pastoral da Criança esteve associada quando presente em diversos bairros contemplados pela experiência estudada melhoria do aleitamento materno exclusivo ou predominante, levando em conta que as Líderes da Pastoral da Criança apresentavam um bom conhecimento das ações básicas de saúde durante toda a década de 1980.

As mães do grupo Pastoral, apresentavam melhor conhecimento quanto ao manejo da diarreia, interpretação dos gráficos de crescimento e imunização. O grupo Pastoral também se destacava por receber o pré-natal com maior frequência e realizar maior número de consultas, suas crianças nasciam com melhor peso, havia melhor manejo dos episódios de diarreia, maior frequência de pesagem e maior cobertura vacinal

Uma dissertação de **Mestrado intitulada SAÚDE DA NOSSA GENTE: divulgação científica e educação não formal nas ondas da Radio Educadora Rural do Maranhão**, da autoria de Ana Lourdes Alves de Araújo apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal do Maranhão apresentada em 2010 e que teve como orientador o professor Doutor Antonio José Silva de Oliveira.

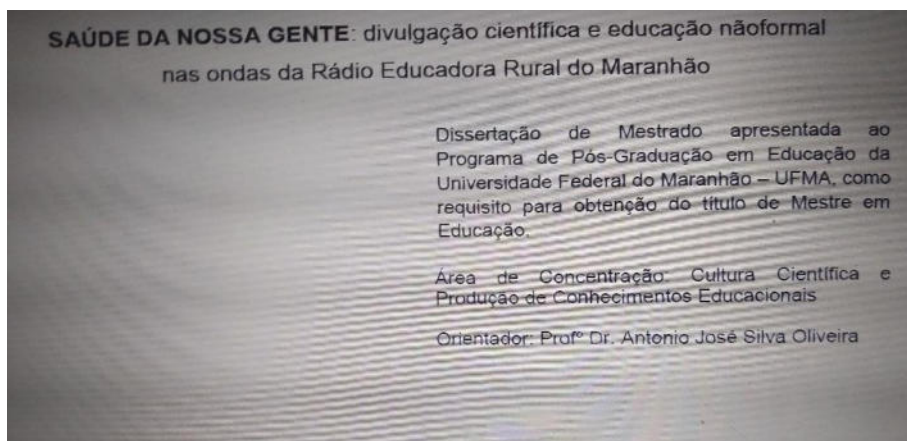


Figura 6 – Dissertação de Mestrado intitulada SAÚDE DA NOSSA GENTE: divulgação científica e educação não formal nas ondas da Radio Educadora Rural do Maranhão. São Luís, 2019.

Nesta dissertação, abordou-se o Programa de Rádio Alimentação é vida e a Saúde da nossa gente veiculados na Rádio Educadora Rural do Maranhão de 1980 a 1990, que foi produzido como parte das ações disponibilizadas pelo UNICEF na década de 1980 para atender às comunidades carentes do Maranhão, visando diminuir a mortalidade infantil no estado.

O programa abordava temas da saúde, como higiene pessoal, aleitamento materno, cuidados com as crianças em caso de diarreia, e orientações sobre a alimentação saudável. Alguns profissionais que atuavam na experiência de trabalho com os ACSs no Maranhão participavam do programa repassando suas informações e orientações, assim como os ACSs.

Através de narrativas com as pessoas que formavam a equipe técnica desse programa a dissertação teve como um dos seus objetivos contar a história desse programa que foi construído sob o veio teórico da educação popular de Paulo Freire constituindo um importante instrumento de educação não formal para pessoas da periferia e da comunidade rural do Maranhão,

Considerações Finais

A partir dos resultados alcançados mediante a realização da pesquisa, foi possível pontuar algumas considerações a respeito do assunto abordado.

Na década 1980, o Maranhão viveu uma experiência de trabalho com Agentes Comunitários de Saúde que teve a participação de instituições governamentais, não governamentais, locais, nacional e internacional que usavam pessoas da comunidade de forma voluntária, para desenvolver ações para o binômio mãe e filho, tendo em vista os altos índices de mortalidade infantil do Estado à época.

Esse trabalho contou com a participação de 10 instituições, que estavam diretamente envolvidas nas ações, desde a cooperação técnica e financeira até o planejamento e a execução destas, diretamente na comunidade. O foco das ações era a promoção à saúde inicialmente para as famílias com gestantes e crianças, nos bairros considerados de extrema pobreza do Estado, tornando pioneira na implantação de conceitos e ideologias postas na prática mediante um cenário de lutas políticas e sociais à época da ditadura brasileira.

A Pastoral da Criança, UNICEF, UFMA e as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde foram as instituições que tiveram maior envolvimento com a experiência. Vindo com uma proposta de vanguarda em termos de saúde pública, a experiência tornou-se condizente aos anseios de uma população que até então vivia a mercê de um sistema de saúde falido e excludente como na maioria do País.

As ações produziram impactos positivos no que se refere a diminuição da mortalidade infantil e desnutrição no Estado, como foi evidenciado em vários estudos e publicações que abordaram este trabalho à época, e certamente elevou o grau de politização do setor saúde.

Tal politização revela-se no acúmulo de experiências dos serviços locais de saúde, na formação de movimentos sindicais no setor, como as associações, incluindo reivindicações como a melhoria dos serviços, a necessidade de participação nos destinos da organização do Sistema Nacional de Saúde, além de procurar estabelecer a vinculação entre a política de saúde e a sociedade.

Em meio a um cenário político turbulento, esta experiência conseguiu estabelecer bases, mesmo que iniciais, precursoras do que hoje é preconizado pelo SUS, materializadas em proposições como Universalidade, Descentralização, e inovações no campo da saúde, tais como as visitas domiciliares, as ações de prevenção e promoção à saúde implantadas no período em que ocorreram os fatos para o nosso Estado.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, Verena. **História oral: a experiência da CPDOC**. Rio de Janeiro. Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1990.
- ÁVILA, Maria Marlene Marques. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, Jan. 2011.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa. Edições 75.2002.
- BOSI, Ecléa – Memória e sociedade:lembranças de velhos. São Paulo: T.A. Queiroz, 1979.
- CNBB. **Pastoral da Criança**. Disponível em <http://www.pastoraldacriança.org.br> acessado em 11 junho 2016.
- COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL. **Revista da Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS)**, Nov/dez 2008-jan 2009, p.10-11.
- DAL POZ, M. R. O agente comunitário de saúde: algumas reflexões Interface: **Comunic, Saúde, Educ**, v. 6, n. 10, p. 75-94, 2002.
- DONNANGELO, M. C. F.& PEREIRA, L. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades,1976.
- SCOREL, S. **Reviravolta na Saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. 1987. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1987.
- SCOREL S, GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM, SENNA MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**, v.21, n.2, p.164-176, 2007.
- SCOREL S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA L et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008. p. 385-434.
- GARRIDO, Joan delAlcazari. As fontes orais na pesquisa histórica: uma contribuição ao debate. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 13, n. 25/26, set/93 p. 33-46.
- HALBWACHS, Maurice. A memória coletiva. **Revista dos Tribunais**. São Paulo: Vértice/Ed. Revista dos Tribunais, 1990.
- JOUTARD, Philippe. História oral: balanço da metodologia e da produção nos últimos 25anos. In: FERREIRA, M. M.; AMADO, J. (Org.). **Usos e abusos da história oral**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

- LANG, Alice Beatriz da Silva Gordo. História Oral: muitas dúvidas poucas certezas e uma proposta. In: MEIHY, José Carlos Sebe (Org.). (Re). **Introduzindo história oral no Brasil**. São Paulo, 1996.
- LAVOR ACH, LAVOR MC, LAVOR IC. Agente comunitário de saúde: um novo profissional para novas necessidades de saúde. **Revista Sanare**. v. IV, n.1, 2003.
- MEIHY, J.C.S.B., & HOLANDA, F. **História oral**: como fazer, como pensar. São Paulo: Contexto, 2007.
- MEIHY, José Carlos Sebe Bom. **Manual de História Oral**. 2a.ed. Loyola: São Paulo. 2002.
- MENDES Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e saúde: A declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Rev. Latino-am Enfermagem**. maio-junho 2004, v.12, n.3, p.447-8. Endereço: www.eerp.usp.br/rlaenf.
- MATTOS, R. A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de ideias. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.6. n.2, p.377-389, 2001.
- MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública, 2002.
- MENDES, E. V. O SUS e a atenção primária à saúde. **Revista de APS**, Minas Gerais, v.8, n. 2, p. 218-219, jul. 2005
- MONIZ, André Luís Ferreira. Trabalho voluntário em saúde: auto-percepção, estresse e Burnout. **Interação em Psicologia**, v.10, n.2, p. 235-243, 2006.
- NASCIMENTO, Liliam das Graças. **A concepção dos agentes comunitários de saúde de Ressaquinha sobre o próprio trabalho**. 2011. 71f. Dissertação do Mestrado. Universidade Federal de São João Del Rei, Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
- NEUMANN, Z. A. Pastoral da Criança: uma experiência consagrada. In: CARNEIRO, J. M. B. **Cadernos Adenauer Nove: Fé, Vida e Participação**. São Paulo, Fundação Konrad Adenauer, 2000.
- NEUMANN, N. A. **APastoral da Criança em Criciúma-SC**: estudo populacional sobre sua cobertura e desempenho em ações básicas para a sobrevivência infantil. Universidade Federal de Pelotas, dissertação de mestrado em Epidemiologia, 1997.
- NOGUEIRA RP, SILVA FB E RAMOS ZVAO. A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis – O Agente Comunitário de Saúde. **Cadernos do IPEA**. Texto para Discussão nº 735. Rio de Janeiro: IPEA; 2000.
- NOGUEIRA, R. P. Perspectivas da qualidade em saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994. 176 p. NOGUEIRA, R. P. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre dimensão técnica

“universalista” e a dimensão social “comunitarista”. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 91-93, fev. 2002.

NUNES MO, TRAD LB, ALMEIDA BA, HOMEM CR E MELO, MCIC. O Agente Comunitário de Saúde: Construção da Identidade desse Personagem Híbrido e Polifônico. **Cad. Saúde Pub.** Nov/Dez; v. 18, n.6, p.1639-164. 2002

OMS/OPAS. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**. Documento de posicionamento da OPAS/OMS. Genebra, 2005.

OMS/UNICEF. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados em Saúde Alma-Ata**, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasil, 1979.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington D.C: OPAS; 2007.

PERES, Cássia Regina Fernandes Biffet al. O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, Aug. 2011.

PIRES, D. **O saber e as práticas de saúde no Brasil e sua apropriação pela Medicina e pela Enfermagem Institucionalizadas**. 1988 259 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1988.

ROSEN, George. Uma história da Saúde Pública. São Paulo: Ed. Unesp, 1994.

SELAU, Mauricio da Silva. História Oral: uma metodologia para o trabalho com fontes orais. In: Esboços – **Revista de Pós-Graduação em História da UFSC**: Dossiê Cidade e Memória. Santa Catarina: v. 11, n. 11, p. 217-228, 2004.

SILVA JÁ, DALMASO ASW. **Agente Comunitário de Saúde**: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

STUCKY, R. M. M. **Educação em saúde**: um olhar sobre a prática da Pastoral da Criança. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, dissertação de mestrado em Educação nas Ciências, 1999.

THOMPSON, M. **A voz do passado**. História oral. Rio de Janeiro, 1992.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução as Pesquisas em ciências sociais, a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UNICEF. **Aleitamento materno e o Estado do Maranhão**. Brasil, 1980.

UNICEF. **Aleitamento materno e o Estado do Maranhão**. Brasil, 1982.

UNICEF. **Dados Estatísticos sobre a Mortalidade Infantil no Nordeste Brasileiro**. Brasil, 1989.

7.2 Artigo 2

Com a fala os Agentes Comunitários de Saúde: uma sementinha que cresceu, se transformou e transformou uma realidade.

Foi encaminhada a Revista Ciência e Saúde Coletiva. Qualis Fator de impacto:

Com a fala os Agentes Comunitários de Saúde: uma sementinha que cresceu, se transformou e transformou uma realidade.

Jerusa Emília Roxo de Abreu (Aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Maranhão, Rua Barão de Itapary, Centro, N. 155, CEP: 65020-070, São Luís-MA, email: jerusaabreu17@gmail.com)

Liberata Campos Coimbra (Professora Dra. do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão, Rua Barão de Itapary, Centro, N. 155, CEP: 65020-070, São Luís-MA, email: liberatacoimbra@gmail.com)

Isabel Ibarra Cabrera (Professora Dra. da Universidade Federal do Maranhão, Rua Barão de Itapary, Centro, N. 155, CEP: 65020-070, São Luis-MA, email: isabelibarra555@hotmail.com)

Maria José Medeiros (Médica da Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão, Diretora Administrativa do Hospital Nina Rodrigues, Avenida Getúlio Vargas, 2508, bairro Monte Castelo, São Luís-MA, CEP: 65037-010, email: mariajosemedeiros@hotmail.com)

Resumo

Este artigo tem como objetivo compreender a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre suas experiências de trabalho ao longo da década de 1980 no Maranhão. Trata-se de uma pesquisa histórica, com abordagem qualitativa, utilizando a história oral, com 49 (quarenta e nove) agentes comunitários de Saúde. Para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista e análise documental analisadas, a partir da técnica de Análise de Conteúdo. Na percepção dos ACSs envolvidos com a experiência, o trabalho executado à época consistia em ações de educação em saúde para a díade mãe e filho que era executado de forma voluntária, tendo iniciado pequeno, como uma “sementinha”, em apenas em 2(dois) bairros e depois foi se expandindo para outros bairros e municípios do Estado, transformando várias realidades e proporcionando crescimento pessoal e profissional para suas vidas. Houve uma redução do número de óbitos por diarreias, desnutrição e desidratação nos bairros alvo do trabalho desenvolvidos pelos ACSs à época sinalizando um novo caminho a seguir.

Palavras Chave: Agentes Comunitários de Saúde, Experiência, Saúde Pública, Maranhão

Abstract

This article aims to understand the perception of Community Health Agents about their work experiences throughout the 1980s in Maranhão. This is a historical research, with qualitative approach, using oral history, with 49 (forty-nine) community health agents involved with the experience. For data collection, we used the interview and document analysis organized, using the technique of Content Analysis. The work performed by the Community Health Agents at the time consisted of health education actions for the mother and child binomial that was performed voluntarily, having started small, as a "seed", in only two (2) neighborhoods and later It was expanding to other neighborhoods and other municipalities of the state, transforming various realities and providing personal and professional growth for their lives. Child health indicators decreased, as did the drop in mortality. Deaths from diarrhea, malnutrition and dehydration decreased, signaling a new way forward.

Keywords: Community Health Agents, Experience, Public Health, Maranhão.

Introdução

O Agente Comunitário de Saúde é o trabalhador de saúde que integra a equipe de saúde, prestando cuidados primários às famílias da sua comunidade, e auxiliando as pessoas a cuidarem da própria saúde por meio de ações individuais e coletivas¹.

