

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Thaís Titon de Souza

**PRÁTICA EDUCATIVA DE AGENTES DE SAÚDE NO
PROJETO DE SAÚDE DA COOPERALFA:
REVISITANDO A HISTÓRIA APÓS 30 ANOS**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva
Orientador: Prof. Dr. Marco Aurélio Da Ros

Florianópolis
2011

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

S729p Souza, Thaís Titon de
Prática educativa de agentes de saúde no projeto de
saúde da Cooperalfa [dissertação] : revisitando a história
após 30 anos / Thaís Titon de Souza ; orientador, Marco
Aurélio Da Ros. - Florianópolis, SC, 2011.
175 p.: il., mapas

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde pública. 2. Educação em saúde. 3. Família -
Saúde e higiene. 4. Saúde - Santa Catarina. I. Da Ros, Marco
Aurélio. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa
de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

Thaís Titon de Souza

**PRÁTICA EDUCATIVA DE AGENTES DE SAÚDE NO
PROJETO DE SAÚDE DA COOPERALFA: REVISITANDO A
HISTÓRIA APÓS 30 ANOS**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre em Saúde Coletiva”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Florianópolis, 10 de novembro de 2011.

Prof.^a. Dr.^a. Karen Glazer de Anselmo Peres
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Prof., Dr. Marco Aurélio Da Ros
Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof., Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo,
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a, Dr.^a. Marta Inez Machado Verdi
Universidade Federal de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

Ao Marcão, meu orientador e amigo de longa data, pelos ricos momentos vividos na saudosa sala 42, que me formaram pessoal e profissionalmente. Por essa paixão pelo SUS aprendida, mesmo que algumas coisas levassem tanto tempo (dois anos para entender a promoção da saúde?!), muito obrigada!

Ao professor Lúcio Botelho pela disponibilidade e prontidão em contribuir, contando casos e encontrando pessoas e documentos importantes para esse estudo.

Aos professores Marta, Cutolo e Rodrigo por terem atendido aos convites para as bancas de qualificação e defesa, dispondo de seu tempo e conhecimento para analisar esta dissertação.

À Denise, pequena grande educadora popular, companheira de sala 42 por anos em que aprendemos muito juntas.

Às pessoas envolvidas com o Projeto e que fizeram parte desta pesquisa, pela disponibilidade para o diálogo.

Aos profissionais do CEOM – Julmir, Elisandra e Aline –, que contribuíram com muita disposição para a coleta de dados, ajudando-me a contar a história do Projeto de Saúde da Cooperalfa.

À Cooperalfa, pela colaboração no desenvolvimento deste estudo.

Às minhas famílias, de nascença e conquistada: mãe, pai, Dete, Fábio, Flávio, madrinha, Ana, Alepam, Caquinho... Valeu pelo apoio nos diferentes momentos e de diferentes formas, pela grande amizade. Muri, thank´s pelos abstracts.

Ao Jú, meu companheiro e grande amigo. Obrigada pelo carinho, pelas nossas “rusgas no estilo bronca de ser”, pela nossa vida juntos. Valeu pelo tempo cedido, por agüentar a distância próxima nas imersões noturnas e aos finais de semana na pesquisa, enfim, pela paciência forçada pelas circunstâncias. Enfim, finalizamos essa etapa!

RESUMO

A partir de uma revisão histórica, pretendeu-se analisar a prática educativa de Agentes de Saúde no Projeto de Saúde da Cooperalfa, desenvolvido em municípios do meio oeste catarinense baseado nos princípios da Atenção Primária. Através de um estudo exploratório descritivo qualitativo, foi realizada pesquisa documental retrospectiva e pesquisa em campo, através de entrevistas semi-estruturadas direcionadas a sujeitos envolvidos especialmente entre os anos de 1980 e 1982. Os documentos levantados foram, inicialmente, mapeados a partir de temas-chave, a fim de possibilitar a organização da descrição dos dados. Fotos e slides foram analisados tanto no sentido de contribuir para a qualificação das informações escritas quanto na disponibilização de novas informações. Posteriormente, recorreu-se ao procedimento descritivo do *corpus* dos documentos recolhidos, construindo-se a história do Projeto. As informações das entrevistas referentes à história foram utilizadas também descritivamente, enquanto os demais dados foram tratados através da análise textual discursiva. Os resultados foram sistematizados em três categorias: “afinal, que método era esse?”, “da escolha ao cotidiano do Agente de Saúde: potencial educador em saúde”, e “do Agente de Saúde ao Agente Comunitário de Saúde”. Identificou-se que os referenciais teóricos e metodológicos e os valores, que norteavam a formação dos Agentes contribuíram para sua vinculação e compromisso com o Projeto, aumentando sua possibilidade de atuar em prol da comunidade e fomentando sua prática educativa. Ainda que esta não fosse uma função claramente proposta, observou-se que o Agente era um educador em saúde, incorporando às suas práticas referenciais e valores utilizados em seu próprio processo de formação. Desta forma, desenvolveu uma postura educativa ética, transformando-se em um verdadeiro agente de transformação social. Por fim, identificou-se que, enquanto o Agente de Saúde desenvolvia com clareza seu papel de elo entre comunidade e serviço de saúde, sendo educador em sua essência, o Agente Comunitário desponta atualmente como serviço para a comunidade, o que pode, em parte, reduzir seu potencial enquanto agente de transformação. Concluiu-se que os resultados encontrados podem servir de subsídio para repensar a formação e o papel do Agente Comunitário de Saúde atualmente, tendo-se como base os princípios e as diretrizes que regem o SUS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Educação e Saúde. Saúde da Família.

ABSTRACT

Starting from a historical revision, the analysis of the educational practice of Health Agents in Cooperalfa Health Project, performed in cities in the middle-west of Santa Catarina and based on Primary Care principles, was intended. Through a qualitative descriptive exploratory study, a retrospective documental research and a field research were made by means of semi-structured interviews directed at subjects involved specially between 1980 and 1982. The gathered documents were, initially, mapped by key themes to allow the organization of the data description. Photographs and slides were analyzed to both contribute to the qualification of written informations and provide new information. Afterwards, the descriptive procedure of the *corpus* was used, building the story of the Project. The information from the interviews referring to the story were also used descriptively, while the remaining data was treated through discursive textual analysis. The results were sistemized in three categories: “what method was that after all?”, “from choices to routine of Health Agents: educational potential in health”, and “from Health Agent to Communitary Health Agent”. The theoretical and methodological referentials and values that directed the Agents’ formation were found to contribute to their linking and commitment to the Project, heightening their possibilities to act in favour of the community and enhancing their educational practice. Even if this was not a clearly proposed function, the Agent was a health educator, incorporating to its practices referentials and values used on its own formation process. This way, an ethical educational posture rose, transforming the Agent into a true agent of social transformation. Finally, it was noted that, while the Health Agent filled its role of link between community and health service clearly, being an educator in essence, the Communitary Agent rises currently as a service to the community, which can, partially, reduce its potential as a transformation agent. The conclusion that the results found might serve as a subside to rethink the current formation and role of Communitary Health Agents, having as a basis the principles and directives that rule SUS, was reached.

Keywords: Primary Health Attention. Education and Health. Family Health.

SUMÁRIO

PARTE I – PROJETO DE PESQUISA AMPLIADO	13
1 INTRODUÇÃO	15
1.1 OBJETIVOS	20
1.1.1 Objetivo Geral.....	20
1.1.2 Objetivos Específicos	20
2 REVISÃO TEÓRICA	21
2.1 ALMA ATA E A PROPOSTA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL	21
2.2 ATENÇÃO BÁSICA: ESTRATÉGIA BRASILEIRA DE REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL DE SAÚDE	25
2.3 EDUCAÇÃO E SAÚDE: DIFERENTES CONCEPÇÕES	28
2.3.1 Educação Sanitária	30
2.3.2 Educação Popular e Saúde.....	33
2.4 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	36
2.4.1 ACS: educador em saúde?	40
3 PERCURSO METODOLÓGICO	43
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	43
3.2 SUJEITOS DA PESQUISA.....	44
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	45
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	46
3.4.1 Unitarização	47
3.4.2 Categorização	48
3.4.3 Comunicação	49
3.5 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PERCURSO METODOLÓGICO	49
3.6 DEVOLUÇÃO DOS DADOS AOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	49
4 RESULTADOS.....	51
4.1 A HISTÓRIA DO PROJETO DE SAÚDE DA COOPERALFA	52
4.1.1 Contexto da época na região	52
4.1.2 Origem do Projeto de Saúde da Cooperalfa	56
4.1.3 O desenho do Projeto de Saúde da Cooperalfa	60
4.1.3.1 Primeiro nível de atuação: o Agente de Saúde.....	61
4.1.3.2 Segundo nível de atuação: o Posto de Saúde	75
4.1.3.3 Sistema de coordenação e supervisão do Projeto.....	78
4.1.4 Implantação do Projeto	80
4.1.5 Implementação do Projeto	84
4.1.6 Finalização do Projeto de Saúde da Cooperalfa.....	90
4.1.7 Análise sobre o Projeto de Saúde da Cooperalfa	93
4.1.7.1 Indicadores de atendimentos.....	93
4.1.7.2 Análise comparativa entre os custos dos serviços prestados pelo Projeto e pelo INAMPS	95

4.1.7.3 Análise da prática e resultados.....	95
REFERÊNCIAS.....	103
APÊNDICE A – TCLE.....	113
APÊNDICE B – Guia para as entrevistas.....	114
ANEXO A – Temas dos cadernos Saúde para Todos, v. 6 e 7.....	115
ANEXO B – Tabelas de serviços prestados e valores cobrados..	116
ANEXO C – Critérios para implantação do Projeto	117
ANEXO D – Atividades dos as, de mar./1981 a fev./1982.....	118
PARTE II – ARTIGOS CIENTÍFICOS	119
ARTIGO 1	121
ARTIGO 2	137
ARTIGO 3	157

PARTE 1 – PROJETO DE PESQUISA AMPLIADO

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o conceito de educação e saúde vem sendo discutido constantemente, coexistindo diferentes significados e entendimentos na saúde coletiva sobre o que seria a prática educativa no setor e como se daria sua inserção no cotidiano dos trabalhadores e dos indivíduos e comunidades envolvidas.

No Brasil, tradicionalmente as ações de educação e saúde caracterizaram-se por conter um forte cunho reducionista, prescritivas de comportamentos ideais desvinculados da realidade e distantes dos sujeitos sociais (PEDROSA, 2007). Essas práticas puderam ser observadas desde o final do século XIX, em um contexto político de forte domínio de oligarquias rurais e de extrema debilidade dos atores populares. A educação e saúde era ainda breve e marginal, realizada através da imposição de normas e de medidas de saneamento consideradas científicas, já que para as autoridades o povo era incapaz de maiores entendimentos (VASCONCELOS, 1999).

No final da Primeira República, no auge do combate às endemias, foram criados serviços voltados para o saneamento dos sertões que mantinham a ausência do ator popular como elemento ativo no processo saúde-doença, seguindo com a prática de que os técnicos detinham um saber científico a ser incorporado e aplicado pela população ignorante (VASCONCELOS, 1999). Trabalhava-se, nesta lógica, com a proposta de educação e saúde como educação sanitária, uma ação prestada pelos profissionais onde as informações são tratadas como um bem que tem de ser passado ao e absorvido pelo paciente (ALBUQUERQUE, 2003).

Em 1977, durante a IV Reunião dos Ministros das Américas, problematizou-se esta concepção, discutindo-se a necessidade de fortalecer o relacionamento e as práticas educativas entre o sistema formal de saúde e a comunidade através de diálogo e de troca de informações a fim de promover a participação comunitária ativa, consciente, responsável, deliberada, organizada e contínua (RICE & CANDEIAS, 1989).

Em 1978, a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde (Conferência de Alma Ata) destacou que os cuidados primários devem integrar o sistema de saúde, representando o primeiro nível de contato dos indivíduos, famílias e comunidade com o mesmo e garantindo um conjunto de ações, dentre elas a educação relativa a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle.

Desta forma, os indivíduos deveriam conhecer melhor suas condições de saúde, promovendo seu próprio desenvolvimento e atuando como sujeitos de transformação da realidade ao invés de agirem como meros receptores de informações. Assim, acreditava-se que seria possível que indivíduos e comunidades tivessem possibilidade de escolher entre as alternativas e as informações que lhes eram apresentadas, compreendendo as conseqüências de suas escolhas (o que, por muitos autores, é chamado de autonomia¹).

Em 1980, a partir de Discussões Técnicas da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), foi reconhecida a necessidade de aceitar novos enfoques e de propor novas estratégias para integrar a educação e a participação comunitária nas atividades da atenção primária em saúde.

Foram apresentados resultados de um estudo realizado em todas as Américas, em que se identificou a utilização predominante de métodos tradicionais e passivos de educação e saúde, como comunicação em massa, recursos audiovisuais, fotonovelas, aulas didáticas e palestras. Apenas em alguns países as comunidades tinham a oportunidade de participar de forma mais ativa, através de teatro, canções, feiras, dias de saúde e dinâmicas de grupo. Discutia-se, portanto, a necessidade de mudanças nas práticas de educação, recorrendo à fundamentação da participação comunitária, uma vez que a prática educativa predominante pouco contribuía para a melhoria nos níveis de saúde da população (RICE & CANDEIAS, 1989).

No Brasil, também almejando a emancipação² dos indivíduos, durante a década de 1980 intensificaram-se experiências baseadas na educação popular e saúde buscando a superação da educação alienadora ainda dominante e impulsionadas pelos avanços conquistados através do Movimento Sanitário – ainda que essa concepção de educação não fosse defendida por todos os movimentos políticos e sociais que deste eram parte (VASCONCELLOS, 2001).

¹ Porto & Garrafa (2006) discutem sobre a utilização constante da palavra autonomia, trazendo o risco de sairmos da discussão sadia do respeito à individualidade e irmos ao extremo oposto, a uma discussão egoísta capaz de anular qualquer visão coletiva e indispensável para o enfrentamento das injustiças sociais atuais, reduzindo a abordagem bioética à esfera individual. Os autores complementam com a necessidade de promover a distribuição de riqueza, a emancipação pessoal e a libertação de consciência na busca pela justiça social, tanto na dimensão individual quanto coletiva.

² Corroborando com o entendimento de Garrafa (2005), neste trabalho será utilizado o termo emancipação, correspondendo ao suprimento da dependência, o que possibilitaria uma escolha independente, fundamentando-se na impossibilidade de autonomia em um contexto social injusto no qual não há possibilidades de escolhas livres.

A educação popular e saúde buscava e ainda almeja trabalhar a constituição de novos sujeitos, individuais e coletivos, constituídos no processo de análise, reflexão e ação sobre a realidade. Sua concepção teórica, valorizando o conhecimento como uma construção coletiva, entende educação e saúde dialeticamente, realizada através de uma relação horizontal baseada nas trocas entre os diferentes atores envolvidos.

Esta foi a concepção de educação e saúde que, na mesma década, guiou no estado de Santa Catarina (SC) uma experiência pioneira inspirada nos referenciais de Alma Ata que se concretizou na Atenção Primária como estratégia para a transformação social através de ampla participação popular.

O Projeto de Saúde da Cooperalfa (Cooperativa Regional Alfa)³, uma parceria entre esta Cooperativa e a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), desde sua implantação pretendeu pautar-se em um trabalho social, dialeticamente. Desta forma, a relação educativa preconizada entre os técnicos e a população baseou-se na concepção de que esta era sujeito das ações e não mero objeto de trabalho daqueles, mais alinhada à educação popular e saúde do que com a proposta da educação sanitária tradicional (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

O Projeto visava, basicamente, criar uma rede de serviços que atendesse às necessidades da população residente na área de abrangência da Cooperalfa, no meio oeste catarinense. Serviços esses hierarquizados no sentido de complexidade⁴ crescente e que, no seu conjunto, atendessem pelo menos 90% da demanda espontânea e induzida (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

Apresentando alta resolubilidade, pouco fez uso de recursos do complexo médico-industrial e, sobretudo, valorizou a participação ativa da população em todas as suas etapas, contando com a formação de Agentes de Saúde eleitos pelas comunidades. Desta forma, o Projeto consolidou-se como uma experiência não-estatal, rural e de baixo custo, com proposta educativa diferenciada.

A participação da comunidade constituiu-se basicamente em dois níveis: um informal, representando a expressão política e cultural das comunidades; e outro mais institucionalizado marcado pela prática de

³ Esta era a denominação da Cooperalfa na época de implantação do Projeto de Saúde. Atualmente, chama-se Cooperativa Agroindustrial Alfa.

⁴ Os documentos analisados colocam que o objetivo do Projeto de Saúde era a organização dos serviços em níveis de complexidade crescente, referindo-se ao que, atualmente, colocamos como níveis de densidade tecnológica crescente.

Agentes de Saúde (AS) eleitos pelas comunidades, sem instituição de vínculo salarial – condição entendida como resultante do vínculo essencialmente ideológico, e não financeiro, destes sujeitos com a proposta de atenção à saúde (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

Oficialmente no Brasil, a figura deste Agente originou-se a partir da criação do PACS (Programa dos Agentes Comunitários de Saúde) em 1991, após a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 – entretanto, outras experiências no país e em outras localidades do mundo remontam à história deste sujeito.

No escopo de ações previstas atualmente como de responsabilidade do Agente Comunitário de Saúde (ACS), hoje inserido na Estratégia de Saúde da Família (ESF), está o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e vigilância em saúde através de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas, apesar de não serem descritas diretrizes para essa prática na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB – e, não obstante, pouco se ter desenvolvido a função de educador deste sujeito (BRASIL, 2011).

Uma questão fundamental para isso são os aspectos referentes aos limites profissionais, que têm condicionado um campo de luta em que o embate se dá justamente para o estabelecimento de espaços de poder na área da saúde, ao invés da qualificação da atenção (LEOPARDI, 1999).