O Brasil, desde o início do século XX, experimentou em serviços e programas nacionais ou locais a incorporação de auxiliares da própria comunidade nas atividades de assistência a indivíduos, grupos humanos e famílias².

No entanto, Nascimento (2011)³ refere que a formação histórica dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é um processo que transcende os limites da experiência brasileira. Este autor relata a participação de auxiliares da própria comunidade nas atividades de assistência a grupos humanos e famílias, antes mesmo da realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em diversas partes do mundo.

Segundo o Ministério da Saúde, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) surgiu a partir de experiências discutidas na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada no período de 6 a 12 de setembro de 1978, em Alma-Ata, capital da República Socialista Soviética do Cazaquistão, promovida pela Organização Mundial de Saúde e Fundo das Nações Unidas para Infância, onde foi divulgado o conceito de Atenção Primária em Saúde (APS) como parte de um sistema nacional de saúde, envolvendo médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde⁴.

O período compreendido entre 1920 a 1990 apresenta uma sequência de políticas, projetos e normalizações, implementadas ao ritmo de crises no campo da saúde ou no plano geral da sociedade brasileira, que criaram as condições para a emergência e a consolidação desse trabalhador, sempre articulada a propostas de organização da assistência à saúde de maneira focalizada em setores ou grupos específicos da sociedade Brasileira⁵.

A proposta de trabalho para o agente comunitário de saúde à época incluía escuta, acolhimento, execução de curativos, vacinas, auxílio no diagnóstico e tratamentos de doenças mais encontradas, atendimento à criança e à gestante, encaminhamentos, primeiros-socorros, adoção de uma visão global do indivíduo e seu papel na comunidade, condições gerais de vida da população e a organização da comunidade para lutar pela saúde.

O processo de trabalho em saúde é inteiramente dependente da relação entre sujeitos. Sendo assim, um trabalhador isolado é incapaz de executar as ações em saúde, cuja produção realiza-se no espaço partilhado com o usuário. Dessa forma, para Nogueira (1994)⁶,

é a partir deste encontro que haverá a possibilidade de construções que possam ter impactos positivos nos problemas de saúde, no sentido de que tais construções pressupõem a inter-relação dos envolvidos, pois, no momento que se encontram, ambos devem atuar para possibilitar respostas positivas diante dos problemas de saúde. Torna-se imprescindível, portanto, o vínculo, o envolvimento e coparticipação entre esses sujeitos.

Na década de 1980, o Maranhão, apresentava um quadro de crise econômica, social e de saúde, sendo refletido nas altas taxas de mortalidade materna e infantil, principalmente por diarreias, baixos índices de aleitamento materno, desnutrição infantil, baixo índice de gestantes realizando acompanhamento no pré-natal, como também alto índice de pessoas atingidas por Tuberculose, Tracoma e Doença de Chagas⁷.

Neste contexto de precariedade, o Maranhão também viveu uma experiência de trabalho envolvendo agentes comunitários de saúde vinculados a várias instituições governamentais e não governamentais, utilizando pessoas da própria comunidade de forma voluntária visando estender as ações sanitárias a áreas marginalizadas, nos bolsões de pobreza, direcionadas inicialmente a mãe e filho.

Dessa forma, o desenvolvimento deste artigo, cujo objetivo é compreender a percepção dos agentes comunitários de saúde sobre suas experiências ao longo da década de 1980 no Maranhão, justifica-se tanto pelo ineditismo, como pelo fato de resgatar uma história ainda não registrada e de suma importância para a história e memória da saúde pública do estado.

Percurso metodológico

Trata-se de uma pesquisa sócio-histórica, com abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, utilizando a história oral do tipo temática.

Segundo Meihy (2002)⁸, o uso da história oral permite estudar acontecimentos históricos, instituições, grupos sociais e movimentos. Permitindo ampliar o conhecimento sobre acontecimentos do passado através do estudo aprofundado de experiências e versões particulares para a compreensão de suas ações, o uso da história oral possibilita aos sujeitos da pesquisa trazer à tona suas experiências com relação a um fenômeno social, e privilegia a recuperação do vivido conforme a aceitação de quem viveu essa experiência.

O local do estudo foi o Maranhão, com a identificação de municípios que tiveram a experiência do trabalho com os Agentes Comunitários de Saúde na década de 1980.

Foram sujeitos da pesquisa os agentes comunitários de saúde envolvidos na experiência de trabalho do Maranhão na década de 1980, anterior ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Maranhão institucionalizado pelo Ministério da Saúde.

Inicialmente, foram identificadas informantes-chaves da pesquisa que participaram da experiência de trabalho do Maranhão a época de 1980, e, após, foram realizadas visitas à sede do UNICEF e Pastoral da Criança de São Luís, com o objetivo de apresentar a pesquisa e identificar contatos via telefone, e-mail e WhatsApp e, depois, formalizar o convite para a participação no estudo.

Após a identificação de algumas pessoas como fontes orais desta pesquisa, ligadas às instituições envolvidas, foram indicados, por elas, os principais bairros que os agentes comunitários de saúde desenvolviam suas atividades, bem como alguns nomes de ACS que pudessem ajudar a construir, interpretar ou complementar as narrativas. Desta forma, foram surgindo os primeiros nomes por indicações e, após a ida aos bairros, foram surgindo outros nomes, selecionando os que puderam oferecer, à época, depoimentos mais confiáveis e significativos, adotando também este caminho para encontrar os agentes para a realização das entrevistas, sem maiores preocupações com a quantidade e a representatividade, mas considerando a importância e a contribuição que cada uma poderia dar ao nosso objeto de estudo.

Para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista, utilizando um roteiro semiestruturado, como também a análise de documentos e o caderno de campo. A entrevista faz parte do núcleo da história oral, apesar de todos os esforços voltados para a teoria, é no trabalho de campo que as possibilidades se desenvolvem.

Os participantes foram convidados a contar sobre seus motivos de participação na experiência vivida no trabalho com os agentes comunitários de saúde no Maranhão na década de 1980, suas ações, o bairro ao qual desenvolviam suas ações, a instituição que estavam atrelados; todo o processo de trabalho, com informações relacionadas ao grupo-alvo que era disponibilizados suas ações, como eram escolhidos os agentes, como se dividiam entre si nos bairros, de que forma ocorriam os registros das atividades, quando ocorriam a entrega da produção, qual a contribuição desta experiência para suas vidas e, finalmente, a importância dessas ações para o seu bairro e para o estado do Maranhão.

Foram entrevistadas 49 (quarenta e nove) Agentes Comunitários de Saúde envolvidas com a experiência estudada, tendo como critério de participação terem desenvolvido as funções de Agente comunitário de Saúde à época, tendo a preocupação de entrevistar agentes de todos os bairros envolvidos na experiência.

Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, após agendadas no primeiro contato, com início em janeiro de 2017 até dezembro de 2017, conforme registros em Diário de Campo. Cada entrevista durou em torno de 25 a 45 minutos, totalizando 16 horas e 22 minutos de entrevistas, com um acervo de 588 páginas.

O horário e o local das entrevistas foram indicados pelos participantes, onde buscou-se criar a possibilidade de maior interação entre o pesquisador e o colaborador. Algumas foram realizadas no espaço de trabalho, outras na própria casa das entrevistadas.

Todas as entrevistas foram gravadas e, conforme consentimento dos participantes, alguns foram fotografados. As entrevistas foram transcritas e logo após passaram pelo processo de textualização, transcrição e pelo processo de validação com a conferência do material pelos entrevistados e autorização para seu uso e publicação por meio da carta de cessão de direitos autorais.

Segundo Meihy (2002, p.173)⁹, a conferência ou validação "é o momento em que, depois de trabalhado o texto, quando se supõe que este está em sua versão final, o autor entrega a versão para ser autorizada".

Para (re)construir a história dos ACS no Maranhão, os dados coletados durante a entrevista e análise documental foram organizados a partir da técnica de Análise de Conteúdo do tipo temática.

O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por meio do parecer número 1.649.646. Todos os entrevistados foram esclarecidos sobre os passos da pesquisa e sobre a importância do anonimato e a possibilidade de se retirarem da pesquisa em qualquer etapa da realização desta, sem nenhum dano ou punição. Entretanto, todos concordaram em divulgar seus nomes na pesquisa. Os dados foram coletados somente após a leitura, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e da Carta de Cessão de Direitos Autorais.

Resultados e Discussão

Analisando as características dos Agentes Comunitários entrevistados, observou-se que a maioria eram do sexo feminino (93,6%), na faixa etária maior que 60 anos (89,8%), com nível médio completo(69,3%), com curso técnico de formação na área de enfermagem(69,3%) tendo mais de 20 anos de serviço(75,5%) atuando ainda ativamente como ACS (87,8%) muitos em processo de aposentadoria (Tabela 1).

O fato de serem do sexo feminino pode estar relacionado ao papel de cuidadora que a mulher historicamente assumiu perante a sociedade. Para Guedes e Daros (2009)¹⁰, as atividades que derivam do ato de cuidar tendem a ser atribuídas as mulheres e naturalizadas de forma a aparecerem como exclusivas e constitutivas da condição feminina.

A autora supracitada afirma¹⁰ que a participação feminina, há anos, sempre esteve relacionada ao cuidado, seja com o doente, com a criança ou com a família, embora mulher e mãe sejam posições de sujeito distintos, socialmente construídas, que não se sobrepõem e nem se configuram como extensão necessária uma da outra.

Cuidar dos familiares, dos companheiros, em concomitância muitas vezes com as atividades sócio-ocupacionais para cumprir normas historicamente criadas e interpretadas como inerentes à natureza feminina, tornam-se aspectos de uma realidade, que tendem a desprender-se de seus sujeitos e apresentar-se como eterna¹¹.

Tabela 1 – Características dos agentes comunitários de saúde na década de 1980 no Estado do Maranhão. São Luís, 2019.

CARACTERÍSTICAS	n	%
Sexo		
Masculino	03	6,4
Feminino	46	93,6
Faixa etária atual		
Até 60 anos	05	10,2
Mais de 60 anos	44	89,8
Escolaridade		
Nível médio	34	69,3
Graduação	15	30,7
Tempo de serviço		
15 a 19 anos	12	24,5
>20 anos	37	75,5
Situação de empregabilidade		
Aposentado	06	12,2
Ativos como ACS	43	87,8
TOTAL	49	100,0

Segundo Ferraz e Aerts (2005)¹², os agentes de maior idade podem conhecer melhor a comunidade, possuir mais vínculos, respeitos e laços de amizade. Eles trazem, ainda, as suas concepções sobre o processo saúde - doença, oriundos de suas experiências pessoais

ou de pessoas do seu convívio, podendo, assim, colaborar em grande parte com a promoção da saúde em sua comunidade.

O bairro com maior número de ACS entrevistada foi o da Vila Passos, local de trabalho da pesquisadora, conhecido como bairro do Japonês, seguido da Vila Palmeira, João Paulo e Bairro de Fatima. Em relação a qual instituição os agentes comunitários pertenciam à época, destacou-se a relação institucional Pastoral com migração para a UNICEF (Tabela 2).

Tabela 2 – Características do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na década de 1980 no Estado do Maranhão, de acordo com o local de trabalho e a relação institucional. São Luís, 2019.

CARACTERÍSTICAS	N	%
Bairros		
Vila Embratel	02	4,0
Anjo da Guarda	02	4,0
Vila Palmeira	06	12,2
João Paulo	05	10,2
Vila Passos (Japonês)	10	20,4
Bairro de Fátima	05	10,2
Coroadinho	03	6,1
São Francisco	02	4,0
Liberdade	02	4,0
Vila Isabel	04	8,1
Areinha	02	4,0
Alemanha	03	6,1
Quebra Pote	01	3,0
Vila Itamar	02	4,0
Relação institucional		
Pastoral da Criança	13	26,5
UNICEF	08	16,4
Projeto de extensão UFMA/UNICEF	03	6,1
Pastoral/UNICEF	25	51,0
TOTAL	49	100,0

A “gente” ou Agentes Comunitários de Saúde: quem eram?

Os Agentes Comunitários de Saúde eram pessoas da própria comunidade, na grande maioria mulheres, mães, que exerciam algum papel de liderança na sua comunidade,

participando de clubes de mães, associações, grupos de apoio comunitários e estavam atreladas, principalmente, às pastorais das igrejas dos seus bairros, desenvolvendo algum tipo de trabalho dentro das igrejas.

Eu era presidente da associação aqui do Bairro do Japonês, que hoje é chamado de Vila Passos, então fui convidada pela Irmã Mônica e pela Maria José Medeiros da UNICEF a participar desse trabalho e melhorar a situação das crianças, que na época morriam muito por causa da diarreia e desnutrição. No meu bairro *era* muita pobreza, elas então me convenceram a participar como liderança e chamar mais mães também (ACS-F.C).

Eu estava um certo dia na porta da minha casa, tinha tido meu primeiro filho estava amamentando *ele*, ele era bem gordinho, aí passou por mim a irmã Mônica que era da Paróquia do Bairro de Fátima e viu aquela cena, disse que meu filho era bem gordinho, e me convidou para trabalhar como agente voluntário naquela época (ACS- M.R).

Eu trabalhava lá na Igreja fazendo alguns serviços, era lavadeira, lavava para as irmãs, então estava começando esse trabalho no Bairro de Fátima e como eu fazia às vezes trabalho na Igreja eu fui convidada pelo Frei (ACS-M.L).

Eu fazia parte do Clube de mães aqui do bairro do São Francisco, fui levada por uma amiga para a LBA para conhecer esse trabalho, pois eles queriam gente para trabalhar, então, como sempre gostei de ajudar, eu aceitei logo, e estou até hoje (ACS-M.S).

No final da década 1970 e durante toda década de 1980, observou-se em diversos países do mundo, o fortalecimento e o amadurecimento dos movimentos sociais, que passaram a exigir outras formas de prestação de serviços, principalmente para a grande maioria da população que estava totalmente desassistida de cuidados básicos de saúde, incorporando então a figura do Agente Comunitário de Saúde nos seus discursos para o enfrentamento dos problemas de saúde da época¹³.

Apartir da década de 1980, explodem no Brasil diversas experiências que estiveram fortemente vinculadas, através da assessoria técnica e financeira, a Organizações não Governamentais e instituições acadêmicas, com profissionais atuando em Saúde Pública e comunitária⁵.

O Agente Comunitário de Saúde é uma das diversas categorias de trabalhadores de saúde que surgiu no contexto de reformas e de novas normas de relações de trabalho, protagonistas do final da década de 1970. A atuação desse trabalhador junto às populações mais desfavorecidas conferiu-lhe respeito e legitimação pela população².

Doimo (1995)¹⁴ salienta que outro fator político coletivo importante no processo de construção da identidade do ACS foi a Igreja Católica, destacando-se o papel das Pastorais no campo da saúde, que, a princípio, realizavam ações de cunho assistencial, baseadas em métodos naturalistas, com a utilização de plantas medicinais e remédios naturais/caseiros.

De acordo com o mesmo autor supracitado, o trabalho da Igreja foi se transformando quando, articulado com o movimento popular de saúde, profissionais de saúde, ativistas de esquerda, entre outros, passaram a orientar-se tanto com as práticas assistências aos menos favorecidos, como pelo discurso dos direitos à cidadania para esta população.