Ainda hoje é vigente a concepção de que práticas de educação e saúde devem ser desenvolvidas exclusivamente por profissionais de nível superior, como se fosse parte do trabalho sanitário apenas destes. Se o que se busca é a integralidade da atenção efetivamente, há que se pensar em caminhos em que o conhecimento técnico não seja considerado mais importante do que os demais conhecimentos existentes nas relações que se estabelecem e são produtoras de saúde e cuidado na Atenção Básica.

Recentemente, publicação do Ministério da Saúde considera que a educação e saúde é inerente a todas as práticas desenvolvidas no setor, sendo necessário repensá-la na perspectiva da participação e do controle social e da mobilização em defesa do SUS, o que poderia ser aplicado também à prática do ACS (BRASIL, 2007).

Sendo o ACS um educador, seria possível o desenvolvimento de uma lógica relacional com a comunidade e com outros profissionais de saúde diferente daquela predominante atualmente, ainda baseada na hierarquia de poder entre as diferentes profissões que compõem o

escopo da Atenção Básica, estruturado a partir do nível de formação e da categoria dos profissionais.

Em 1999, já se colocava como uma das funções do ACS *“desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente”* (BRASIL, 1999, p.1). Ou seja, as relações hierárquicas no setor se mostram fortemente enraizadas, demonstrando que as ações educativas, mesmo que permitido seu desenvolvimento pelo ACS, devem ser supervisionadas por alguém “competente”, o que denota uma falsa autonomia para esta prática, a uma autonomia vigiada, controlada.

Na perspectiva de fazer do ACS um agente de mudanças, também sujeito da ação educativa, procurando o compartilhamento de saberes em um processo de aprendizagem e transformação mútua não somente na área da saúde, mas também no despertar da consciência coletiva, é apresentada, a educação popular como instrumento de retomada deste papel e de transformação das tradicionais práticas de educação e saúde em práticas pedagógicas que contribuam para a emancipação – das pessoas no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença e dos profissionais diante da possibilidade de reinventar modos de cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais (PEDROSA, 2007).

No cotidiano dos Agentes de Saúde do Projeto da Cooperalfa, a interação entre os diversos saberes, pautada na educação popular, constituiu-se como instrumento para a construção do conhecimento ao qual correspondia uma prática determinada – a produção de saúde na comunidade (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

Nesta proposta, o conjunto de elementos teóricos, metodológicos e de valores resultou em um novo projeto assistencial que procurou dar conta da complexidade das necessidades de saúde no local. Por este motivo e por parte significativa dos princípios e diretrizes que já se faziam presentes, no início da década de 1980, serem aqueles que, anos após, constituiriam a base do SUS, o Projeto se coloca na posição de proposta inovadora no âmbito da Atenção Primária no estado de Santa Catarina.

Com base no exposto, este estudo procurou investigar: **como se dava a prática educativa de Agentes de Saúde no Projeto de Saúde da Cooperalfa? É possível que esta experiência contribua para o fortalecimento do papel de educador do Agente Comunitário de Saúde atualmente na Atenção Básica?**

Parti-se do pressuposto de que uma relação educativa horizontal baseada em valores de solidariedade, respeito e igualdade fortalece o compromisso dos sujeitos enquanto educadores, sendo capaz de contribuir para a redução de iniquidades sociais. Neste sentido, acredita-se que a riqueza de revisitar a história deste Projeto permitirá ao olhar do presente retomar os valores e os elementos teóricos e metodológicos da formação e da prática educativa do AS, contribuindo na atualidade para o fortalecimento do compromisso com a transformação social no setor saúde.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar a prática educativa de Agentes de Saúde no Projeto de Saúde da Cooperalfa, especialmente no período compreendido entre 1980 e 1982.

1.1.2 Objetivos Específicos

Identificar a história acerca do processo de planejamento, implantação e desenvolvimento do Projeto de Saúde da Cooperalfa;

Sistematizar os referenciais teóricos e metodológicos que norteavam a formação dos Agentes de Saúde no Projeto;

Identificar concepções de educação e saúde e valores e referenciais da prática de educação e saúde do AS presentes no Projeto;

Identificar a percepção de sujeitos inseridos no Projeto sobre os resultados produzidos pela experiência de educação e saúde do AS nas equipes de saúde e nas comunidades envolvidas.

2 REVISÃO TEÓRICA

2.1 ALMA ATA E A PROPOSTA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL

A Atenção Primária em Saúde (APS) representa o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela longitudinalidade e integralidade da atenção, coordenação do cuidado e orientação e participação comunitária (STARFIELD, 2002).

Desde meados do século XX, a APS vem exercendo papel fundamental na organização dos sistemas de saúde em diversos países, surgindo principalmente como resposta às dificuldades enfrentadas pela crescente elevação de gastos no setor frente à influência exercida pelo modelo médico hegemônico, que também se mostrou insuficiente quanto ao impacto na melhoria da qualidade de vida e saúde da população e otimização dos serviços (GIL, 2006).

Levantando questões relacionadas às necessidades de mudanças do modelo assistencial de saúde e de melhor alocação, racionalização e utilização de recursos, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978 em Alma Ata, reafirmou a saúde como direito humano fundamental e conceituou os cuidados primários, sendo até hoje considerada um marco de influência nos debates sobre os rumos das políticas de saúde:

Cuidados primários são cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade [...]. Além de serem o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde (OMS/UNICEF, 1979, p. 2).

A Conferência de Alma Ata impulsionou a APS em escala mundial, uma vez que mais de 140 países aceitaram sua Declaração e a

postulação de que a Atenção Primária constitui o alicerce para a busca de melhores níveis de saúde para as populações⁵ (OMS/UNICEF, 1979).

No Brasil, as primeiras experiências nacionais em APS são anteriores à Alma Ata e se desenvolveram em 1960 a partir dos programas de integração docente-assistencial dos Departamentos de Medicina Preventiva, vinculados às escolas de medicina (FAUSTO, 2005). Entretanto, a Declaração desta Conferência contribuiu com aportes conceituais e práticos, guiando outras experiências de implantação de serviços municipais de saúde no final da década de 1970 e início de 1980, inspiradas pelo Movimento pela Reforma Sanitária, que surgiu no país neste período (SCOREL, 1998).

De acordo com Gil (2006), no momento anterior à criação do SUS, a APS apresentava-se como proposta de ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial. O caminho apontado para sua efetivação era a municipalização da atenção à saúde por meio da estruturação de uma rede de serviços básicos dentro dos princípios da Atenção Primária, com recursos financeiros para sua execução (JUNIOR & JUNIOR, 2006).

Em 1983, no país, o Programa de Ações Integradas de Saúde denotou às Ações Integradas de Saúde (AIS) caráter de política prioritária, sendo estas consideradas atualmente uma proposta embrionária do SUS: centradas nos municípios, que deveriam, para obter recursos, apresentar um plano municipal de saúde e construir uma comissão interinstitucional de saúde para acompanhamento do Programa (DA ROS, 2006). De acordo com Bertolozzi & Greco (1996), as AISs tinham como princípios, a regionalização, a hierarquização, o repasse de recursos da Previdência e a descentralização do planejamento e da administração.

A partir de experiências desenvolvidas através das AIS e de discussões travadas pelo Movimento de Reforma Sanitária, realizou-se a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 com o tema “Saúde: direito de todos e dever do Estado”, sendo consagradas as principais diretrizes para a constituição de um sistema de saúde nacional.

Os resultados alcançados durante décadas a partir da sustentação de um sistema de saúde baseado em um modelo de atenção centrado na medicina especializada, desenvolvida no ambiente hospitalar e com uso crescente de tecnologia biomédica, explicitaram a

⁵ Apesar de a APS ser considerada o alicerce para a busca de melhores condições de saúde, é importante ressaltar que estas condições são essencialmente resultantes de fatores sociais, assumindo-se, portanto, que o setor saúde por si só não é capaz de resolver todas as questões relacionadas com a saúde da população.

necessidade de estruturar um novo sistema de saúde a partir da Atenção Primária. Desta forma, ocorreu a construção de um SUS cujos princípios fundamentais se constituíram como universalidade, equidade, atendimento integral, descentralização dos serviços, regionalização e hierarquização da atenção e participação da população na formulação e no acompanhamento das políticas do Sistema (BARATA, TANAKA & MENDES, 2004).

Como estratégia do SUS para reorientação do modelo assistencial, foi criado em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), operacionalizado mediante a implantação de equipes multiprofissionais constituídas por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliares ou técnicos de enfermagem e ACS, responsáveis pelo acompanhamento de um número de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada.

O Programa foi concebido como um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização a ser instituído em áreas de risco definidas a partir do Mapa da Fome do IPEA – Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (BRASIL, 1994). A característica seletiva do PSF, portanto, configurava a face não universalizante da Atenção Primária implantada no Brasil nesta época.

Com sua expansão, o PSF tornou-se uma política de governo e, como tal, passou a constituir-se como uma Estratégia a partir de 1997. Desta forma, destituiu-se do caráter provisório de um Programa e ultrapassou os limites colocados pela vinculação ao Mapa da Fome, avançando para além da cobertura assistencial em áreas de maior risco social.

Com uma clara definição do território e das pessoas sob responsabilidade de cada equipe de saúde, fortalecendo seu vínculo com a população e trazendo características marcantes em seu processo de trabalho – como promoção da saúde, multi/interdisciplinaridade, visitas domiciliares, educação e saúde e resolubilidade de mais de 80% neste nível de atenção –, a ESF se configurou como a maneira definida pelo Ministério da Saúde brasileiro para operacionalizar uma APS ampliada, universal e orientada para a comunidade (DA ROS, 2006).

No Brasil a origem do PSF/ESF remonta à criação do PACS, em 1991, como parte do processo de reforma do setor saúde. De acordo com Castro, Vilar & Fernandes (2004), o PACS foi implantado, primeiramente, em 13 estados do Norte e Nordeste, sendo posteriormente difundido para as demais regiões do país. Atualmente, este Programa é considerado uma estratégia transitória para a ESF, incorporando os ACS às equipes de Saúde da Família como sujeitos fundamentais para sua consolidação.

Ainda buscando a consolidação da ESF e, por conseguinte, da Atenção Primária no país, em 2008 foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) pelo Ministério da Saúde. Seguindo a lógica de incentivo federal para sua implantação, a exemplo do modelo de inserção e consolidação da ESF, o NASF busca ampliar o escopo de olhares e ações e contribuir para a longitudinalidade e integralidade com a inserção de diferentes profissionais neste nível de atenção, como nutricionista, farmacêutico, psicólogo, assistente social e psiquiatra, dentre outros (BRASIL, 2008). O processo de trabalho desta equipe deve ser pautado na construção compartilhada do cuidado e na coresponsabilização junto à ESF, sem constituir-se como porta de entrada do SUS, ainda que inserida na APS.

Após a criação do SUS e o desenvolvimento de seus mecanismos financeiros e operacionais, incluindo o PACS e, posteriormente, o PSF/ESF e o NASF, tem sido cada vez mais freqüente no país o uso do termo Atenção Básica em Saúde para fazer referência à Atenção Primária, como colocado por Gil (2006). Para esta autora, dada a complexidade e a heterogeneidade do Brasil, a adoção e mesmo a superposição desses diferentes referenciais é, de certa forma, esperada.

Vuori (1986) coloca que, além da diversidade de nomenclaturas, é também possível identificar diferentes concepções no tocante à Atenção Primária em Saúde, levantando ao menos quatro diferentes entendimentos: como um conjunto de atividades; um nível de atenção; uma estratégia de organização do sistema de serviços; ou, um princípio que deve nortear todas as ações desenvolvidas em um sistema de saúde.

Starfield (2002) complementa colocando que as várias formas de compreensão apresentadas não são excludentes, podendo coexistir em um mesmo sistema de saúde, sendo difícil identificar uma única definição que exprima o significado da APS. Além disso, no esforço de estabelecer políticas e programas de Atenção Primária como eixo central para a organização de serviços e sistemas de saúde, cada nação tem apresentado uma forma singular de configurá-la em seu território.

No Brasil, a Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a PNAB, estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização deste nível de atenção e define a Atenção Básica como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o

objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelos quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011, p.48).

Para Baptista, Fausto & Cunha (2009), o termo utilizado tanto na política oficial como no âmbito acadêmico tem sido o estabelecido pela PNAB, configurando-se como a estratégia de reorientação do modelo assistencial adotada pelo Ministério da Saúde brasileiro e instituindo-se como uma proposta de Atenção Primária ampliada. Por este motivo, o termo Atenção Básica será utilizado neste trabalho, compreendendo-o como o modo de referenciar na política de saúde brasileira o que se convencionou chamar de Atenção Primária em Saúde internacionalmente.

2.2 ATENÇÃO BÁSICA: ESTRATÉGIA BRASILEIRA DE REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL DE SAÚDE

A partir da década de 1990, vivenciou-se uma importante mudança na forma de organizar os serviços de saúde no Brasil. Após décadas de priorização à atenção especializada ancorada no poder biomédico e desenvolvida essencialmente no nível hospitalar – herança, ainda, da medicina previdenciária –, os investimentos públicos passaram a se direcionar para a Atenção Básica através da implantação e da consolidação da ESF no país (ESCOREL *et.al.*, 2007).

Desde então, tem-se recorrido aos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade para definir a forma de

organização do SUS, em um contexto de descentralização e estímulo ao controle social (BRASIL, 2006). Neste processo histórico, a Atenção Básica foi gradualmente se fortalecendo e constituindo-se como a porta de entrada preferencial do Sistema, tendo a função de coordenar o cuidado na rede de atenção à saúde.

Por conseguinte, o país assumiu o compromisso de construir e qualificar uma Atenção Básica ampliada, desenvolvida por meio de práticas sanitárias e gerenciais democráticas e participativas, direcionadas para um território definido. São, ainda, considerados essenciais outros fundamentos para sua estruturação: o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos, a efetivação da integralidade em seus vários aspectos e o trabalho em equipe buscando ampliar o vínculo e a responsabilização junto à população adscrita (BRASIL, 2006).

Os fundamentos e preceitos colocados pressupõem a necessidade de organizar o processo de trabalho dos profissionais pautando-se em uma prática de saúde interdisciplinar, integrando diferentes categorias profissionais e, por conseguinte, diferentes saberes e práticas na produção de saúde na perspectiva de uma atenção integral e resolutiva.

Atualmente, estão incluídos neste nível de atenção os profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família e aqueles que podem fazer parte do escopo de conformação do NASF. O profissional de saúde inserido em qualquer uma das equipes referidas deve atuar nos âmbitos individual e coletivo e integrar em seu cotidiano ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2011).

Nesta teia de recomendações para a produção do cuidado na Atenção Básica, os profissionais utilizam a educação e saúde como uma ferramenta transversal, permeando todas as ações desenvolvidas no setor. O referencial utilizado nas práticas educativas, conscientemente ou não, pode contribuir para a redução das iniquidades em saúde ou reforçá-las.

É o que também discute Carvalho (2004) sobre o ideário da promoção em saúde: o modelo *behaviorista*, marcado por estratégias derivadas da abordagem de mudança comportamental resulta em culpabilização das vítimas, em que pessoas à margem do desenvolvimento capitalista são responsabilizadas por problemas de saúde cujas causas encontram-se fora de sua governabilidade.

Por outro lado, a vertente socioambiental, também denominada de Nova Promoção à Saúde, preconiza que a promoção à saúde deva ter um

papel na transformação das condições de vida dos mais desfavorecidos e que deva promover a participação dos indivíduos e de grupos populacionais em processos decisórios que digam respeito a ações de saúde. Nessa lógica, deve-se considerar tanto a necessidade de mudanças no modo de vida quanto das condições em que as pessoas vivem e adoecem (CARVALHO, 2004).

Não obstante, a grande maioria dos projetos intitulados de promoção à saúde ainda não consegue se desvincular do referencial *behaviorista* e é marcada pelo repasse de informações e indução de mudanças de comportamentos a partir da proclamação de hábitos de vida saudáveis, contribuindo muitas vezes

para uma forma sutil de vigilância e de regulação do social em que ocorre um deslocamento de estratégia de coerção – realizada diretamente sobre o indivíduo ou por intermédio de técnicas de segregação – para estratégias baseadas no cálculo abstrato dos riscos, que visa antecipar e prevenir a emergência de eventos como a doença e comportamentos desviantes e anormais (CARVALHO, 2004, p.674).

Sem um resgate dos fatores sociais que efetivamente determinam o processo saúde/doença, a promoção da saúde passa a ser confundida com a prevenção de agravos e – sem desconsiderar a importância das ações de prevenção em saúde coletiva – têm reduzido seu potencial de mudança social. Conforme Carvalho (2008), a abordagem da Nova Promoção da Saúde coloca a necessidade de fortalecer a atuação dos indivíduos e dos grupos e de incentivar as ações que ofereçam suporte social aos coletivos comunitários, considerando, para tanto, fundamental o papel da articulação intersetorial, das abordagens interdisciplinares e da participação social.

Sob a influência de autores como Paulo Freire, desenvolveu-se no interior do projeto de Promoção à Saúde a noção de empoderamento comunitário⁶ (ou empoderamento social), que busca destacar a idéia de

⁶ Para Volnei Garrafa (2005), a palavra empoderamento foi amplamente adotada no vocabulário sanitário brasileiro a partir de contribuições do economista Amartya Sen, cientista que recebeu o Prêmio Nobel de Economia. Respeitando as especificidades de cada palavra e de cada contexto, o autor faz uma comparação de empoderamento com libertação, palavra amplamente utilizada pelo educador Paulo Freire, e conclui em sua discussão preferir utilizar esta ao invés daquela ao se referir àqueles que logram sua inclusão social, inclusive no contexto da saúde (para Garrafa, a utilização mais abrangente de empoderamento

saúde como resultante de lutas de coletivos sociais por seus direitos, reforçando a importância do enfrentamento das raízes e causas das iniquidades sociais (CARVALHO & GASTALDO, 2008).