Os Agentes Comunitários de Saúde ligados a diversas experiências de trabalho desenvolvidas no Brasil, a saber: a Experiência de Planaltina, o Projeto de Manguinhos, e o Projeto de Montes Claro iniciaram suas ações vinculados às diversas instituições governamentais e não governamentais, sendo oriundos, também, da comunidade, eram atrelados as associações, clube de mães e pastorais e estavam interessados em contribuir com ações de Saúde Pública para os mais desfavorecidos, que estavam à margem do sistema¹⁵.

Motivações em ser Agente Comunitário de Saúde e critérios de escolha

As motivações relatadas pelos agentes comunitários de saúde basearam-se na falta de oportunidade, como uma possibilidade de emprego, mesmo não tendo conhecimento das atividades que desenvolveriam.

Aliada à necessidade de trabalho, alguns ACS identificaram sua vocação nas atividades propostas, tendo facilidade de trabalhar com famílias/pessoas, o sonho de trabalhar na área da saúde, o lado humano de ouvir e ajudar o outro, e o gosto pelo trabalho social.

A fala abaixo demonstra as motivações:

Na época eu não tinha nada para fazer, era só dona de casa mesmo, o marido estava desempregado na época, eu fui no interesse de ter um emprego, mesmo sabendo que era voluntário, achava que depois podia receber uns troquinhos, adquirir conhecimento e quem sabe até ter uma profissão, muitas largaram, não tiveram essa visão que eu tive (ACS-A.M).

Eu estava passando por um problema muito sério de saúde, estava com depressão, começando a tomar remédio, aí a Ana minha vizinha falou do trabalho, ela já participava deste trabalho no bairro, então ela disse que seria uma boa para ocupar minha mente, eu fui com esse objetivo, fui com muita força, queria ficar livre dessa doença e dos remédios, queria ocupar minha mente, então eu mergulhei no trabalho e deu certo. Foi muito bom, acho que ele me salvou da depressão (ACS-M.B).

Os Agentes eram escolhidos após a ida dos profissionais das instituições aos bairros selecionados, dirigindo-se na maioria das vezes aos clubes de mães, associações, e grupos de apoio, com o objetivo de apresentar a proposta de trabalho, para que ocorresse a sensibilização por parte destes à proposta, e, assim, a escolha acontecesse de forma espontânea, tendo como critério exercer papel de liderança e gostar de ajudar aos outros.

A fala abaixo descreve o processo de escolha das agentes:

Eu era do grupo de apoio comunitário do Coroadinho, já participava de ações neste grupo na minha comunidade com crianças, eu sempre gostei de trabalhar na comunidade e era do grupo de mães, ajudava nas reuniões, nas oficinas e nas ações, foi quando eu fui perguntada em uma reunião que teve no grupo comunitário se não queria trabalhar com crianças e gestantes, falaram como era o trabalho e então eu achei a proposta boa e quis ajudar, não foi só eu, teve a Rosa, que já faleceu, e a Sebastiana, que foi embora do bairro e de São Luís (ACS-E.M).

Lacerda e Valla (2003)¹⁶ aponta que o fato de conhecer a comunidade e fazer parte dela proporciona ganhos no trabalho com as famílias. O saber e/ou viver o que acontece no dia a dia possibilita um olhar e uma escuta ampliada dos problemas, que favorecem o colocar-se no lugar do outro (comunidade), ou melhor, ser a extensão do outro¹⁶.

Ações desenvolvidas

As principais ações realizadas pelos agentes comunitários de saúde eram baseadas nas cinco ações preconizadas pela Conferência de Alma-Ata para o binômio mãe-filho que consistia na época em: incentivo ao aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunização, uso da Terapia de Reidratação Oral - TRO nas diarreias, e a assistência ao pré-natal e, posteriormente, foi incluído controle da Infecções Respiratórias Agudas – IRAS, além do estímulo à alimentação saudável. O trabalho consistia em treinar os Agentes Comunitários escolhidos na comunidade pelos profissionais dessas instituições em ações de educação em saúde, baseado nessas cinco ações, capacitando-os para que pudessem atender a comunidade nas ações de educação em saúde.

Então os Agentes Comunitários de Saúde realizavam visitas às famílias, assim como a pesagem das crianças, preenchiam a curva de crescimento e desenvolvimento (CD) da época, orientavam o uso da TRO em casos de diarreias nas crianças, estimulavam o aleitamento materno, encaminhavam as gestantes a um serviço de saúde para realizar o pré-natal, orientavam quanto às noções de higiene, e ensinavam a comunidade na confecção de hortas domiciliares.

Eram realizadas capacitações com ele, os treinamentos e os principais temas eram: aleitamento materno, incentivo ao pré-natal, imunização, diarreias e uso da terapia de reidratação oral, e a importância do crescimento e desenvolvimento dessas crianças. Isso era que nós profissionais focamos inicialmente. Então, eles foram nossos reprodutores na comunidade mesmo, e trabalhavam com muito empenho, sem receber inicialmente nada por isso. É importante frisar que elas (as agentes comunitárias de saúde) tinham filhos desnutridos, mas depois que participaram dessas atividades, percebemos que os outros filhos já eram melhores cuidados. Elas eram orientadas e realizavam visitas nas famílias, pesavam todas as crianças, encaminhavam as gestantes para o pré-natal, orientavam quanto ao uso de hortas nas casas, ensinavam noções de higiene, como também orientavam as mães quanto ao

uso da TRO, elas andavam com a colherzinha do soro e distribuíam nas famílias (S.T, -Nutricionista, UNICEF).



Fotografia 2 – Imagens de Agentes Comunitários de Saúde realizando pesagem à época, 1985. São Luís-MA, 2019.

No Brasil, na década de 1980, as doenças diarreicas foram responsáveis por 27% de todas as mortes em crianças menores de 1 ano de idade. A desnutrição nesta década surge como um grave problema, que se inicia desde a gestação, no período do pré-natal, o que resulta em alta prevalência de baixo peso ao nascer e continua aumentando nos sobreviventes, fundamentalmente durante o período de desmame⁴.

Segundo relatório realizado pelo UNICEF no Brasil (1985)¹⁷, no país existiam grandes desigualdades regionais. Em 1980, a taxa de mortalidade infantil no Nordeste era de 132 por 1000 habitantes, similar aos dos países mais pobres do mundo. Estima-se que em 1984, aproximadamente 153.000 mil crianças menores de 1 ano morreram no Nordeste, sendo que o Nordeste forneceu metade dos mortos no País, um quinto do número das crianças mortas na América Latina. O Maranhão entra neste cenário com uma taxa de mortalidade infantil extremamente alta, obtendo destaque entre os estados do Nordeste.

Durante a Conferência de Alma-Ata em 1979, realizada na URSS foi reconhecido que os cuidados primários seriam uma estratégia importante para vencer sérios problemas que atingiam grande parte da população que vivia em condições de extrema pobreza.

Assim, Mendes (2004)⁵, afirmaque após esta Conferência, viu-se a necessidade de ampliação da visão do cuidado à saúde, saindo da visão hierárquica do conhecimento especializado da saúde (do médico principalmente, e de todos os outros profissionais da equipe de saúde) e incentivando o envolvimento da população (como paciente, individualizado, e como população). Supera o campo da atenção convencional dos serviços de saúde, valorizando os cuidados básicos, de forma simplificada, como um dos componentes centrais na resolução de desenvolvimento humano.

A Educação em Saúde é considerada uma ampliação do conceito de saúde, vai além da compreensão de ausência de doença, de forma que indivíduos e grupos possam alcançar um nível desejável de saúde não por meio das formas tradicionais de se educar para a saúde. Constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde⁶.

Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, modifica a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença possibilita subsídios para adoção de novos hábitos e condutas de saúde.

O trabalho dos agentes e o seu engajamento intelectual foi delineado na proposta de educação popular defendida por Paulo Freire, em que a participação social, a valorização do conhecimento popular e as diversas alternativas pedagógicas é que promovem a emancipação dos sujeitos. O papel do educador ou mediador é o de dar força e jeito para que esses grupos populares transformem, de fato, o dia de amanhã¹².

Nesse enfoque, Ávila (2011)¹⁸ pontua que, à medida que o grupo se torna mais solidário, mais coeso e reflexivo, passa a compreender mais as suas necessidades e dimensionar suas potencialidades e limites.

Operacionalização do trabalho

O trabalho era operacionalizado inicialmente, mediante treinamentos por partes de profissionais ligados às instituições para os agentes comunitários sobre as ações que envolviam, principalmente, o binômio mãe e filho, para a abordagem junto às famílias com gestantes, crianças e puérperas.

A gente era treinada primeiro antes de entrar nas casas, era ensinado para nós como fazer o soro caseiro, a pesagem das crianças, a alimentação apropriada para as crianças e gestante, e o cuidado que as mães tinha que ter com seus filhos, tipo a amamentação (ACS-M.G).

Eu recebia os treinamentos da Assistente Social Marlene da UNICEF, da Enfermeira e da Irmã Monica que orientavam a gente a conversar com as mães para elas amamentarem seus filhos, ir consultar as crianças, vacinar, e para acompanhar as gestantes também dizendo da importância delas fazerem o pré-natal e se alimentarem bem para não ficarem desnutridas (ACS-B.S).

Cada Agente Comunitário de Saúde era responsável por acompanhar de 20 a 80 famílias, que deveriam estar próximas de sua residência, no seu bairro de preferência. Era necessário registrar suas ações em impressos específicos da época ou em cadernos que eram distribuídos pelas instituições envolvidas.

A gente tinha uma quantidade de famílias para assistir, era os profissionais que dividiam para a gente. Era as famílias perto da casa da gente na maioria das vezes. Eu aqui no Bairro de Fátima ficava com 50 famílias, bem pobrezinhas, que tinha que ter criança ou gestante para a gente trabalhar, assim que era (ACS-M.L).

Aqui na Vila Palmeira, eu ficava com 40 famílias, que depois foi crescendo, pois, a comunidade procurava a gente e queria que suas famílias fizessem parte do projeto, cheguei a ter 70 famílias, eram as mais pobres, difícil de fazer essa divisão na época, pois o bairro era só pobreza, então a gente priorizava as que tinham gestantes e crianças para fazer as ações (ACS-M.R).

O trabalho desenvolvido pelos agentes era monitorado mensalmente, através da entrega das fichas de acompanhamento e as anotações no caderno. Nessa produção, eles tinham de informar as visitas realizadas, e as ações que desenvolveram às suas respectivas famílias, sendo entregue à supervisora do bairro, que era escolhida dentre eles, tendo como critério possuir um grau de instrução maior.

A gente entregava a produção todo mês, tudo que a gente fazia eu anotava no caderno, tinha as fichas também, que a UNICEF e a Secretaria davam para a gente, aí era registrado tudo. Quando uma criança *tava* desnutrida ou com diarreia e não melhorava, a gente era chamada pela nossa supervisora para conversar e perguntar o que a gente fez ou deixou de fazer, aqui no Japonês era a Jandira, ela tinha o segundo grau na época e o Curso Técnico de Enfermagem (ACS-R.S).

O trabalho era voluntário, ou seja, as agentes selecionadas não recebiam nem um valor pela sua função à época. Após 3 anos, começaram a receber uma cesta básica disponibilizada pela UNICEF e, depois, um Pró-labore de 10 cruzeiros naquela época, que foi fornecido pela Secretaria de Saúde e UNICEF.

“A gente não recebia nada, somente a graça de Deus, pois era voluntario” (ACS-R.S).

“Trabalhava na minha comunidade sem receber um tostão, e a gente não tinha também, às vezes faltava as coisas na minha casa, mas eu não deixava de cuidar das minhas crianças, algumas desistiram por conta disso, eu ainda tinha meu marido que era policial que tinha salário, mas tinha muita gente que não tinha, não recebia nem um salário mínimo naquela época. Depois a gente começou a receber uma cesta básica, era muito farta, a UNICEF que dava mensalmente chegava nas nossas casas.

E depois de quase 4 anos trabalhando assim, começamos a receber um pró-labore, era 10 (dez) cruzeiros e passava o dia inteiro no banco para receber” (ACS- M.S.).

A década de 1980 foi caracterizada pelo neoliberalismo, que gerou efeitos nefastos, como desemprego em massa, desregulamentação e precarização do trabalho, bem como, exclusão¹⁹.

Nesse contexto, emerge com força o agente comunitário de Saúde, sendo este um trabalhador voluntário, com ações relacionadas à escuta, acolhimento e educação em saúde, diretamente associado à caridade, com o intuito de preencher lacunas deixados pelo Estado na área da Saúde⁶.

Salienta-se que o crescimento dos projetos de extensão de cobertura, com ações focadas no binômio mãe e filho, vinculados às instituições governamentais e não-governamentais, atrelados, principalmente, à figura do agente comunitário de saúde, proporcionou para essa força de trabalho, após alguns anos, o surgimento de algumas associações espalhadas pelo Brasil, com a finalidade de subsidiar melhores condições de trabalho, legitimação e alguns direitos trabalhistas, junto às secretarias e instituições¹⁸.

Vale ressaltar que na experiência de trabalho envolvendo a figura do Agente Comunitário de Saúde no Maranhão, os ACSs criaram sua primeira associação no estado. Há relatos de que foi a primeira associação desta categoria no Brasil, que tinha como objetivo fortalecer a categoria que crescia vigorosamente, e, assim, reivindicar seus direitos trabalhistas.

Depois de alguns anos trabalhando sem ganhar nada pela UNICEF e SES, percebemos que o trabalho *tava* só crescendo e se espalhando até para outros municípios do Maranhão, a população estava gostando muito do nosso trabalho, então, decidimos criar a primeira associação dos agentes comunitários de saúde e assim reivindicar nossos direitos com os gestores, as pessoas que eram chefe deste trabalho. Então conseguimos receber um dinheiro, naquela época era um pró-labore de dez cruzeiros por mês (ACS-B.J.S).

A forma como o Agente Comunitário de Saúde foi inserido no mercado de trabalho, de forma voluntária, sem relações contratuais, mais ativamente na década de 1980, contribuiu veemente para a demora na sua institucionalização e implementação de direitos trabalhistas, sendo somente em julho de 2002 que o Governo Federal, então, criou a Lei de Profissão de Agente Comunitário de Saúde.

Como foi viver esta experiência

A experiência de trabalho foi vivenciada pelos Agentes Comunitários de Saúde como algo de grande importância para suas vidas, sendo descrita como uma forma de

crescimento pessoal traduzida em uma forte tendência em ajudar o outro no sentido de satisfazer suas necessidades de saúde, por meio de orientação/informação, cuidado, troca de experiências, buscando a solução dos problemas em conjunto com os demais profissionais. Por serem os profissionais que visitavam as famílias, os ACS vivenciam situações que muitas vezes os outros profissionais não podiam vivenciar.