Mas, de que forma o setor saúde tem contribuído para tanto? Em que medida a educação e saúde, como um eixo transversal nas práticas do setor, tem também fomentado esse enfrentamento?

No contexto brasileiro, marcado por enormes iniquidades sociais, a forma como se tem estabelecido a relação usuário-profissional tem reforçado o reducionismo e a fragmentação das práticas, centrando esforços sobre a doença e pouco contribuindo para a integralidade da atenção e a efetiva promoção da saúde dos usuários do SUS. A concepção de educação e saúde predominante nesta relação comumente desconsidera a relação educativa como uma constante possibilidade de trocas, identificando-a mais com uma relação de imposição *versus* ignorância. Sendo assim, quem tem voz ativa nesse processo?

Se o que se busca é o fortalecimento de uma Atenção Básica ampliada, a prática de educação e saúde voltada para a transformação das condições de saúde de uma comunidade não pode estar pautada em uma relação de poder de um sobre o outro. Desta forma, a estratégia se configuraria no desenvolvimento de uma luta política em prol da saúde, subentendendo uma abordagem de promoção e educação e saúde condicionada ao fortalecimento de sujeitos individuais e coletivos, mediada pela busca da repolitização do setor.

2.3 EDUCAÇÃO E SAÚDE: DIFERENTES CONCEPÇÕES

A busca por boas condições de saúde tem sido constante e vem se desenvolvendo há muito tempo, em todo o mundo. Princípios e alternativas para seu alcance têm sido pensados, assim como reformas foram organizadas e implantadas, sem que fosse possível atingir um grau satisfatório de atendimento às necessidades de saúde de grande parte da população.

A construção de um sistema de saúde universal, equânime e integral é um dos passos possíveis nesta busca, porém não se concretiza apenas através de políticas públicas, normas e regulamentos, mas essencialmente no cotidiano dos serviços de saúde. Os alcances e os limites dos processos de trabalho e das relações em saúde têm

provavelmente se dá pelo apelo visivelmente maior à economia do que à área da educação no mundo capitalista atual).

alimentado debates, especialmente no tocante aos resultados obtidos (PEDROSA & TELES, 2001; RIBEIRO, PIRES & BLANK, 2004; ROSA & LABATE, 2005). Neste contexto, discutem-se também as práticas de educação e saúde, que estão incluídas entre as responsabilidades dos profissionais na Atenção Básica.

De acordo com Paulo Freire (2005), a educação é um ato político. Sendo assim, é necessário termos clareza de qual nossa opção a fim de que nossas ações sejam coerentes com ela. No campo da saúde, existem diferentes concepções sobre as práticas educativas, nomeadas de formas diversas, que estão relacionadas à história da educação e saúde, à forma como essas práticas têm sido apropriadas e desenvolvidas e aos diferentes interesses em jogo.

De acordo com Stotz (1993), a educação e saúde^{7,8} é, do ponto de vista tradicional, uma área de saber técnico, ou seja, um recurso através do qual as ciências sociais e da saúde instrumentalizam a prevenção e o controle dos doentes, atingindo sua vida cotidiana. Nesta lógica, os conhecimentos técnicos são apropriados pelos profissionais e repassados de forma reducionista e prescritiva de comportamentos ideais, distantes dos sujeitos em questão, como normas de conduta à população (PEDROSA, 2007).

Pedrosa (2007) critica essa concepção tradicional e positivista de educação e saúde - entendida como educação sanitária neste estudo -, que ignora a participação ativa da comunidade, desfavorecendo uma interação para além da doença ou do corpo doente sem a apreensão de necessidades mais abrangentes do sujeito em questão.

Albuquerque e Stotz (2004) corroboram as idéias defendidas por Pedrosa e discutem que, em conformidade com o princípio da integralidade, a abordagem do profissional não deve se restringir à atenção curativa e preventiva, tornando-se as práticas educativas uma ação fundamental para garantir a promoção da saúde na busca pela redução das iniquidades sociais, o que poderia ser alcançado utilizando-se o referencial da educação popular e saúde.

⁷ O termo educação e saúde será utilizado neste trabalho para denominar o vasto campo de práticas educativas relativas à saúde. A depender de suas bases conceituais e práticas, serão consideradas duas subdivisões para a educação e saúde: educação sanitária (termo que será utilizado no duplo sentido de educação para a saúde) e educação popular e saúde.

⁸ Corroborando com Stotz (1993) na compreensão de que existem itinerários vivenciados pelas pessoas que auxiliam em seu diagnóstico e terapêutica que não estão sob o controle do setor saúde, optou-se por não utilizar o termo educação em saúde, uma vez que a preposição “em” reforça o vínculo das práticas educativas com os serviços de saúde, contribuindo para o controle social dos doentes e das populações “em risco”. A partir deste entendimento, será utilizado o termo educação popular e saúde (e não educação popular em saúde).

Os autores complementam colocando que, apesar de ser um aspecto totalmente secundarizado, toda ação de saúde é uma ação educativa e, desta forma, a todo o momento tanto profissional quanto usuário estão sujeitos a ensinar e a aprender, tornando o ato de saúde um ato pedagógico em sua essência. Esses conceitos podem mudar efetivamente a forma e os resultados do trabalho em saúde, transformando pacientes em cidadãos, co-participes do processo de construção da saúde (ALBUQUERQUE & STOTZ, 2004).

Reforçando a importância social das práticas educativas, Streck (2006) discorre sobre a não isenção da educação na colaboração da geração da realidade social, deixando claro que a educação sozinha não transforma o mundo, mas que sem a educação não haverá transformação. Não obstante, para ser educador é preciso entender a existência de relações fundamentais entre educação e sociedade, no sentido de que toda teoria sobre educação contém uma visão de mundo e de sociedade ou de uma ideologia, como já colocado por Freire (1987).

No intuito de estabelecer diferenças entre as subdivisões apontadas para a educação e saúde – educação popular e saúde e educação sanitária – e colaborar para uma prática educativa mais consciente socialmente, será colocada a seguir uma visão geral de como as práticas têm sido desenvolvidas nas instituições de saúde, incluindo concepções envolvidas.

2.3.1 Educação sanitária

O campo da educação e saúde tem uma história fortemente influenciada pelo higienismo, doutrina inspirada pela revolução bacteriana. A chama inicial da educação na saúde pública nasceu do movimento antituberculose, em 1904, na primeira mostra da tuberculose em Baltimore. Nos anos seguintes, realizaram-se exposições com a intenção de despertar o interesse do público sobre o tema, apresentando imagens de pulmões tuberculosos, fotografias de habitações decrepitas e insalubres e outras cenas chocantes, na crença de que serviriam como argumentos constrangedores e de que assim o público se convenceria da necessidade de mudar seus hábitos (ROSEN, 1994).

Essas práticas puderam ser observadas desde o final do século XIX e início do século XX, em um contexto político de forte domínio de oligarquias rurais e de extrema debilidade dos atores populares. A educação e saúde era ainda breve e marginal e realizada através da imposição de normas e medidas de saneamento consideradas científicas,

já que para as autoridades o povo era incapaz de maiores entendimentos (VASCONCELOS, 1999).

No Brasil, ao discurso higienista associou-se a idéia de polícia sanitária. A então chamada "educação sanitária" cumpria o papel de controle da sociedade, tanto no tocante às questões sanitárias quanto aos aspectos referentes à vida cotidiana de famílias pobres, ensinando-as hábitos de higiene e cuidados. Essa idéia estava baseada na concepção de que as classes menos favorecidas economicamente ofereciam problemas para a organização das cidades, além da possibilidade de contágio de doenças (CHALHOUB, 1996).

Já no final da Primeira República, no auge do combate às endemias no país, surgem serviços voltados para o saneamento dos sertões que mantinham a ausência do ator popular como elemento ativo no processo saúde-doença, seguindo com a prática de que os técnicos detinham um saber científico a ser incorporado e aplicado pela população ignorante (VASCONCELOS, 1999).

Trabalhava-se com a proposta de educação para a saúde, uma ação prestada pelos profissionais onde as informações são tratadas como um bem que tem de ser passado ao e absorvido pelo paciente para que tenha saúde (ALBUQUERQUE, 2003). Desta forma, fica nítida a dominação de um sobre o outro, evidenciando-se uma ação não dialógica, onde é ignorada a possibilidade de construção de conhecimentos.

Nesta lógica, a saúde é tomada por sua disfunção biológica – a doença – e seria o equilíbrio e a harmonia do funcionamento do corpo. Para problemas específicos de doença existiriam técnicas específicas do saber médico, cientificamente legitimadas. A doença adquire, portanto, naturalidade e a educação passa a ser a utopia para a construção de uma sociedade harmônica. Para tanto, os cidadãos individualmente precisariam ser educados, tornando-se capazes de corrigir seus atos através de esforço próprio, do desenvolvimento de suas aptidões e capacidade de adaptação ao meio em que vivem.

Essa concepção fundamenta, no plano teórico, o surgimento de uma educação sanitária, que se assemelha à educação bancária descrita por Freire (1987) e que se faz a partir do ato de depositar, transferir, transmitir valores e conhecimentos. Esta é sua tônica essencial:

- a) O educador é o que educa; os educandos os que são educados; b) O educador é o que sabe; os educandos, os que não sabem; c) O educador é o que pensa; os educandos, os pensados; d) O

educador é o que disciplina; os educandos, os disciplinados; e) O educador é o que opta e prescreve sua opção; os educandos os que seguem a prescrição; f) O educador escolhe o conteúdo programático; os educandos, os que tem a ilusão de que atuam, na atuação do educador; g) O educador identifica a autoridade do saber com sua autoridade funcional, que se opõe antagonicamente à liberdade dos educandos; estes devem adaptar-se às determinações daqueles; h) O educador, finalmente, é o sujeito do processo; os educandos meros objetos (FREIRE, 1987, p.34).

Esse tipo de abordagem educativa enfatiza a responsabilidade individual no que se refere à mudança de hábitos ou de estilos de vida, limitando-se ao repasse de informações, sem dar voz aos conhecimentos do outro (ACIOLI, 2008). A prática educativa no setor saúde foi fortemente influenciada por esta concepção de educação e saúde, que se baseia na multicausalidade das doenças, mas encaminha suas respostas basicamente no sentido da causalidade linear individualista e que se sustenta hegemonicamente ainda hoje, mantendo seu enfoque preventivo e pouco considerando os fatores econômicos e sociais determinantes da saúde e os saberes e as práticas da comunidade.

Concordando com Brandão (2001), a utilização de uma combinação de métodos como ensino, aconselhamento e técnicas de modificação de comportamento a fim de influenciar o conhecimento do paciente e, conseqüentemente, seu comportamento de saúde, parece se apresentar cada vez mais ineficiente em função de expressar modos e processos de significação da realidade que não traduzem para seus sujeitos a face do real vivenciado.

Este tipo de relação educativa tem colaborado para aumentar a dominação do profissional de saúde sobre a “pessoa comum”, contribuindo para a culpabilização dos indivíduos. Mesmo que exercida inconscientemente, o quadro de alienação e de desmobilização comunitária resultante de uma relação de educação e saúde centrada na dominação do profissional sobre o cidadão não contribui para a mudança dos determinantes sociais que influenciam o modo de viver e, conseqüentemente, a situação de saúde e doença que estes indivíduos vivenciam.

Esse esgotamento pode ser observado no aumento vertiginoso da prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis e suas complicações

no Brasil, mesmo com a existência de diversos programas voltados para sua prevenção e para a redução de riscos de morbimortalidade, na maioria das vezes pautados na transmissão de conhecimentos e na responsabilização pela mudança do estilo de vida individualmente.

Estudos como o de Reiners *et.al.* (2008), identificaram que a idéia recorrente na produção bibliográfica latino-americana dos últimos dez anos acerca da adesão/não-adesão ao tratamento de pessoas portadoras de problemas crônicos de saúde foi a de que o papel do usuário é o de ser submisso às recomendações dos profissionais de saúde, tendo o direito de seguir ou não o tratamento, eximindo o profissional de responsabilidade sobre as conseqüências dessa decisão.

Desta forma, os autores dos artigos analisados apontaram que a maior parte dos fatores contribuintes para a não-adesão estava relacionada ao cidadão, mostrando que a grande carga de responsabilidade é conferida a ele e desconsiderando um fator essencial nas práticas de educação e saúde: o reconhecimento de que o profissional é também um agente social nesta relação e que seu papel supera o de simples prescritor de comportamentos, almejando possíveis transformações sociais (REINERS *et.al.*, 2008).

2.3.2 Educação popular e saúde

Historicamente, o movimento de educação popular⁹ e saúde foi se constituindo a partir das décadas de 1960 e 1970 com o processo de alfabetização proposto por Paulo Freire e com a conformação, durante a ditadura militar, das Comunidades Eclesiais de Base ligadas à Igreja Católica (SEVERO, CUNHA & DA ROS, 2007). Nestes espaços eram discutidos os problemas de saúde das comunidades através da mobilização popular e a eles muitos profissionais de saúde, insatisfeitos com as práticas mercantilizadas e rotinizadas dos serviços, engajaram-se (ALBUQUERQUE, 2003).

Vasconcelos (2001) relata que a participação de profissionais nas experiências de educação popular, a partir dos anos 70, trouxe para o setor saúde uma cultura de relação com as classes populares que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação para a saúde, buscando a superação de seus limites. Utilizada

⁹ O adjetivo popular se refere “à perspectiva política com a qual se trabalha com a população, o que significa colocar-se a serviço dos interesses dos oprimidos da sociedade em que vivemos, na maioria das vezes pertencentes às classes populares” (STOTZ, 1993, p.18).

como instrumento de dominação e culpabilização dos indivíduos por escolhas que influenciam ou que podem influenciar a saúde, a educação no setor não promoveu a construção da integralidade e pouco resultou em sua promoção (ALBUQUERQUE & STOTZ, 2004).

Era percebida, então, a necessidade de repensar as práticas educativas não mais como uma educação sanitária, recuperando as dimensões da educação e da saúde a partir de articulações entre esses dois campos e os movimentos sociais, fortalecendo a constituição de sujeitos cidadãos (CHALHOUB, 1996).

A Educação Popular vem, então, trabalhar a constituição de novos sujeitos, individuais e coletivos, constituídos no processo de análise, reflexão e ação sobre a realidade, onde se incluem as atuais práticas de saúde. Sua concepção teórica, valorizando o saber do outro, entendendo que o conhecimento é um processo de construção coletiva, pode ser utilizada na saúde, visando um novo entendimento das ações de saúde como ações educativas (ALBUQUERQUE, 2003, p.63).

Com enfoque crítico que implicava no reconhecimento do caráter histórico dos determinantes sociais, políticos e econômicos do processo saúde-doença, a educação popular surgiu na margem da sociedade baseada em uma pedagogia de relação e resistência (STRECK, 2006). Essa proposta foi desenvolvida através de práticas que buscavam a valorização da relação educativa com a população, o fortalecimento das organizações populares, do controle e da participação social, pressupondo a compreensão do outro como sujeito, também detentor de conhecimentos.

A educação popular e saúde propõe, portanto, um movimento contínuo de diálogo e troca de experiências, articulando as dimensões individual e coletiva do processo educativo, adotando uma postura de "escuta atenta" e abertura ao saber do outro, possibilitando a construção compartilhada de saberes e de formas de cuidado diferenciadas (ACIOLI, 2008).

Recentemente, publicação do Ministério da Saúde brasileiro denotou à educação e saúde um caráter de inerência a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS, colocando a necessidade de repensá-la na perspectiva da participação e do controle social e da mobilização em defesa deste Sistema (BRASIL, 2007).

Ainda que não colocada na maioria dos documentos ministeriais, esta publicação apresentou a educação popular como instrumento de transformação das tradicionais práticas de educação e saúde em práticas que contribuam para a emancipação do usuário e dos profissionais para a reinvenção de modos de cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais (BRASIL, 2007).

Mesmo antes da publicação deste documento, muitas experiências de educação popular foram descritas, com resultados importantes para a construção de uma nova forma de pensar a saúde, principalmente no sentido da consolidação de um trabalho capaz de incluir comunidades e usuários nos diferentes processos de cuidado (GONZAGA, 1994; VASCONCELOS, 1998; FROTA, ALBUQUERQUE & LINARD, 2007; LERCH *et. al.*, 2007; TREZZA, SANTOS & SANTOS, 2007; dentre outros).

Neste sentido, a educação popular pode se constituir em um instrumento para a busca pela integralidade através de uma nova forma de entender a prática educativa no setor, o que significa outra concepção da relação “paciente-doutor” e de “ensino-depósito de informações”, diferente da ainda hegemônica: um entendimento de vida dialético, sensível a um e ao outro, baseado em uma relação dialógica e não de dominação e culpabilização.

A busca pelo descobrimento de novas possibilidades para a resolução dos problemas a partir do intercâmbio entre os saberes técnicos e populares reduz a alienação e aumenta a interação social, implicando necessariamente na busca pela integralidade da atenção ao forçar o serviço a pensar horizontalmente (e não verticalmente, como de costume), em articular as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde e em estar atento para as diferentes facetas que fazem parte dos problemas em questão, que nem de perto são reduzidos apenas às questões biológicas.

A educação popular e saúde apresenta-se, portanto, como uma potencialidade para a “*emergência de novos padrões de enfrentamento dos problemas de saúde marcados pela integração entre o saber técnico e o saber popular e pela mútua colaboração*”, sendo compreendida não somente como uma atividade a ser realizada, mas como estratégia capaz de reorientar as práticas em saúde (VASCONCELOS, 1999, p.30).

2.4 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

A origem da proposta de oferecer cuidados de saúde em domicílio, inicialmente de enfermagem, remonta ao começo do século XIX, de acordo com Rosen (1994), com o intuito de atender doentes pobres em várias comunidades européias e americanas.