... Nossa, é tanta coisa... é um trabalho que eu considero nobre... é um momento que você consegue estar com as pessoas, saber delas realmente... ao mesmo tempo que você tem aquele estresse... você é compensado quando vê alguém que você conseguiu ajudar, que você conseguiu fazer ele entender alguma coisa, né? (ACS-M.C)

Para mim é muito gratificante, eu faço assim com muito amor, pois me ajudou muito para crescer como pessoa, como ser humano, porque aí eu aprendi a me colocar mais no lugar do outro... (ACS- R.S)

... A gente, hoje e naquela época, era o elo entre a comunidade e a família, nós que sabíamos de todas as informações dentro do lar da pessoa, né? Nós pedimos licença, nós vamos conquistando, nós estamos dentro da casa das pessoas, então nós temos intimidade com as pessoas... tudo que a pessoa faz, lá no íntimo da família, nós sabemos...isso eu chamo de respeito, nós adquirimos um respeito na nossa localidade, no nosso bairro, até hoje. (ACS-A.M).

De acordo com Lacerda e Valla (2003)¹⁶, as relações sociais nas quais predominam o vínculo, a troca e o acolhimento dos sujeitos permitem a presença do apoio social e o cuidado tende a ser melhor incorporado pelos indivíduos.

O crescimento profissional também mereceu destaque nas falas, pois, para a grande maioria dos Agentes, essa foi a primeira atividade que desenvolveram, mesmo que de forma informal, contribuindo para que adquirissem conhecimento para sua vida pessoal e familiar, e para repassar às famílias, posteriormente adquirindo uma profissão, servindo de estímulo para continuar seus estudos, com cursos técnicos e graduações.

Nossa, eu sou muito grata a este trabalho, para minha vida, significou tudo o que eu sou hoje. Consegui adquirir conhecimento até mesmo para repassar para nossas famílias, pois a gente também não sabia de muita coisa. Foi uma sementinha, eu até me emociono, posso chorar? (ACS-R.S).

Com esse trabalho eu consegui uma profissão, já pensou se tivesse desistido, não estaria aqui hoje, já estou quase para me aposentar, com os direitos que naquela época agente não tinha(ACS- B.S).

Tudo o que eu sei hoje veio desse trabalho, comecei não sabendo de quase nada, queria até desistir, mas fui perseverante, pois a gente aprendia muito, fazia muitos cursos, ia para encontros. Fui assistir a uma palestra de Paulo Freire, até me emociono, pois hoje sou pedagoga e sei o que ele representa para a educação. Desse trabalho eu dei um salto de conhecimento, fiz curso técnico e cursei Pedagogia, digo que o estímulo veio desse trabalho(ACS-M.R).

A história pessoal representa parte de uma história social servindo para a compreensão de fatos e vivências de indivíduos e grupos de mesma característica. Segundo

Meiry(2012)⁸, para a História oral o importante não é a verdade exata do acontecimento, mas a riqueza em descobrir através das memórias o sentido que pessoas e grupos dão a esses acontecimentos. O que realmente importa é não ser a memória apenas um depositário passivo de fatos, mas também um processo ativo de criação de significações.

O ato de contar uma história de fatos e/ou acontecimentos envolve uma racionalização do passado conforme ele é projetado e levado a um presente inevitável. E, de fato, uma versão especial da história de vida de alguém pode tornar-se um componente essencial do senso de identidade em um dado momento. Do imenso depósito de memórias e reações possíveis evocadas pela situação de entrevista, o entrevistado seleciona e organiza certos temas, episódios e lembranças, então comunicados de maneira particular. [...] a memória em si é gerada e estruturada de maneira específica, em função da oportunidade de contar uma história e suas circunstâncias de como isso acontece. Em outro momento de vida, ou diante de outro interlocutor, é provável que surja uma história bem diferente, com ênfases diferentes⁹

Para Meihy (2012)⁸, é através das nossas memórias que podemos captar informações relativas a experiências vividas, seja ela pessoal ou social, e assim, retratar histórias/acontecimentos de uma sociedade inteira, trabalhando como uma construção coletiva, já que as histórias individuais podem nos dar ideia de sentimentos e vivências de todo um grupo de pessoas que passaram pelas mesmas situações.

Trata-se de ampliar o conhecimento sobre acontecimentos através de relatos de experiências e versões particulares; de procurar compreender um grupo de atores sociais com características comuns através de um indivíduo que nele viveu; de estabelecer relações entre o geral e o particular através da comparação de diferentes versões e testemunhos, enfim, de escutar, se aproximar e conhecer aquela realidade⁹.

A repercussão das ações para seu bairro e para o Maranhão

O trabalho desenvolvido teve repercussão positiva nos bairros no que se refere ao combate da desnutrição das gestantes e das crianças, bem como em relação às diarreias. O Maranhão tinha uma mortalidade infantil extremamente alta, e, após um ano das ações, pode-se observar uma redução neste número.

Nossa, aqui mesmo na Vila Palmeira a pobreza era muito grande, muitas crianças não tinham o que comer, as mães não amamentavam e ainda deixavam as crianças com fome, pois não tinham mesmo comida, nem para elas, nem para os filhos, aí com as nossas orientações, fomos percebendo que as mães começaram a amamentar mais, e as crianças ficavam mais gordinhas e fortes (ACS-M.G).

“Quando tinha criança com diarreias, a gente ia nas casas, fazia o soro oral, e ensinava as mães a fazer, pois nem sempre a gente estava, então conseguimos somente com o soro oral salvar muitas vidas. Até hoje eu recebo agradecimento das famílias. As crianças daquele tempo já são adultas que nós conseguimos com muito esforço salvar” (ACS-M.C).

Segundo relatório do UNICEF(1985)¹⁷, as ações desenvolvidas no estado repercutiram positivamente nos índices de mortalidade infantil e desnutrição, com redução de morbimortalidade de crianças abaixo dos 3 anos por causas relacionadas à diarreia e desnutrição.

Alguns estudos realizados com dados oriundos dessa experiência demonstraram o impacto positivo dessas ações na redução das diarreias, desnutrição e verminoses¹⁸.

Diversas experiências espalhadas no mundo que usaram o trabalho do agente comunitário de saúde nas suas ações produziram melhores desfechos em saúde-materno-infantil e em doenças infecciosas, contribuindo para melhoria da cobertura vacinal em crianças e promoção do estímulo ao aleitamento materno².

Werner (1997)²¹ afirma que no México, após alguns anos de trabalho de agentes comunitários de saúde desenvolvendo ações em prol das comunidades mais necessitadas, percebeu-se uma redução da mortalidade materna e infantil, além da redução da carga de doenças como a Tuberculose e Malária.

No Brasil, nas diversas experiências espalhadas em vários estados, que utilizou-se da força de trabalho dos agentes comunitários de saúde, os resultados em relação aos indicadores de morbimortalidade em crianças menores de 3 anos foram significativos, o que fez o Ministério da Saúde em 1991 adotar este trabalho como política e institucionalizá-lo em 1992¹.

Considerações Finais

O Maranhão vivenciou uma experiência de trabalho na década de 1980, com Agentes Comunitários de Saúde, esses trabalhadores foram recrutados da própria comunidade, eram na grande maioria mulheres, de grupos de mães, associações e ligadas as pastorais das igrejas e exerciam suas ações de forma voluntaria para as famílias que viviam em condições de extrema pobreza e viviam desassistidas de cuidados básicos de saúde.

Com indicadores de saúde alarmantes, o segmento materno-infantil foi o grupo prioritário para o desenvolvimento das ações. Para as altas taxas de mortalidade entre as crianças, contribuía, sobretudo, as doenças infectocontagiosas e a desnutrição.

Esse trabalho teve a participação de algumas instituições, sendo que a Pastoral, UNICEF e Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, foram as mais importantes. As ações eram voltadas para a promoção da saúde, e incluíam a pesagem, estímulo ao aleitamento materno, visitas domiciliares e o uso da TRO.

O trabalho começou pequeno, como uma sementinha, em apenas em 2(dois) bairros inicialmente de São Luís-MA e depois foi se expandindo para outros bairros e outros municípios do Estado, transformando várias realidades. Nessa conjuntura, o agente comunitário de saúde foi o agente nuclear que viabilizou o apoio, a implementação e o desenvolvimento de ações básicas voltadas para a comunidade, de forma a expandi-las e a fortalecê-las em nível nacional.

A melhoria observada nos indicadores de saúde infantil, tais como a queda da mortalidade, consequência da redução do número de óbitos por diarreias, desnutrição e desidratação, - as três principais causas de óbito infantil no Maranhão -, e a maior cobertura vacinal, mostrou que o caminho estava certo.

A experiência acumulada por essa categoria de trabalhador, independentemente dessas iniciativas serem oficiais ou não, contribuiu para a construção de uma massa crítica que atestava a sua efetividade face a situações emergenciais e apontavam para a possibilidade de reorganização da atenção básica à saúde mediante uma ação mais estruturada ancorada na perspectiva de implementação do Sistema Único de Saúde - SUS.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa agentes comunitários de saúde**. Brasília: 2001.
2. Santos MR, Pierantoni CR, DA SILVA LL. Agentes Comunitários de Saúde: Experiências e modelos do Brasil. **PhysisRev Saúde Coletiva**, v.20, n.4, p.1165-1181, 2010.
3. Nascimento, Liliam das Graças. **A concepção dos agentes comunitários de saúde de Ressaquinha sobre o próprio trabalho**. 2011. 71f. Dissertação do Mestrado. Universidade Federal de São João Del Rei, Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
4. Brasil. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. **Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências**. 2002.
5. Mendes Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e saúde: A declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Rev. Latino-am Enfermagem**. maio-junho 2004, v.12, n.3, p.447- 8. Endereço: www.eerp.usp.br/rlaenf.
6. Nogueira, R. P. Perspectivas da qualidade em saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994. 176p.
7. Unicef. **Aleitamento materno e o Estado do Maranhão**. Brasil, 1982.
8. MEIHY, José Carlos Sebe Bom. **Manual de História Oral**. 2a.ed. Loyola: São Paulo. 2012.
9. Meihy, José Carlos Sebe Bom. **Manual de História Oral**. 2a.ed. Loyola: São Paulo. 2002
10. GUEDES, O. S.; DAROS, M. A. O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. **Serv. Soc. Rev., Londrina**, v.12, n. 1, p. 122-134, jul./dez. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5433/1679-4842.2009v12n1p122>>. Acesso em: 17 abr. 2018.
11. Borges, T. M., & Detoni, P. (2017). **Trajetórias de feminização no trabalho hospitalar**. *Cadernos De Psicologia Social Do Trabalho*, 20(2), 143-157. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v20i2p143-157>
12. Ferraz, L; Aerts, D. R. G. C. **Agente comunitário de saúde em Porto Alegre: “um vendedor de saúde”**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 28, n. 66, p. 68-74, jan/ abr. 2005.
13. Escorel, S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. 1987. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1987.

14. Doimo, Ana M. Movimento social: a crise de um conceito. In: DOIMO, Ana M. A vez e a voz do popular. **Movimentos sociais e participação política no Brasil pós-70**. Rio de Janeiro: RelumeDumará, 1995, p. 37-50.
15. Peres, Cássia Regina Fernandes Biffet et al. O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, Aug. 2011.
16. Lacerda, A.; Valla, V. **Homeopatia e apoio social**: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Orgs). **Construção da integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-ERRJ/ ABRASCO, 2003. p. 169-196.
17. Unicef. Relatório das ações do Unicef no Nordeste. Brasil, 33p. 1985.
18. Ávila, Maria Marlene Marques. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, Jan. 2011.
19. Escorel S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: Giovanella L et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008. p. 385-434.
20. Pires, D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 13, n. 1/2, p. 83-92, abr./out. 2000.
21. Werner, D. **Onde não há médico**. 23. ed. São Paulo: Paulus, 1997. 440 p.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- ALBERTI, Verena. **História oral: a experiência da CPDOC**. Rio de Janeiro. Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1990.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa. Edições 75.2011.
- CNBB. **Pastoral da Criança**. Disponível em <http://www.pastoraldacrianca.org.br> acessado em 11junho.2016.
- COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL. **Revista da Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS)**, Nov/dez 2008-jan 2009, p.10-11.
- DAL POZ, M. R. O agente comunitário de saúde: algumas reflexões Interface: **Comunic, Saúde, Educ**, v. 6, n. 10, p. 75-94, 2002.
- DONNANGELO, M. C. F.& PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- ESCOREL S, GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM, SENNA MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam. Salud Publica**, v.21, n.2, p.164-176, 2007.
- GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Cefor, 1992.
- HALBWACHS, Maurice. A memória coletiva. **Revista dos Tribunais**. São Paulo: Vértice/Ed. Revista dos Tribunais, 1990.
- JOUTARD, Philippe. História oral: balanço da metodologia e da produção nos últimos 25anos. In: FERREIRA, M. M.; AMADO, J. (Org.). **Usos e abusos da história oral**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.
- LANG, Alice Beatriz da Silva Gordo. História Oral: muitas dúvidas poucas certezas e uma proposta. In: MEIHY, Jos é Carlo s Sebe (Org.). **(Re)Introduzindo história oral no Brasil**. São Paulo,1996
- LAVOR ACH, LAVOR MC, LAVOR IC. Agente comunitário de saúde: um novo profissional para novas necessidades de saúde. **Revista Sanare**. v. IV, n.1, 2003.
- MATTOS, R. A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de ideias. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.6. n.2, p.377-389, 2001.
- MEIHY, J.C.S.B., & HOLANDA, F. **História oral: como fazer, como pensar**. São Paulo: Contexto, 2007.

- MONIZ, André Luís Ferreira. Trabalho voluntário em saúde: auto-percepção, estresse e Burnout. **Interação em Psicologia**, v.10, n.2, p. 235-243, 2006.
- NEUMANN, N. A.A **Pastoral da Criança em Criciúma - SC**: estudo populacional sobre sua cobertura e desempenho em ações básicas para a sobrevivência infantil. Universidade Federal de Pelotas, dissertação de mestrado em Epidemiologia, 1997.
- NEUMANN, Z. A. Pastoral da Criança: uma experiência consagrada. In: CARNEIRO, J. M. B. **Cadernos Adenauer Nove: Fé, Vida e Participação**. São Paulo, Fundação Konrad Adenauer, 2000.
- NOGUEIRA RP, SILVA FB E RAMOS ZVAO. A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis – O Agente Comunitário de Saúde. **Cadernos do IPEA**. Texto para Discussão nº 735. Rio de Janeiro: IPEA; 2000.
- NOGUEIRA, R. P. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 91-93, fev. 2002.
- NUNES MO, TRAD LB, ALMEIDA BA, HOMEM CR E MELO, MCIC. O Agente Comunitário de Saúde: Construção da Identidade desse Personagem Híbrido e Polifônico. **Cad. Saúde Pub.** Nov/Dez; v. 18, n.6, p.1639-164. 2002
- OMS/OPAS. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**. Documento de posicionamento da OPAS/OMS. Genebra, 2005.
- OMS/UNICEF. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados em Saúde Alma-Ata**, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasil, 1979.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington D.C: OPAS; 2007.
- PIRES, D. **O saber e as práticas de saúde no Brasil e sua apropriação pela Medicina e pela Enfermagem Institucionalizadas**. 1988 259 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1988.
- SILVA JÁ, DALMASO ASW. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
- STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.
- STUCKY, R. M. M. **Educação em saúde: um olhar sobre a prática da Pastoral da Criança**. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, dissertação de mestrado em Educação nas Ciências, 1999.