Entre 1854 e 1856, a Sociedade Epidemiológica de Londres promoveu um plano para treinar mulheres pobres a ir até a comunidade e cuidar dos doentes, imaginando que, por serem da mesma classe social que o paciente, elas seriam capazes de realizar um trabalho melhor. Em 1859, na cidade de Liverpool, experiência semelhante foi realizada, designando-se uma enfermeira e uma “senhora visitadora” para cada distrito do município, na intenção de oferecer cuidados de enfermagem, educação e saúde e trabalho social conjuntamente (ROSEN, 1994).

Em 1862, a seção das senhoras da Associação Sanitária de Manchester e Salford resolveu difundir informações sobre saúde entre os pobres. Depois de identificado que a distribuição de panfletos não trazia resultados significativos, empregou-se uma mulher da classe trabalhadora para ir de casa em casa, transmitindo noções de saúde e de higiene. Essa iniciativa teve êxito, difundindo-se para outras comunidades, com a existência de visitadoras sanitárias em muitas delas (ROSEN, 1994).

Para prevenir doenças e melhorar as condições de saúde era considerado necessário combater a ignorância. Essa ênfase, característica do período iniciado ao término do século, levou ao reconhecimento da importância da educação e saúde no programa de saúde comunitária.

Em consequência, em 1890 a Corporação de Manchester acertou com a Associação Sanitária das Senhoras que seis de suas catorze visitadoras ficariam sob direção e supervisão do médico de saúde pública e, em contrapartida, a municipalidade pagaria seus salários. Anos depois, esse número foi ampliado, sendo nomeada pela municipalidade uma mulher, instruída e treinada, para supervisionar toda a equipe (ROSEN, 1994).

Para as comunidades e autoridades sanitárias fora de Londres – onde, em 1909, exigiu-se que o visitador sanitário tivesse o grau de médico ou possuísse o certificado de Conselho do Governo Local, podendo ser uma enfermeira –, não existiam exigências quanto à formação dos visitadores sanitários. Com o passar do tempo, o número de visitadores empregados pelas autoridades locais continuou a crescer,

sem que houvesse qualquer curso reconhecido de formação (ROSEN, 1994).

No mesmo caminho, a Fundação Especial de Saúde Pública (F. SESP) brasileira – que funcionou de 1960 a 1990 –, tinha em seu quadro a figura das visitadoras sanitárias, responsáveis por atender gestantes e crianças de baixo risco de acordo com sua unidade sanitária, na unidade de saúde e na comunidade, com supervisão e formação de seis meses de um enfermeiro (SILVA & DALMASO, 2002a).

As experiências relatadas são exemplos de que a inserção de sujeitos na atenção à saúde com a função de desempenhar um papel junto às comunidades, sendo ou não uma pessoa que nela reside, vem ocorrendo há muito tempo em todo o mundo, contribuindo para o desenho do papel do ACS atualmente.

No Brasil, oficialmente a figura do Agente Comunitário de Saúde, originou-se a partir da criação do PACS em 1991, após a instituição do SUS. Entretanto, outras experiências no país e em outras localidades do mundo remontam à história deste sujeito. De acordo com Lima e Moura (2005), a estratégia do PACS foi baseada em experiências anteriores realizadas em várias regiões, como Médico da Família, de Niterói, os Agentes Pastorais da Igreja Católica (voluntários), as visitadoras sanitárias da F. SESP, entre outras de menor dimensão.

Os autores entendem, ainda, que a tentativa mais próxima do PACS, sendo, também, a mais expressiva, foi iniciada pelo governo do Ceará e denominada como “Programa de Agentes de Saúde”, visando à ampliação de empregos para mulheres nas regiões áridas e a redução da morbimortalidade materna e infantil (LIMA & MOURA, 2005). Outras inspirações para a criação do PACS foram experiências como os médicos pés descalços da China e similares em Cuba, Canadá e Inglaterra (LANZONI, 2009).

Na época da implantação do PACS, deu-se considerável liberdade aos municípios para a seleção do ACS, que independentemente do nível de escolaridade, deveria cumprir os seguintes requisitos: ser morador da área onde exerceria suas atividades por no mínimo 2 anos, saber ler e escrever, ser maior de dezoito anos e ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades (BRASIL, 1997).

Em 1993, ao ser criado o PSF, anos depois renomeado como ESF, o ACS foi considerado essencial na implantação de políticas voltadas para a reorientação do modelo de atenção em saúde, sendo incorporado à equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2002). Atualmente, o ACS deve residir em sua própria comunidade, ter perfil mais social que

técnico, ser maior de dezoito anos e também possuir disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades (BRASIL, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), o ACS, considerado um elo entre o serviço de saúde e a comunidade, exerce muitas funções, como a de promotor e defensor da saúde, de mobilizador da comunidade e de vigilante da saúde, a depender das ações que realiza, estimulando a educação e a participação comunitária. Neste sentido, considera a ação educativa a alma do trabalho do ACS, sendo através dela que o Agente partilha seu saber e, ao mesmo tempo, vai aprendendo com as pessoas, auxiliando-as a encontrar soluções mais eficazes para seus problemas e os da comunidade em questão.

É possível, então, visualizar o ACS como um trabalhador que emerge das comunidades e se integra às equipes de saúde visando à reorientação do modelo de saúde, sem possuir, necessariamente, qualquer bagagem técnica na área. Esse trabalhador se destaca, por outro lado, por possuir maior conhecimento empírico sobre valores, crenças e linguagens presentes no território, o que possibilitaria que tivesse uma significativa vantagem, quando comparado aos demais profissionais, na formação de vínculo entre o serviço de saúde e a comunidade (LANZONI, 2009).

Estas expectativas em torno do papel do ACS na Atenção Básica suscitam grandes discussões sobre o que se espera efetivamente deste sujeito. É certo que, voltado para a ação comunitária, o trabalho do ACS pode ampliar o olhar da equipe e sua ação sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, mas muitas vezes a falta de atribuições claras deste profissional acaba resultando em um excesso de ações a ele demandadas e que nem mesmo todo o serviço de saúde tem condições de resolver.

Como coloca Tomaz (2002), na maioria das vezes qualquer ação que deva ser desenvolvida nas famílias e nas comunidades é atribuída ao ACS – da limpeza de caixas de água à resolução de conflitos entre vizinhos, da entrega de requisição de exames ao aviso de consultas agendadas na Atenção Básica. E é nesse contexto que o ACS é considerado um elo entre o serviço de saúde e a comunidade: como um “leva-e-traz” de exames e consultas, um vigilante do seguimento de normas e condutas, enfim, um facilitador para o serviço de saúde.

Quanto às ações de educação e saúde, se não há formação técnica específica, muitas vezes não lhe é permitido desenvolvê-las, ainda que os documentos ministeriais indiquem-nas dentro do escopo de ações previstas para este profissional. Sua formação é, de fato, necessária, mas não é a falta de conhecimento técnico que deve justificar a proibição

(velada ou institucionalizada) ao ACS de trabalhar como um educador na Atenção Básica.

Nunes *et. al.* (2002), reforçam ser necessária a formação dos Agentes, contribuindo com conhecimentos diversos em torno da questão do processo de saúde-doença, incorporando os diferentes saberes envolvidos e qualificando a interação cotidiana com as famílias e o reconhecimento de suas necessidades.

Tradicionalmente, a formação proposta para o ACS fortalece a atividade assistencial, apesar de este sujeito estar constantemente confrontado com situações de desigualdade social e ausência de direitos (SILVA & DALMASO, 2002a). Observa-se, portanto, a necessidade de oferecer, além de procedimentos técnicos, subsídios para a realização de práticas educativas críticas e solidárias, através da incorporação de novas tecnologias em saúde.

A vinculação com um saber popular e o conhecimento que dispõem acerca da dinâmica social da comunidade que habitam, fazem do ACS um sujeito que vive paradoxalmente demandas e situações que se sobrepõem, advindas da comunidade e do serviço de saúde. Neste jogo, é preciso reforçar o que Silva & Dalmaso chamaram de

Componentes ou dimensões principais da sua proposta de atuação: um mais **técnico**, relacionado ao atendimento aos indivíduos e famílias, a intervenção para prevenção de agravos ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos, e outro mais **político**, porém não apenas de solidariedade à população, da inserção da saúde no contexto geral de vida, mas, também, no sentido de organização da comunidade, de transformação dessas condições (2002b, p.77).

Para fomentar a prática do ACS em busca da organização da comunidade para a cidadania, em uma dimensão de transformação social, é importante que as redes de relações e interações do ACS, assim como seu potencial na prática educativa, sejam fortalecidos, favorecendo o processo de atenção à saúde, entendido em seu contexto ampliado, técnico e político.

É preciso, portanto, incentivar que este trabalhador possa explorar a potencialidade de possuir relações mais próximas com a comunidade, articulando seu conhecimento aos diferentes conhecimentos presentes

nas relações estabelecidas, qualificando a atenção em saúde (LANZONI, 2009).