THOMPSON, M. **A voz do passado**. História oral. Rio de Janeiro, 1992.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução as Pesquisas em ciências sociais, a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, Cipriano Maria de; PACHE, Dário Frederico. Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS; Gastão Wagner de Sousa. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

VIANA, Ana Luisa D'Ávila; DAL POZ, Mário Roberto. A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento), p.225-264, 2005.

VOLUNTARIOS.COM.BR. **O que é voluntariado**. Disponível em:http://www.voluntarios.com.br/oque_e_voluntariado.htm. Acesso em: 28 jul.2016.

WALT, G, editor. **Community health workers in national programmes: just another pair of hands?** Milton Keynes (PA): Open University Press; 1990. 180 p.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O movimento de releitura e ressignificação das memórias individuais e coletivas, como da própria historiografia são intermináveis (MONTENEGRO, 2012, pg.47).

Chego ao final dessa tese com a sensação de que agora estou pronta para recomeça-la, movida pelo desejo de agregar mais conhecimento, encontrar mais nexos entre a memória individual e coletiva de todos os participantes em especial os Agentes Comunitários de Saúde, profissionais de saúde, professores da Universidade Federal do Maranhão, gestores municipais e estadual de São Luís, Coordenadores da Pastoral da Criança e da UNICEF, que participaram da história da política de saúde do estado envolvido na gestão do trabalho dos ACS e usuárias pertencentes às famílias que receberam as ações disponibilizadas pelos ACSs na década de 1980 no Maranhão, pois nestas memórias há muitas histórias a serem ditas, relidas e ressignificadas.

O que brotou nas narrativas e da análise documental desta pesquisa, nos permitiu afirmar que na década 1980, o Maranhão viveu uma experiência de trabalho com Agentes Comunitários de Saúde que teve a participação de instituições governamentais, não governamentais, locais, nacional e internacional que usavam pessoas da comunidade de forma voluntária, para desenvolver ações de saúde pública para a comunidade.

Os ACSs eram na grande maioria mulheres, de grupos de mães, associações, ligadas as pastorais das igrejas e exerciam suas ações sem nenhuma remuneração para as famílias que viviam em condições de extrema pobreza e desassistidas de cuidados básicos de saúde no estado.

Com indicadores de saúde alarmantes, o segmento materno-infantil foi o grupo prioritário para o desenvolvimento das ações. Para as altas taxas de mortalidade entre as crianças, contribuía, sobretudo, as doenças infectocontagiosas e a desnutrição.

O trabalho começou pequeno, e depois foi se expandindo para outros bairros e outros municípios do Estado, tendo na figura do Agente Comunitário de Saúde o papel principal no desenvolvimento das ações, transformando a saúde de várias famílias que viviam em condições de extrema miséria.

Esta experiência contou com a participação de 10 instituições, que estavam diretamente envolvidas nas ações, desde a cooperação técnica e financeira até o planejamento e a execução destas, diretamente na comunidade. O foco das ações era a promoção a saúde

inicialmente para as famílias com gestantes e crianças, nos bairros considerados de extrema pobreza do estado, tornando pioneira na implantação de conceitos e ideologias postas na prática mediante um cenário de lutas políticas e sociais à época da ditadura brasileira.

A Pastoral da Criança, UNICEF, UFMA e as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde foram às instituições que tiveram maior envolvimento com a experiência. Vindo com uma proposta de vanguarda em termos de saúde pública, a experiência tornou-se condizente aos anseios de uma população que até então vivia a mercê de um sistema de saúde falido e excludente como na maioria do País.

A proposta de trabalho para o agente comunitário de saúde à época incluía a escuta, o acolhimento, a execução de curativos, vacinas, auxílio no diagnóstico e tratamentos de doenças mais encontradas, atendimento à criança e à gestante, encaminhamentos, primeiros-socorros, adoção de uma visão global do indivíduo e seu papel na comunidade, condições gerais de vida da população e a organização da comunidade para lutar pela saúde.

As ações produziram impactos positivos no que tange a diminuição de óbitos por diarreias que ocorriam nos bairros atendidos pelos ACSs, melhora dos índices de aleitamento materno e também na redução de crianças com desnutrição no Estado, como foi evidenciado em vários estudos e artigo publicados em revistas de alto impacto que utilizaram dados oriundos desse trabalho, e certamente elevou o grau de politização do setor saúde à época.

Tal politização revela-se no acúmulo de experiências dos serviços locais de saúde, na formação de movimentos sindicais no setor, como as associações, incluindo reivindicações como a melhoria dos serviços, a necessidade de participação nos destinos da organização do Sistema Nacional de Saúde, além de procurar estabelecer a vinculação entre a política de saúde e a sociedade.

Em meio a um cenário político turbulento, esta experiência conseguiu estabelecer bases mesmo que iniciais, precursoras do que hoje é preconizado pelo SUS, materializadas em proposições como Universalidade, Descentralização, Regionalização e inovações implantadas no período em que ocorreram os fatos, para o nosso Estado.

A experiência acumulada por essa categoria de trabalhador, independentemente dessas iniciativas serem oficiais ou não, contribuiu para a construção de uma massa crítica que atestava a sua efetividade face a situações emergenciais e apontavam para a possibilidade de reorganização da atenção básica à saúde mediante uma ação mais estruturada ancorada na perspectiva de implementação do Sistema Único de Saúde - SUS.

No Brasil, as diversas experiências espalhadas em vários estados, inclusive a do Maranhão, que utilizou-se da força de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, foram

significativas, contribuindo para que o Ministério da Saúde em 1991 adotasse este trabalho como política e institucionalizá-lo em 1992.

Assim, finalizo essa tese com a historiografia que a memória nos permitiu contar e trago Ricoeur(2012, pg. 249) para dizer que:

Uma conclusão narrativa não é nada que possa ser deduzido ou predito. Uma história que não comportasse surpresas, emoções, coincidência não prenderia nossa atenção como esta. É por isso que devemos acompanhar a história até a sua conclusão, o que é algo bem diferente de acompanhar um argumento, cuja conclusão é obrigatória, pois, mas do que previsível, uma conclusão tem que ser aceitável.

Na dificuldade de colocar ponto final, deixo reticências, com imensa vontade de colher novas Histórias

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, Verena. **História oral: a experiência da CPDOC**. Rio de Janeiro. Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1990.
- _____, Verena. **Manual de história oral**. Rio de Janeiro. 2a.ed. Fundação Getúlio Vargas, 2004. 234pg.
- ARAÚJO JWG, BORNSTEIN, Vj E DAVID, Hmsl. Agentes Comunitários de Saúde: a reconstrução do conceito de risco no nível local. **Rev. Interface – Comunic., Saúde e Educ.** Jan/Mar. 2010, v.14, n.32, p.93-101.
- ARAÚJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Faculdade Cenecista de Brasília. Universidade de Brasília. Acesso em 02 nov. 2016.
- ASSUNÇÃO, R.S. **A visita domiciliar realizada pelo agente comunitário de saúde no contexto do Programa de Saúde da Família. 2000**. 45f. Monografia (Curso de Especialização em Saúde da Família) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.
- ÁVILA, Maria Marlene Marques. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, Jan. 2011.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa. Edições 75.2002.
- BERTAUX, Daniel. “L'approche biographique”. Paris, 1980. In: ALBERTI, Verena. **Manual de história oral**. Rio de Janeiro. FGV. 2004
- BRASIL. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. **Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências**. 2002.
- _____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 de set. 1990a.
- _____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 de dez. 1990b.
- _____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde**. Brasília, 2011. Disponível <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/referencial_Curricular_ACS.pdf>. Acesso em: 10 de maio de 2015.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Departamento de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa agentes comunitários de saúde**. Brasília: 2001.

Brasil. Lei n. 9.608, de 18 de fevereiro de 1998. **Dispõe sobre o serviço voluntário e dá outras providências** [legislação na Internet]. São Paulo: TRT/SP; 2003 [citado em 2006 ago. 4]. Disponível em: http://www.trt02.gov.br/Ge-ral/Tribunal2/Legis/Leis/9608_98.htm.

BROWN T, CUETO M, FEE E. The World Health Organization and the Transition From “International” to “Global” Public Health. **Am J Public Health**. V.96, n.1, p.62-72, 2006.

BULCÃO LG et al. Ciência e Ensino Médico no Brasil (1930 – 1950). **Hist., Ciências e Saúde**. Rio de Janeiro, Abr/Jun. 2007, v. 14, n.02, p.469-487.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232000000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 set. 2015.

CAMPOS, Gws. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. **Saúde em Debate**, v.37, p.16-9, 1992.

CEDRO, Marcelo. Pesquisa social e fontes orais: particularidades da entrevista como procedimento metodológico qualitativo. **Revista Perspectivas Sociais**. Pelotas, ano 1, n. 1, p.125-135, março/2011.

CHAUDHURY RH, CHOWDHURY Z. **Achieving the Millenium Development Goal on Maternal Mortality: GonoshastayaKendra’s Experience in Rural Bangladesh**. GonomuranLimited: Dhaka, 2007.

CNBB. **Pastoral da Criança**. Disponível em <http://www.pastoraldacrianca.org.br> acessado em 11junho.20016.

COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL. **Revista da Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS)**, Nov/dez 2008-jan 2009, p.10-11.

DAL POZ, M. R. O agente comunitário de saúde: algumas reflexões Interface: **Comunic, Saúde, Educ**, v. 6, n. 10, p. 75-94, 2002.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Prevenir a violência: um desafio para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: LILACS/CDR, 1994. Setembro de 1994. [Cited em 01 November de 2004]. <http://www.combate.abuso sexual. nom.br/sinais_de_alerta.asp>.

DOMENEGHETTI, A. M. **Voluntariado: gestão do trabalho voluntário em organizações sem fins lucrativos**. São Paulo: Esfera, 2001.

DUARTE LR, SILVA DSJR E CARDOSO SH. Construindo um Programa de Educação com Agentes Comunitários de Saúde. **Rev. Interf. – Comun. Saúde e Educ.**, Set/Dez. 2007, v.11, n.23, 439-447. 101.

ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. 1987. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1987.

ESCOREL S, GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM, SENNA MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v.21, n.2, p.164-176, 2007.

ESCOREL S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA L et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008. p. 385-434.

FAUSTO MCR, MATTA GC. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI MVGC, CORBO AD (orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde)**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007, p.43-67.

FAUSTO MCR. **Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde; uma análise Histórica da Atenção Primária a saúde**. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio De Janeiro. Rio de Janeiro 2005.

FERREIRA, Vitória Solange Coelho et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, Apr. 2009.

FERREIRA, M. M. História oral: um inventário das diferenças. In: FERREIRA, M. M. (org.). **Entrevistas: abordagens e usos da história oral**. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1994.

FIGUEIREDO NCM. **Interfaces do trabalho voluntário na aposentadoria** [dissertação]. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.

FONTANA J.A **história dos homens**. São Paulo: EDUSC, 2004.

FREITAS, Sônia Maria de. **História oral** - Possibilidades e procedimentos. São Paulo: Humanitas, 2002.

GIL, AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2008.

GALEANO, E. **O livro dos abraços**. 2.ed. Porto Alegre: L&PM, 2012.

GARRIDO, Joan delAlcazar i. As fontes orais na pesquisa histórica: uma contribuição ao

debate. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 13, n. 25/26, set/93 p. 33-46.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER MW, GASKELL G, editors. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2002.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Cefor, 1992.

HALBWACHS, Maurice. A memória coletiva. **Revista dos Tribunais**. São Paulo: Vértice/Ed. Revista dos Tribunais, 1990.

JOUTARD, Philippe. História oral: balanço da metodologia e da produção nos últimos 25anos. In: FERREIRA, M. M.; AMADO, J. (Org.). **Usos e abusos da história oral**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

JUNIOR AG. Modelos Alternativos. In: Junior AG. **Modelos tecnoassistências em saúde**: O debate no campo da Saúde Coletiva. Saúde em Debate – Série Didática. São Paulo: Editora HUCITEC, 1998, p.54-55.

LAFIN SHF. As instituições comunitárias e o voluntariado idoso. In: FREITAS EV, PY L, NÉRI AL, CANÇADO FAX, GORZONIML, ROCHA SM, organizadores. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.1048-50.

LAVOR ACH, LAVOR MC, LAVOR IC. Agente comunitário de saúde: um novo profissional para novas necessidades de saúde. **Revista Sanare**. v.IV, n.1, 2003.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da Pesquisa em Saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LOZANO, J.E.A. **Práticas e Estilos de Pesquisa em História Oral Contemporâneo**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996, p.15-27.

MARTINES, Wânia Regina Veiga; CHAVES, Eliane Corrêa. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, Sept. 2007.

MATOS, J.S., & SENNA, A.K. (2011). História oral como fonte: problemas e métodos. **Historiæ**, v.2, n.1, p.95-108. Rio Grande do Sul.

MATTOS, R. A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de ideias. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.6. n.2, p.377-389, 2001.

MEHRYAR AH, AGHAJANIAN A, AHMAD-NIA S, MIRZAE M, NAGHAVI M. **Primary Health Care System, Narrowing of Rural–Urban Gap in Health Indicators, and Rural Poverty Reduction**: The Experience of Iran. Paper presented at the XXV General Population Conference of the International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP), 18-23 July 2005, Tours, France.

MEIHY, J.C.S.B., & HOLANDA, F. **História oral**: como fazer, como pensar. São Paulo: Contexto, 2007.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom. **Manual de História Oral**. 2a.ed. Loyola: São Paulo. 2002.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços da saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1997a. p. 117-160.

MENDES Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e saúde: A declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Rev. Latino-am Enfermagem**. maio-junho 2004, v.12, n.3, p.447-8. Endereço: www.eerp.usp.br/rlaenf.

MERHY, E. E. et ali. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997c. p. 113-150.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5a.ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

_____, M. C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 1999. 269 p.

_____, Maria Cecília de Sousa. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7a.ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O Trabalho do agente comunitário de saúde**. II. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação a Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda**. Polos de Educação Permanente em Saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

_____. Secretaria Executiva. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

MONTENEGRO, A.T. **Travessia e desafios**. IN:LEVERDI, R.et.al(orgs). História oral, desigualdades e diferenças. Recife: Editora Universitária de UFPE; Florianópolis. Ed. Da UFSC, P. 38-54, 2012.

MONIZ, André Luís Ferreira. Trabalho voluntário em saúde: auto-percepção, estresse e Burnout. **Interação em Psicologia**, v.10, n.2, p. 235-243, 2006.

NASCIMENTO, Liliam das Graças. **A concepção dos agentes comunitários de saúde de Ressaquinha sobre o próprio trabalho**. 2011. 71f. Dissertação do Mestrado. Universidade Federal de São João Del Rei, Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

NEUMANN, Z. A. Pastoral da Criança: uma experiência consagrada. In: CARNEIRO, J. M. B. **Cadernos Adenauer Nove: Fé, Vida e Participação**. São Paulo, Fundação Konrad Adenauer, 2000.

NEUMANN, N. A.A **Pastoral da Criança em Criciúma-SC**: estudo populacional sobre sua cobertura e desempenho em ações básicas para a sobrevivência infantil. Universidade Federal de Pelotas, dissertação de mestrado em Epidemiologia, 1997.

NOGUEIRA RP, SILVA FB E RAMOS ZVAO. A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis – O Agente Comunitário de Saúde. **Cadernos do IPEA**. Texto para Discussão nº 735. Rio de Janeiro: IPEA; 2000.

NOGUEIRA, R. P. Perspectivas da qualidade em saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994. 176 p. NOGUEIRA, R. P. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 91-93, fev. 2002.

NUNES MO, TRAD LB, ALMEIDA BA, HOMEM CR E MELO, MCIC. O Agente Comunitário de Saúde: Construção da Identidade desse Personagem Híbrido e Polifônico. **Cad. Saúde Pub**. Nov/Dez; v. 18, n.6, p.1639-164. 2002

OMS/OPAS. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**. Documento de posicionamento da OPAS/OMS. Genebra, 2005.

OMS/UNICEF. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados em Saúde Alma-Ata**, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasil, 1979.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington D.C: OPAS; 2007.

PERES, Cássia Regina Fernandes Biffet al. O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, Aug. 2011.

PIRES, D. **O saber e as práticas de saúde no Brasil e sua apropriação pela Medicina e pela Enfermagem Institucionalizadas**. 1988 259 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1988.

PIRES, D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 13, n. 1/2, p. 83-92, abr./out. 2000.

QUEIROZ, M. I. P. Relatos orais: do indivisível a o divisível. In: SIMPSON, O. R. M. V. (Org.). **Experimentos com histórias de vida (Itália-Brasil)**. São Paulo: Vértice, 1988, p.14-43.

REINALDO, MAS; SAEKI, T., REINALDO, TBS. O uso da história oral na pesquisa em enfermagem psiquiátrica: revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Internet]. 2003; 5(2):65-70. Availablefrom: http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_2/pdf/historia.pdf.

RIBEIRO, Fátima Aparecida. **Atenção primária e sistema de saúde no Brasil: uma perspectiva histórica/São Paulo**, Dissertação de Mestrado, 2007; Faculdade de Medicina de São Paulo.

RICOUER, P. **A memória, a história e o esquecimento**. São Paulo: Campinas, Editora da UNICAMP, 2007.

SANTOS, Luciana Patriota Gusmão Soares dos; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. O Agente Comunitário de Saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online]. 2010, v.44, n.1, pp. 76-83. ISSN 0080-6234.

SANTANA JFNP. **Estudo sobre atenção à saúde infantil no Projeto Planaltina: Planaltina -DF-1978** [dissertação]. Universidade de Brasília: Brasília; 1980.

SANTOS, R.C.N. A História do Projeto Montes Claros. In: FLEURY, S. (Org.). **Projeto Montes Claros: a utopia revisitada**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

SANTOS MR, PIERANTONI CR, DA SILVA LL. Agentes Comunitários de Saúde: Experiências e modelos do Brasil. **PhysisRev Saúde Coletiva**, v.20, n.4, p.1165-1181, 2010.

SELAU, Mauricio da Silva. História Oral: uma metodologia para o trabalho com fontes orais. In: Esboços – **Revista de Pós-Graduação em História da UFSC: Dossiê Cidade e Memória**. Santa Catarina: v. 11, n. 11, p. 217-228, 2004.

SILVA IZQJ, TRAD LAB. O Trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Rev. Interf. Comunic.**, Saúde e Educ. 2004 Set. 2004, Fev. 2005, v. 9, n.16, p.25-38.

SILVA JÁ, DALMASO ASW. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. Agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface: Comunic, Saúde, Educ**, v. 6, n. 10, p. 75-96, fev. 2002.

SOUSA MF. **Agentes comunitários de saúde**. Choque de Povo! São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

SPIRI WC. A Identidade do Agente Comunitário de Saúde. Uma abordagem fenomenológica. **Cienc. Saúde Col.**, Jan/Fev. 2006, v. 13, n.1, 51-60.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

STUCKY, R. M. M. **Educação em saúde: um olhar sobre a prática da Pastoral da Criança.** Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, dissertação de mestrado em Educação nas Ciências, 1999.

THOMPSON, M. **A voz do passado.** História oral. Rio de Janeiro, 1992.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução as Pesquisas em ciências sociais, a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

UNICEF. **Aleitamento materno e o Estado do Maranhão.** Brasil, 1980.

UNICEF. **Aleitamento materno e o Estado do Maranhão.** Brasil, 1982.

VASCONCELOS, Cipriano Maria de; PACHE, Dário Frederico. Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS; Gastão Wagner de Sousa. **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

VIANA, Ana Luisa D'Ávila; DAL POZ, Mário Roberto. A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento), p.225-264, 2005.

VOLUNTARIOS.COM.BR. **O que é voluntariado.** Disponível em:http://www.voluntarios.com.br/oque_e_voluntariado.htm. Acesso em: 28 jul.2016.

WALT, G, editor. **Community health workers in national programmes: just another pair of hands?** Milton Keynes (PA): Open University Press; 1990. 180 p.

WERNER, D. **Onde não há médico.** 23. ed. São Paulo: Paulus, 1997. 440 p.

APÊNDICES

APENDICE A

Profissionais de Saúde, professores, gestores e coordenadores das instituições da pesquisa, de acordo com seu nível de participação nos projetos. São Luís, 2019.

NOME	INSTITUIÇÃO	PROFISSÃO	PERÍODO	ENVOLVIMENTO COM A EXPERIÊNCIA
1. C.M.L	SES/Secretaria de saúde de São Jose de Ribamar	Enfermeira	1987	Enfermeira supervisora
2. M.J.M	UNICEF	Médica	1984	Coordenação
3. V.R.S	UNICEF	Comunicadora social	1985	Comunicadora social
4. M.F.A	Pastoral da Criança	Enfermeira	1985	Treinamentos
5. T.S.C	INAMPS	Enfermeira	1987	Supervisora
6. M.C.S	SES	Enfermeira	1975	Enfermeira
7. M.P.S	UFMA	Professora	1976	Professora
8. S.T.G	UNICEF	Nutricionista	1984	Nutricionista
9. C.M.A	UFMA	Professora	1976	Professora
10.R.S.V	UNICEF	Nutricionista	1983	Mentor da proposta
11.E.A.R	UFMA	Bioquímico	1986	Coordenador do projeto
12. M.H.N.	UFMA	Enfermeira	1987	Professora
13. R.A.S	UFMA	Médico	1985	Assistência
14. A.A.M.	UFMA	Médico	1988	Pesquisa
15. M.R.M	SES	Enfermeira		
16. R.V.S	SES	Técnico Informática	1985	Digitador
17. J.M.A	UNICEF	ASSISTENTE SOCIAL	1984	Treinamentos
18. M.S.P	INAMPS	Médico	1984	Treinamentos
19. M.L.M	FUNDAÇÃO SESP	ODONTOLOGA	1986	Treinamentos
20. B.S.C	UNICEF	COMUNICADO	1985	Comunicação

		RA SOCIAL		
21. M.L.B	UFMA	ESTAGIARIA/ ENFERMEIRA	1986	Treinamentos
22. M.J.D	LBA E SES	MÉDICA	1984	Assistência
23. S.M.L	UNICEF	NUTRICIONISTA	1985	Treinamentos
24. M.G.B	PASTORAL DA CRIANÇA	FREIRA	1983	Coordenação e Treinamentos
25. J.P.T	PASTORAL DA CRIANÇA	FREI	1986	Coordenação e Treinamentos
26. R.R.F	UFMA	PROFESSORA	1986	Treinamentos
27. L.S.S	SES	ENFERMEIRA	1998	Treinamentos

APENDICE B

Agentes Comunitários de Saúde identificados e entrevistados, de acordo com seu nível de participação nos projetos. São Luís, 2019.

NOME	IDA DE	SEXO	PERÍODO DE PARTICIPAÇÃO	LOCAL DE TRABALHO BAIRRO	RELAÇÃO INSTITUCIONAL	SITUAÇÃO ATUAL DE EMPREGABILIDADE
1. A.M.S	62	FEM	1984-1989	VILA PASSOS/JAPONÊS	PASTORAL/UNICEF	APOSENTADA
2. L.T.A	64	FEM	1985-1989	VILA PASSOS/JAPONÊS	PASTORAL/UNICEF	APOSENTADA
3. F.S.S	66	FEM	1984-1989	VILA PASSOS/JAPONÊS	PASTORAL/UNICEF	APOSENTADA
4. E.P	66	FEM	1984-1989	VILA PASSOS/JAPONÊS	PASTORAL/UNICEF	APOSENTADA
5. E.V.S	61	FEM	1986-1989	VILA ISABEL	UFMA	ATIVA
6. S.M.P	65	FEM	1983-1989	COROADINHO	PASTORAL	ATIVA
7. J.P.M	51	FEM	1986-1989	ANJO DA GUARDA	UFMA	ATIVA
8. F.L.A	61	FEM	1986-1989	SÃO FRANCISCO	UNICEF	ATIVA
9. M.J.A	66	FEM	1984-1989	VILA PALMEIRA	PASTORAL/UNICEF	ATIVA
10. L.C.B	68	FEM	1983-1989	BAIRRO DE FÁTIMA	PASTORAL/UNICEF	ATIVA
11. C.S.P	67	FEM	1984-1989	BAIRRO DE FÁTIMA	PASTORAL/UNICEF	ATIVA
12. D.P.F	62	FEM	1985-1989	AREINHA	PASTORAL/UNICEF	ATIVA
13. M.R.C	61	FEM	1986-1989	ALEMANHA	PASTORAL	ATIVA
14. M.A.C	62	FEM	1986-1989	ALEMANHA	PASTORAL	ATIVA
15. M.D.A	68	FEM	1985-1989	VILA PASSOS	PASTORAL/UNICEF	ATIVA

					NICEF	
16. D.S.S	66	FEM	1985-1989	BAIRRO DE FÁTIMA	PASTORAL/U NICEF	ATIVA
17. I.S.F	62	FEM	1985-1989	VILA PALMEIRA	PASTORAL/U NICEF	ATIVA
18. M.L.G	67	FEM	1984-1989	VILA PALMEIRA	PASTORAL/U NICEF	ATIVA
19. E.P.A	64	FEM		BARRETO	PASTORAL	ATIVA
20. M.C.B	61	FEM	1985-1989	VILA PALMEIRA	SES	ATIVA
21. A.F.C	52	FEM	1985-1989	VILA PALMEIRA	SES	ATIVA
22. J.D.B	62	FEM	1986-1989	AREINHA	PASTORAL/U NICEF	ATIVA
23. M.E.S	61	FEM	1986-1989	ANJO DA GUARDA	UFMA	ATIVA
24. P.S.L	64	MASC	1985-1989	VILA IZABEL	UNICEF	ATIVO
25. B.S.C	72	MASC	1985-1989	VILA IZABEL	UNICEF	ATIVO
26. M.C.S	58	FEM	1985-1989	VILA EMBRATEL	UNICEF	ATIVO
27. M.S.F	66	FEM	1984-1989	COROADINHO	PASTORAL	ATIVA
28. S.M.P	67	FEM	1984-1989	COROADINHO	PASTORAL	ATIVA
29. M.A.S	68	65	1984-1989	COROADINHO	PASTORAL	ATIVA
30. J.R.L	61	MASC	1985-1989	VILA IZABEL	UNICEF	ATIVA
31. M.B.P	67	FEM	1983-1989	VILA PASSOS/JAPONES	PASTORAL/U NICEF	ATIVA
32. M.R.C	59	FEM	1984-1989	VILA PASSOS/JAPONES	PASTORAL/U NICEF	ATIVA
33. M.L.R	63	FEM	1984-1989	BAIRRO DE FÁTIMA	PASTORAL/U NICEF	ATIVA
34. M.N.R	71	FEM	1985-1989	VILA PASSOS/JAPONES	PASTORAL/U NICEF	APOSENTADA
35. H.S.C	76	FEM	1985-1989	VILA PASSOS/JAPONÊS	PASTORAL/U NICEF	APOSENTADA
36. J.S.M	62	FEM	1985-1989	VILA	PASTORAL/U	ATVA

				PASSOS/JAPON ÊS	NICEF	
37. M.A.T	65	FEM	1986-1989	BARRETO	PASTORAL	ATIVA
38. M.G.F	66	FEM	1986-1989	VILA EMBRATEL	UNICEF	ATIVA
39. M.L.C	65	FEM	1984-1989	JOÃO PAULO	PASTORAL	ATIVA
40. M.J.C	66	FEM	1984-1989	JOÃO PAULO	PASTORAL	ATIVA
41. M.A.G	68	FEM	1983-1989	JOAO PAULO	PASTORAL	ATIVA
42. R.G.C	64	FEM	1983-1989	JOÃO PAULO	PASTORAL	ATIVA
43. R.C.S	63	FEM	1983-1989	JOÃO PAULO	PASTORAL	ATIVA
44. B.S.D	61	FEM	1983-1989	VILA ITAMAR	UNICEF	ATIVA
45. M.S.P	66	FEM	1986-1989	VILA ITAMAR	UNICEF	ATIVA
46. I.C.P	64	FEM	1987-1989	QUEBRA POTE	UNICEF	ATIVA
47. M.S.S	59	FEM	1986-1989	SÃO FRANCISCO	UNICEF	ATIVA
48. M.J.S	69	FEM	1985-1989	LIBERDADE	PASTORAL	ATIVA
49. E.F.C	61	FEM	1984-1989	LIBERDADE	PASTORAL	ATIVA

APENDICE C

Documentos recuperados, de acordo com o tipo. São Luís, 2019.

	DOCUMENTO	TIPO	DESCRIÇÃO/RESUM O	ANO	INSTITUIÇÃO/ PROCEDÊNCI A
	FITA KACEETE	Fita	Programa de rádio “Saúde da Nossa Gente” que ia ao ar às terças e quintas na Rádio Educadora, pela manhã abordando temas de saúde. Apresentadora Vera Rolim Salles.	1986	UNICEF
	Termo de Cooperação Técnica	Impress o	Termo de Acordo entre a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública - SUCAM, Ministério da Saúde - MS, Instituto Brasileiro da Amazônia - IBAM e a UNICEF para intensificar as ações de controle das doenças endêmicas no Norte e Nordeste do País.	1989	UNICEF
	Termo de Cooperação Técnica	Impress o	Termo de Cooperação Técnica entre o UNICEF e o Governo do Estado do Maranhão.	1991	UNICEF
	Termo de Cooperação Técnica	Impress o	Acordo de cooperação entre o governo do Estado do Maranhão e o UNICEF para atuar junto às populações mais desfavorecidas de crianças e mulheres.	1988	UNICEF
	Termo de Cooperação Técnica	Impress o	Acordo de cooperação entre o Governo dos Estados Unidos do Brasil e o Fundo das Nações	1978	UNICEF

			Unidas para a Infância - UNICEF para fornecer suprimentos e serviços de treinamento e assessoria, às necessidades urgentes e a longo prazo da infância nos países subdesenvolvidos.		
	Convênio de Cooperação Técnica	Impressão	Cooperação Técnica entre a UNICEF e a Comissão Interinstitucional de Saúde do Maranhão – SIS/MA que estabelece mecanismos para implantação das Ações Integradas de Saúde do Estado do Maranhão – AIS/MA para reduzir os altos índices de Mortalidade e Desnutrição em crianças.	1986	UNICEF
	Termo de Acordo de Cooperação	Impressão	Acordo de Cooperação entre o UNICEF e a Prefeitura de São Luís para trabalhar na redução da Mortalidade Infantil e garantir recursos humanos e materiais.	1989	UNICEF
	Termo Aditivo de Cooperação	Impressão	Acordo entre o Governo do Estado do Maranhão e a UNICEF com parceria da Fundação Estadual do Bem Estar do Menor do Maranhão – FEBEM/MA com objetivo de realizar eventos educativos voltados para crianças e adolescentes.	1989	UNICEF
	Projeto de Controle das Doenças Diarréicas	Impressão	Projeto com o Plano de Operações firmado entre o	1986	UFMA

	Infantis no Maranhão – PRODDIMA Plano de Operações		Governo do Brasil e da República Federal da Alemanha – GTZ implementado em São Luís pela Universidade Federal do Maranhão com objetivo de reduzir a Mortalidade Infantil.		
	Relatório	Impressão	Relatório de atividades realizada no PRODDIMA	1987	UFMA
	Manuais	Impressão	Manual dos Agentes Comunitários de Saúde produzido pela SIS/MA com vários temas		ROGER
	Jornal	Impressão	Jornal intitulado “O Bumba” produzido pela SIS/MA com vários temas e informativos sobre o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.	1984	ROGER
	Informativo	Impressão	Saiu no Jornal “O Bumba” divulgando a criação da Associação dos Agentes Comunitários de Saúde da Ilha de São Luís em junho de 1987.	1988	ACS
	Informativo	Impressão	Saiu no Jornal “O Bumba” divulgando o Primeiro Seletivo para contratação de Agentes Comunitários de Saúde para o PNACS no governo de Jackson Lago no município de São Luís.	1992	ACS
	Informativo	Impressão	Saiu no Jornal “O Bumba” falando do papel educativo do ACS na comunidade no AIMIM.	1992	ACS
	Informativo	Impressão	Saiu no Jornal “O Bumba” falando sobre o	1992	ACS

			trabalho dos ACS na comunidade no AIMIM.		
	Artigo científico	Impressão	Título: Ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica: a experiência de organização do governo brasileiro.	2011	Roger/ Revista de Nutrição.
	Editorial/revista científica	Impressão	Brazil's Family Health Programme	2010	Roger
	Artigo científico/Revista de Saúde Pública	Impressão	Eficácia da vacina Sabin em crianças subnutridas da Amazônia	1985	Roger
	Artigocientífico/Bulletin of World Health Organization		Relationship between health services, socioeconomic variables and inadequate weight gain among Brazilian children.	1999	Roger
	Artigo científico Antônio Augusto e Valdinar Cadernos de Saúde Pública	Impressão	Tendências da mortalidade neonatal em São Luís, Maranhão, Brasil, de 1979 a 1996. Publicado nos Cadernos de Saúde Pública.	2000	Internet
	Artigo científico Antônio Augusto et al.	Impressão	Terapia de reidratação oral para diarreia aguda em região do nordeste do Brasil, 1986-1989*	1994	Internet
	Dissertação Ana Lourdes Alves de Oliveira	Impressão	Saúde da nossa gente: divulgação científica e educação não formal nas ondas da Rádio Educadora Rural do Maranhão. Dissertação apresentada ao Mestrado de Educação da UFMA, sob orientação do doutor Antônio José Silva Oliveira. Objetivo foi	2010	Biblioteca digital da UFMA

			compreender de que forma um programa radiofônico de divulgação científica pode contribuir com a popularização da ciência e educação de seus ouvintes (p75).		
	Relatório de atividades AISMIN	Impresso	Relatório do UNICEF sobre o Programa de Ações Integradas de Saúde Materno Infantil e Nutrição – AISMIN. Este relatório fala do objetivo do Programa, porque o Maranhão foi escolhido para implantação, locais de implantação com um quadro com os locais de atuação dos agentes, por bairros, processo de divulgação e resultados.	1986	UNICEF
	Termo de Convenio entre a Universidade Federal do Maranhão e a UNICEF	Impresso	O termo de convenio entre a UFMA e a UNICEF se refere ao acordo firmado entre as instituições para concessão de Estágio de alunos da UFMA nos projetos desenvolvidos pela UNICEF e também de profissionais da UNICEF em projetos da UFMA.	1988	UNICEF
	Relatório do início das ações da Pastoral da Criança em São Luís-MA	impresso	O documento consta informações sobre quando iniciou as ações em São Luís, onde foi o primeiro núcleo e/ou bairro de desenvolvimento das ações , a escolha dos	1985	Pastoral da Criança

			agentes e toda a operacionalização do trabalho na década de 1980.		
	Relatório do início das ações de saúde com os Agentes comunitários de Saúde Voluntários da Vila Embratel	impresso	O documento se refere ao iniciado trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na Vila Embratel, com a participação de outras instituições, como a LBA, UNICEF, Grupo GT e líderes comunitários locais. Neste documento consta toda a operacionalização do trabalho inicial no bairro para a concretização das ações, como as reuniões, com os líderes, os treinamentos e a relação nominal do primeiro grupo de agentes comunitários da saúde voluntários constituídos.	1984	SEMUS
	Cópia do projeto de intervenção nutricional de larga escala no estado do Maranhão escrita pelo pesquisador responsável Roger Shirimpton do Departamento de Patologia Tropical INCA/CNPQ Manaus.	impresso	Neste documento constam informações sobre o objetivo do projeto, que seria a redução da desnutrição entre as gestantes em nutrízes, assim como as crianças nos primeiros anos de vida e na idade pré-escolar no Estado do Maranhão. O projeto também inclui as metas, treinar agentes de saúde, líderes comunitárias, parteiras locais, nos primeiros 18	UNICEF	1982

			meses do projeto.		
	Relatório do II encontro geral de articulação e integração das ações da UNICEF no Brasil em Brasília	Impresso	Neste relatório constam informações sobre o encontro, que teve como participantes todo o pessoal da administração e técnicos dos projetos. Foram feitas análises e reflexões sobre a situação do país, êxitos e dificuldades das ações desenvolvidas no Nordeste e perspectivas futuras.	UNICEF	1986
	Fotografias de Enfermeiras e Agentes comunitários de Saúde	Impresso	As fotografias de Enfermeiras e Agentes Comunitárias de Saúde no desenvolvimento de suas funções no Programa AISMIN	UNICEF	1984
	Manual da Pastoral da Criança sobre as ações do Líder	Impresso	No manual da Pastoral da Criança constam informações da formação do Líder Comunitário, suas funções e toda operacionalização do seu trabalho na comunidade. O manual contém 35 páginas.	Pastoral da Criança	1988
	Manual da Pastoral da Criança sobre as ações de saúde para a comunidade	Impresso	No manual da Pastoral da Criança constam informações das ações de saúde ofertadas pelo líder comunitários as crianças, gestantes e nutrízes e toda operacionalização do seu trabalho na comunidade. O manual contém 46 páginas.	Pastoral da Criança	1988
	Relatório da SEMUS	Impresso	Relatório da SEMUS	SEMUS	1985

	sobre o início do trabalho dos Agentes comunitários de Saúde em São Luís.	o	contendo informações sobre o início do trabalho dos Agentes comunitários de Saúde em São Luís, bem como a participação das instituições envolvidas até a instituição oficial do PNACS pelo Ministério da Saúde no Maranhão.		
34	Ficha de anotação das atividades dos Agentes Comunitários de Saúde no desenvolvimento de suas ações.	Impress o	As fichas contém informações: Endereço, tipo de moradia, n. de pessoas que vivem na casa, n. de crianças, peso, altura e intercorrências na família e data da visita do ACS	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	1988

APÊNDICE D

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA AS PESSOAS DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS NA GESTÃO DO TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

- 1. CARACTERÍSTICAS DOS GESTORES/PROFISSIONAIS DE SAÚDE**
 - a. Sexo
 - b. Idade
 - c. Escolaridade
 - d. Tempo de serviço
 - e. Local de trabalho na época

- 2. Fale sobre sua participação no processo de construção da história dos Agentes Comunitários de Saúde no Maranhão?**
- 3. Como começou as ações? E quais eram as principais ações desenvolvidas?**
- 4. Quais eram os locais de atuação e como eram escolhidos os locais??**
- 5. Relate como se deu o processo de institucionalização do trabalho dos ACS na época**
- 6. Existia parcerias com outras instituições? Quais?**
- 7. Como se deu a articulação entre as instituições envolvidas no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na época?**
- 8. Na década de 1980, existiam outros projetos desenvolvidos utilizando pessoas da comunidade nas ações de saúde? Quais? e quais tiveram maior repercussão?**
- 9. Como eram divulgados as informações do projeto.**
- 10. Qual a importância dessas ações para o Maranhão?**
- 11. Qual a importância das Instituições nessas ações?**

APÊNDICE E

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

1. CARACTERÍSTICAS DAS ACS

- a. Sexo
- b. Idade
- c. Escolaridade
- d. Tempo de serviço
- e. Situação atual de empregabilidade: ainda estão trabalhando? Onde?
Aposentadoria?
- f. Local de trabalho na época

2. CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO DESENVOLVIDO PELOS ACS

a. LOCAL DE TRABALHO NA ÉPOCA

- i. Município
- ii. Bairro
- iii. Relação institucional: projeto de extensão UFMA? UNICEF? Pastoral da Criança?

b. AÇÕES DESENVOLVIDAS

3. CONTANDO UM POUCO DESSA HISTÓRIA

a. FALE DESSA EXPERIÊNCIA

b. COMO FOI VIVER ESSA EXPERIÊNCIA?

APÊNDICE F

IDENTIFICAÇÃO DOS DOCUMENTOS

1) TIPO DE DOCUMENTO:

2) CONTEÚDO:

3) ANO:

4) AUTOR:

5) FONTE:

APENDICE G**CARTA DE CESSÃO GRATUITA DE DEPOIMENTO ORAL**

Pelo presente documento, eu _____,
nacionalidade _____, estado civil _____,
profissão _____, CPF _____,
Identidade nº _____, emitida por _____, domiciliado e residente em
_____ à Rua/AV. _____,
nº _____, apto. _____, Bairro _____, declaro ceder à
Universidade Federal do Maranhão, a plena propriedade dos direitos autorais do depoimento
de caráter histórico e documental que prestei às pesquisadoras do projeto.
_____, num total de _____ horas gravadas.

A Universidade Federal do Maranhão fica autorizada a utilizar, divulgar e publicar, para fins acadêmicos e culturais o referido depoimento, no todo ou em parte, editado ou não, bem como autorizar a terceiros o acesso ao mesmo para idênticos fins, segundo as normas da Universidade, com as ressalvas de utilizar nomes fictícios dos entrevistados, manter sua integridade e indicar a fonte e autor.

Data e local: _____

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura do pesquisador: _____

APENDICE H**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÚCLEO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM



São Luís, _____ de _____ de _____.

Prezado Senhor(a),

O Sr.(a) foi selecionado(a) para participar como voluntário da pesquisa AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: resgate de uma experiência. Esta pesquisa está sendo coordenada pela professora Doutora Liberata Campos Coimbra, docente do Departamento de Enfermagem e dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFMA, Mestrado de Enfermagem e Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Universidade Federal do Maranhão, telefone 99972-309, email: liberatacoimbra@gmail.com; e pela pesquisadora: Jerusa Emídia Roxo de Abreu, enfermeira, telefone 988418813 e e-mail:jerusaabreu17@gmail.com. A pesquisa tem como objetivo analisar a experiência do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Maranhão, antes da implantação oficial do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo Ministério da Saúde brasileiro.

Este estudo permitirá também conhecer como os agentes comunitários realizavam suas práticas de saúde além da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Maranhão, bem como compreender como eles interpretam suas experiências no estado ao longo da história, como também identificar o papel das instituições e Organizações não governamentais do Maranhão nas ações de saúde dos Agentes Comunitários de Saúde na época.

Como contribuições deste estudo, está a recuperação dos fatos históricos que evidenciarão a história da saúde pública do Maranhão na década de 1980.

O estudo será realizado, através de entrevistas a serem realizadas com Agentes Comunitários de Saúde e também com gestores e profissionais de saúde que participaram do processo de construção dessa história, além da análise de documentos relativos a ele.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder perguntas a serem realizadas sob a forma de um questionário, aplicado pela própria pesquisadora durante a entrevista, como também permitir a análise nos documentos, como por exemplo, projetos desenvolvidos na época, relatórios, prontuários, impressos, imagens dentre outros.

Para que a pesquisa aconteça de maneira satisfatória, contamos com sua colaboração no sentido de autorizar a gravação da entrevista.

Após a conclusão do trabalho de campo, os dados coletados serão usados apenas nessa pesquisa e os resultados divulgados em eventos e publicados em revistas científicas, mas os nomes dos informantes não serão disponibilizados.

Sua participação é voluntária e de seu livre-arbítrio. Sempre que você desejar serão fornecidos esclarecimentos sobre o estudo. A qualquer momento, você poderá se recusar a responder quaisquer perguntas durante a entrevista, como também recusar a continuar participando deste estudo, podendo retirar seu consentimento, sem que para isso sofra qualquer penalidade ou prejuízo.

A participação na pesquisa não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada à sua participação. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico acerca da história da saúde pública do Estado do Maranhão.

Caso tenha qualquer dúvida pedimos que a esclareça diretamente com a coordenadora do projeto, Professora Doutora Liberata Campos Coimbra. Caso queira mais informações sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, à Avenida dos Portugueses, Cidade Universitária Dom Delgado, s/nº, Prédio CEB Velho, PPPG, Comitê de Ética, Sala 07, Bloco B ou pelo telefone 3301-8708. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

O Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Liberata Campos Coimbra

Coordenadora

Cel: 99972-3091

E-mail: liberatacoimbra@gmail.com

Jerusa Emília Roxo de Abreu

Pesquisadora

Cel: 988418813

E-mail: jerusaabreu17@gmail.com

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do entrevistador

Coordenadora da pesquisa,
Professora Doutora Liberata Campos Coimbra

ANEXOS

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO UFMA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO MARANHÃO: resgate de uma experiência.

Pesquisador: LIBERATA CAMPOS

COIMBRA Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54536416.6.0000.5087

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.649.646

Apresentação do Projeto:

O Agente Comunitário de Saúde é o trabalhador de saúde que integra a equipe de saúde, prestando cuidados primários às famílias da sua comunidade, auxiliando as pessoas a cuidarem da própria saúde por meio de ações individuais e coletivas (BRASIL, 2001).

Segundo o Ministério da Saúde, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) surgiu a partir de experiências discutidas na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada no período de 6 a 12 de setembro de 1978, em Alma-Ata, capital da República Socialista Soviética do Cazaquistão, promovida pela Organização Mundial de Saúde e Fundo das Nações Unidas para Infância, onde foi divulgado o conceito de Atenção Primária em Saúde (APS), como parte de um sistema nacional de saúde, envolvendo médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2005).

Entretanto, Nascimento (2011) já refere a participação de auxiliares da própria comunidade nas atividades de assistência a indivíduos, grupos humanos e famílias, antes mesmo da realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde no Brasil, em diversos serviços nacionais ou locais. Segundo Pires (1988) destaca-se já na década de 50 a enfermeira-visitadora, considerada elemento nuclear e primordial no trabalho sanitário. A visita domiciliar também já era praticada, no modelo campanhista, enquanto estratégia de assistência, desde a primeira década do século XX, tendo sido utilizada tanto para campanhas como para saneamento e saúde, segundo paradigmas de saúde e de assistência distintos. Neste sentido, Peres (2011) também refere à participação e utilização de agentes de saúde no início da década de 1970 em iniciativas de organizações religiosas, sobretudo católicas na formação e utilização como força de trabalho em saúde, numa perspectiva transformadora das relações entre profissionais e classes populares. O

mesmo autor menciona ainda, que algumas experiências estiveram vinculadas a organizações não governamentais e instituições acadêmicas cujos profissionais atuavam em saúde pública e comunitária. Segundo Escorel (1987) nessas ações iniciais de saúde, destacase a Pastoral da Criança que originou-se no final da década de 1970, tendo como base de trabalho, a comunidade e a família. Constitui em uma das tantas iniciativas da Igreja católica no âmbito social que almejava oferecer à população brasileira oportunidades de melhoria da qualidade de vida, em vista de uma evangelização integral, que vise corpo e alma, indivíduo e sociedade. Utilizou-se, na época, das lideranças das comunidades pobres e miseráveis, organizando as comunidades em torno de um trabalho de promoção humana no combate à mortalidade infantil, à desnutrição e à marginalidade social (ESCOREL, 1987). Para alguns autores (SANTOS; FRACOLLI, 2010), o surgimento dos ACS aconteceu em 1979 no Brasil, com apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), onde 400 agentes comunitários começaram a atuar no Estado do Maranhão. Estes profissionais que iniciaram ações ao sistema de saúde, consistiam na época em trabalhadores voluntários ou de praticantes leigos interessados em contribuir com as ações sociais para ajudar a população, principalmente as camadas mais pobres, que não tinha acesso aos serviços públicos de saúde. Alguns voluntários eram militantes políticos e/ou lideranças locais vinculadas a instituições religiosas que prestavam atendimento na área da saúde, principalmente em ações direcionadas ao binômio mãe-filho, com enfoque nos tratamentos de diarreias, estímulo ao aleitamento materno e o uso da terapia de reidratação oral (TRO). Segundo relatório do UNICEF (1982), o estado do Maranhão no início da década de 1980, convivía com altas taxas de mortalidade infantil, principalmente por causas diarreicas, baixos índices de aleitamento materno, pouca cobertura vacinal para crianças e baixo índice de gestantes realizando acompanhamento no pré-natal. A mortalidade infantil no estado girava em torno de 93/1000, sendo considerada a 4^o do Nordeste. Em 1987, um programa utilizando agentes de saúde foi implantado no Ceará, sendo denominado de Programa Agentes de Saúde (PAS). Segundo Ribeiro (2007), o PAS constituiu-se na primeira iniciativa oficial de implantação de agentes de saúde como estratégia de governo, em âmbito estadual. Em substituição ao PAS, surgiu o Programa de agentes comunitários de saúde (PACS), que passou a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não somente o indivíduo. Foi formulado tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através de extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres. Porém, a partir da experiência acumulada pelo estado do Ceará com o Programa de Agentes Comunitários ali implantados, houve apercepção, pelo próprio Ministério da Saúde, de que os agentes poderiam também ser peça importante para a organização do serviço básico de saúde nos diversos municípios do Brasil (VIANA; DAL POZ, 2005). Na equipe de saúde o agente comunitário é o trabalhador que se caracteriza por ter o maior conhecimento empírico da área onde atua: a dinâmica social, os valores, as formas de organização e o conhecimento que circula entre os moradores. Esse conhecimento pode facilitar o trânsito da equipe, as parcerias e articulações locais. O reconhecimento destas características, quer pelos profissionais de saúde, quer pelos moradores, traduz -se em diferentes expectativas. De um lado, pela inserção nos serviços de saúde, espera-se dele o exercício de um papel de controle da situação de saúde da população; de outro, os moradores esperam que o agente facilite seu acesso ao serviço de saúde (BRASIL, 2001).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

A experiência do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Maranhão, na década de 1980, anterior a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), do Ministério da Saúde.

Objetivo Secundário:

Conhecer as práticas de saúde utilizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, na década de 1980, antes da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Maranhão;

Compreender a percepção dos agentes comunitários de saúde sobre suas experiências ao longo da história;

Identificar o papel das Instituições e Organizações não governamentais do Maranhão nas ações de saúde dos Agentes Comunitários de Saúde na época.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:**Riscos:**

Os dados desta pesquisa serão utilizados pelos pesquisadores e serão guardados em local de acesso somente à equipe executora. Desta forma, compreendemos que os riscos serão minimizados com o sigilo envolvido na pesquisa, com a guarda dos documentos, das entrevistas transcritas e da garantia de que qualquer pessoa poderá deixar a pesquisa, se assim desejar, bem como com a garantia do anonimato de cada participante.

Benefícios:

Consideramos como benefícios a recuperação dos fatos históricos que evidenciarão a história da saúde pública do Maranhão na década de 1980.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está bem elaborada e apresenta todos os elementos para o seu completo desenvolvimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram entregues e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Todas as recomendações foram acatadas e corrigidas pela pesquisadora.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram acatadas e corrigidas pela pesquisadora e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_670917.pdf	11/07/2016 11:45:56		Aceito
Outros	RespostaParecerpendente2.odt	11/07/2016 11:45:32	LIBERATA CAMPOS COIMBRA	Aceito
Outros	RespostaParecerpendente.odt	28/06/2016 09:17:34	LIBERATA CAMPOS COIMBRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetocepcorrigido.doc	28/06/2016 09:16:44	LIBERATA CAMPOS COIMBRA	Aceito
Outros	RespostaParecerpendente.pdf	28/06/2016 09:15:00	LIBERATA CAMPOS COIMBRA	Aceito

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetocepcorrigido.pdf	28/06/2016 09:11:56	LIBERATA CAMPOS COIMBRA	Aceito
---	-------------------------	------------------------	----------------------------	--------

Outros	RespostaComitedeetica.odt	10/06/2016 11:22:33	LIBERATA CAMPOS COIMBRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracaoprefeitura.pdf	10/03/2016 16:03:57	LIBERATA CAMPOS COIMBRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termoconsentimentolivreesclarecido.doc x	10/03/2016 15:58:04	LIBERATA CAMPOS COIMBRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetocep.doc	10/03/2016 15:57:24	LIBERATA CAMPOS COIMBRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetocep.pdf	10/03/2016 15:56:19	LIBERATA CAMPOS COIMBRA	Aceito
Folha de Rosto	Folharosto.pdf	07/03/2016 15:30:44	LIBERATA CAMPOS COIMBRA	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	DeclaracaoresponsabilidadeFinanceira.pdf	07/03/2016 15:27:57	LIBERATA CAMPOS COIMBRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Equipe.pdf	07/03/2016 15:19:14	LIBERATA CAMPOS COIMBRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 26 de Julho de 2016

**Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador)**

Endereço:	Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho		
Bairro:	Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética	CEP:	65.080-040
UF: MA	Município:	SAO LUIS	

Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

ANEXO B

NORMAS DA REVISTA **HISTÓRIA, CIÊNCIAS, SAÚDE – MANGUINHOS**

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ISSN 0104-5970 *versão
impressa*

ISSN 1678-4758 *versão
on-line*

- [Objetivo e política editorial](#)
- [Apresentação de originais](#)

Objetivo e política editorial

História, Ciências, Saúde - Manguinhos publica artigos e notas de pesquisa inéditos, documentos e imagens de valor histórico, debates, entrevistas e resenhas de livros e produções digitais relevantes para a história das ciências e da saúde.

A submissão de um artigo à revista implica que ele não foi publicado anteriormente e que não está sendo considerado para outra publicação.

Os textos submetidos às diversas seções da revista são avaliados por membros do Conselho Editorial e pareceristas *ad hoc*. Quando são sugeridas mudanças ou correções, os originais são devolvidos aos autores. A publicação implica a cessão integral dos direitos autorais em todos os idiomas à Casa de Oswaldo Cruz (COC).

Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações ou cortes nos trabalhos recebidos para adequá-los às normas da revista, respeitando o estilo do autor e o conteúdo original.

Seções

Análise - Textos analíticos resultantes de estudos e pesquisas concernentes a temas de interesse para *História, Ciências, Saúde - Manguinhos* (até nove mil palavras).

Depoimentos - Entrevistas com pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para o conhecimento da história das ciências ou da saúde (até seis mil palavras).

Imagens - Textos elaborados a partir de imagens, fotografias, gravuras, desenhos etc. em preto e branco ou em cores, acompanhados de legendas e texto introdutório (até oito páginas de imagens e cinco mil palavras).

Fontes- Destina-se à divulgação de bibliotecas e arquivos, acervos ou fundos, documentos transcritos ou reproduzidos em fac-símiles, obras raras ou ainda coleções científicas que tenham relevância para a pesquisa sobre a história das ciências ou da saúde, descritos e/ou analisados em texto introdutório (até cinco mil palavras).

Debate - Temas históricos ou da atualidade propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista (até seis mil palavras).

Nota de Pesquisa - Relato preliminar, mais curto e incipiente do que um artigo, enfatizando hipóteses, progressos e dificuldades de pesquisas em andamento, com análise de fontes, métodos e técnicas utilizados e de desdobramentos antevistos (até três mil palavras).

Livros & Redes - Resenhas e análises críticas de obras publicadas, filmes e vídeos, bem como matérias relativas a redes e bancos de dados informatizados (até mil palavras).

Cartas - Comentários e críticas a artigos ou a qualquer texto publicado em números anteriores da revista, ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Apresentação de originais

Os originais devem ser submetidos pelo endereço: <https://mc04.manuscriptcentral.com/hcsm-scielo>

História, Ciências, Saúde - Manguinhos aceita colaborações em português, espanhol, inglês e francês para todas as seções. Os originais devem ser digitados em programas compatíveis com ambiente Windows. Devem ser acompanhados de folha de rosto em que constem título do trabalho, nome(s) do(s) autor(es), instituição(ões) a que pertence(m), por extenso, cargo(s) ocupado(s), endereço(s) completo(s) da instituição e *e-mail*.

O texto deve ser apresentado em Times New Roman, tamanho 12, com espaçamento 1,5.

A contagem de palavras do texto deve incluir as notas e as referências.

Nas citações diretas, é necessário especificar o autor, o ano e a página da citação. Todas as citações de obras em outros idiomas devem ser traduzidas para o português; a inclusão do trecho original em nota é opcional.

Pede-se que os autores destaquem termos ou expressões no texto por meio de aspas duplas e não por itálico ou negrito (bold).

Ilustrações - Tabelas, figuras, gravuras, ilustrações, gráficos e desenhos em geral devem ser apresentados em arquivos separados do texto. Imagens digitalizadas devem ser apresentadas com resolução de no mínimo, 600 dpi reais (não interpolados), em tamanho natural e salvas em formato JPEG e em cores RGB. Cromos ou *slides* devem ser apresentados com no mínimo, 2.500 dpi reais (não interpolados). Tabelas devem vir em arquivos Word; gráficos e planilhas em Excel, sempre com indicação de título e fonte. Imagens não podem ser anexadas em arquivos do programa Word, pois a resolução não tem a qualidade necessária para impressão *offset*. Materiais provenientes de câmeras digitais devem ter, no mínimo, 3 megapixels de resolução ótica sem compressão (módulo *highdefinition*). Todas as imagens devem vir com a devida numeração e acompanhadas de legendas e indicação de fonte.

Resumo - Os artigos devem vir acompanhados de resumo na língua principal com, no máximo, 120 palavras.

Palavras-chave - Os autores devem apresentar até cinco palavras-chave, na língua original, representativas do conteúdo do trabalho.

Nomenclatura - Devem ser observadas cuidadosamente as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

Notas - As notas devem ser restritas ao mínimo indispensável, numeradas e indicadas ao fim do artigo. No Word, devem ser inseridas como notas de fim e não notas de rodapé. A menção a documentos ou a obras citadas deverá constar no item Referências e não nas notas.

Instruções para elaboração de referências - Todos os títulos e documentos citados deverão ser apresentados ao final do artigo, com o título Referências, sem distinção entre livros, periódicos, documentos etc.

Exemplos:

LIVRO

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. *Cidadania e justiça*. Rio de Janeiro: Campus. 1979. Chamada no texto (Santos, 1994)

CAPÍTULO DE LIVRO

GLICK, Thomas F. The Rockefeller Foundation and the emergence of genetics in Brazil, 1943-1960. In: Cueto, Marcos (Org.). *Missionaries of science: the Rockefeller Foundation and Latin America*. Indianapolis: Indiana University Press. p.149-164. 1994. Chamada no texto (Glick, 1994)

ARTIGO DE PERIÓDICO

BACHELARD, Gaston. A homeopatia e seus ritmos. *Revista de Homeopatia*, v.60, n.1, p.25-26. 1996. Chamada no texto: (Bachelard, 1996)

TESES E DISSERTAÇÕES

EDLER, Flavio C. *As reformas do ensino médico e a profissionalização da medicina na corte do Rio de Janeiro - 1854-1884*. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1992. Chamada no texto: (Edler, 1992)

DOCUMENTO DE ARQUIVO

ARANHA, Luís de Freitas Vale. Carta a José Pinto. Arquivo Pedro Ernesto Batista, série Correspondência; PEB c 1935.01.15 (Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil, Rio de Janeiro). 15 jan. 1935. Chamada no texto: (Aranha, 15 jan. 1935)

Consulte [as instruções para elaboração de referências documentais](#).

Nenhum original será devolvido.

A aprovação dos originais para publicação requer cessão de direitos do artigo para a revista, que segue as determinações da licença 'CCBY 4.0'

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

ANEXO C

NORMAS DA REVISTA CIENCIA E SAÚDE COLETIVA

Revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”,

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5)

palavras-chave. palavras-chave/keywords. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (<https://orcid.org/>) e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/cscscielo>), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID iD.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).
5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).
6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.
7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *etal.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 (p.38).

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados aperiódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação. Exemplos de como citar referências.

ANEXO D
MODELO DE CAPA PADRONIZADA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EMSAÚDE COLETIVA