Através deste caminho, o ACS poderá se inscrever de forma privilegiada na dinâmica de implantação e consolidação de um novo modelo assistencial, sem desconsiderar ser estar uma tarefa depende de um conjunto de fatores políticos, técnicos e sociais e do envolvimento de outros atores, retirando unicamente de sua responsabilidade o papel de ser a mola propulsora de consolidação do SUS (NUNES *et. al.*, 2002; TOMAZ, 2002).

2.4.1 ACS: educador em saúde?

Considerando que, como já colocado, “*a ação educativa é a alma do trabalho do ACS*” (BRASIL, 2000, p.80), como esse potencial se materializa na prática da Atenção Básica? Tem-se ponderado, explorado e incentivado seu papel de educador? Para discutir essas questões, faz-se necessário compreender em que se constitui o trabalho em saúde.

De acordo com Leopardi (1999), este é um trabalho que se completa no ato de sua realização, não sendo, portanto, da esfera da produção material. Seu produto final é indissociável do processo que o produz, pois é a própria realização da atividade – atenção à saúde –, que pode assumir formas diversas como a realização de uma consulta, um exame diagnóstico, ações educativas, etc., envolvendo, basicamente, avaliação de um indivíduo ou grupo, seguida da indicação e/ou realização de uma conduta terapêutica (LEOPARDI, 1999).

A atenção em saúde foi desenvolvida, historicamente, de diversas maneiras, mas sempre foi considerada uma atividade especial, realizada por pessoas com dotes ou conhecimentos especiais (LEOPARDI, 1999). No contexto atual, o técnico é aquele que, por possuir as informações consideradas necessárias (produtos da ciência), “sabe” para intervir na realidade a fim de transformá-la, enquanto o homem simples, não tendo contato com o nível da ciência, é capaz apenas de “sentir” a realidade, sem possuir meios para nela interferir.

Nesta lógica, os trabalhadores de saúde estão arrançados numa escala dependente do valor agregado ao seu trabalho, onde aqueles considerados mais simples são menos valorizados (LEOPARDI, 1999). Dado que a função intelectual prescritiva pertence ao médico, é visível que a lógica de poder instaurada indique que este profissional, seguido dos demais profissionais de nível superior, detenha o prestígio nas relações do trabalho em saúde.

Na ponta de baixo desta escala, encontra-se o ACS. Sem possuir formação técnica específica para o desempenho de suas funções, espera-se que instrumentalize a equipe de saúde a partir de seu capital social, que conforme Lima e Moura (2005), refere-se às redes sociais informais estabelecidas entre indivíduos, que podem estar referenciadas à vida em comunidade ou não. Das informações advindas, é comum surgirem questões que envolvam tanto a dimensão técnica assistencial quanto a solidária social (NOGUEIRA, SILVA & RAMOS, 2000).

Por estarem diretamente envolvidos na relação entre o setor saúde e a população, seria possível que o ACS, tomando consciência na busca pelo enfrentamento destas questões, pudesse partir para a luta social e comprometer-se com a saúde da comunidade, por exemplo, ao ser estimulado a lutar por ela e, ao mesmo tempo, compelido a buscar nela formas de resolver e minorar algumas questões de saúde (ALBUQUERQUE, 2003).

Entretanto, diversos conflitos surgem nas relações geralmente justificados pelo dito déficit de conhecimento técnico destes sujeitos, apesar de não estarem no SUS para atuarem como substitutos de médicos, enfermeiros ou demais profissionais de saúde.

Recentemente, estudos demonstraram fatos levantados pelos ACS em seu processo de trabalho que contribuem para a perpetuação deste padrão de relações na Atenção Básica e que poderiam influenciar na maneira de posicionar-se frente à equipe de saúde: por ser uma atividade criada recentemente, pelas mudanças na legislação ou pela falta de informação sobre suas atribuições e, algumas vezes, nenhuma formação para realizar seu trabalho (LANZONI, SCHWEITZER & LINO, 2007).

Neste contexto, a maior parte destes trabalhadores percebe-se cumprindo tarefas, sem saber ao certo qual postura tomar diante de algumas situações e como suas ações poderiam influenciar na promoção da saúde, sem identificar-se como um educador em saúde.

Portanto, uma postura crítica por parte do ACS implica no enfrentamento de inúmeras barreiras, relacionadas tanto com o próprio receio de atuar sem o conhecimento valorizado no setor quanto ao conflito de poder que se instaura quando o ACS passa a dividir, e mesmo disputar, um lugar de prestígio na comunidade com os outros membros da equipe, conflito este que se mostra de forma indireta ou velada. Nunes *et. al.* (2002) identificaram essa situação especialmente em casos onde os ACS se revelavam pessoas muito atuantes, dotadas de grande habilidade política, de grande autonomia para a resolução de problemas de saúde e de fácil trânsito na comunidade.

Considerando que a ação educativa deve ser vista como uma postura profissional, um compromisso com a realidade de saúde, é preciso reverter o quadro relatado. Documento recente do Ministério da Saúde para orientação aos ACS coloca que o desenvolvimento de ações educativas faz parte de seu dia-a-dia, podendo abranger muitos temas em atividades amplas e complexas, o que não significa que são difíceis de serem desenvolvidas (BRASIL, 2009). Complementa colocando que esse processo se dá através do exercício do diálogo e do saber escutar e que deve fazer parte do trabalho de toda a equipe.

Enfim, algumas diretrizes do Ministério da Saúde para a ESF propõem a valorização de práticas de educação alinhadas ao perfil da educação popular, apostando em suas potencialidades para a mudança do modelo de atenção (MALFITANO & LOPES, 2009).

Contudo, se tal fato por si só não garante a operacionalização de processos de educação popular, participação e desenvolvimento comunitário a partir da ESF, especialmente como prática do ACS, faz-se necessário discutir e efetivar processos de trabalho fundamentados nessa vertente. Um dos caminhos possíveis para tal é a problematização desta realidade, configurando-se uma das estratégias plausíveis para sua materialização.

O processo de formação do ACS ainda apresenta-se desestruturado, fragmentado, e, na maioria das vezes, insuficiente para a busca pela superação da atual realidade social. Desta forma, propõe-se, através da repolitização da saúde, a construção/resgate do papel do ACS enquanto educador, pautando-se na educação popular, superando a atual normatividade característica do processo de trabalho deste sujeito no SUS.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A metodologia deste estudo foi construída por meio de uma abordagem qualitativa, buscando identificar o sistema de relações e estruturas dinâmicas de um fenômeno, denotando uma preocupação maior do pesquisador com o processo do que com os produtos, voltando-se aos significados e intencionalidades (MINAYO, 1994).

Este tipo de abordagem possibilita a compreensão de fenômenos sociais, a partir da tentativa de compreensão detalhada de significados e características apresentadas pelos entrevistados, em lugar da produção de medidas quantitativas de características ou comportamentos (RICHARDSON *et. al.*, 1999).

Minayo (1994) coloca que as metodologias de pesquisa qualitativa podem ser entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, entendidas como construções humanas significativas. Portanto, as subjetividades dos pesquisadores e daqueles estudados são parte do processo de pesquisa, denotando ao estudo qualitativo uma característica de não isenção quanto a estes atributos (FLICK, 2004).

Para a execução desta pesquisa, procurou-se compreender a essência dos fenômenos que envolvem o tema proposto contemplando as relações sociais em um todo, levantando referenciais teóricos e metodológicos e concepções inseridas no Projeto de Saúde da Cooperalfa com relação à prática educativa de Agentes de Saúde que dele eram parte integrante. Do ponto de vista de seus objetivos, portanto, este estudo teve um caráter exploratório a fim de proporcionar uma visão geral do objeto em questão e descritivo, buscando “*descrever as características de determinada população ou fenômeno*” (GIL, 1991, p.20).

Os preceitos dispostos na resolução 196/96 do Ministério da Saúde foram respeitados no desenvolvimento desta pesquisa, que foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, recebendo parecer positivo para sua realização – Parecer nº 987/2010 (BRASIL, 1996). Todos os participantes entrevistados tiveram à sua disposição o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), informando sobre os

objetivos do estudo e o compromisso de utilização dos conteúdos de forma sigilosa.

3.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Como ponto de partida, foram convidados dois sanitaristas da UFSC que – em sua concepção e desenvolvimento – coordenaram tecnicamente o Projeto de Saúde da Cooperalfa a atuarem como informantes-chave neste estudo, permitindo o levantamento de um panorama do Projeto e vislumbrando previamente pessoas a serem entrevistadas e documentos a serem analisados. Os contatos foram registrados através da utilização de um gravador digital. A seleção dos informantes-chave ocorreu por conveniência, a partir de sua disponibilidade e interesse em colaborar com a pesquisa.

Visando a apreender o ponto de vista dos demais envolvidos, foram determinados como sujeitos a serem entrevistados ao menos um AS de cada área prioritária do Projeto (Águas de Chapecó e Sobradinho; Itaberaba e Alto da Serra; Jardinópolis e Tarumanzinho; e, Irati e Formosa) – totalizando, no mínimo, quatro AS –, um médico, um enfermeiro, um gestor da Cooperalfa que participou e/ou estava ligado ao Projeto de Saúde e dois coordenadores técnicos do Projeto (sanitaristas da UFSC).

Os principais critérios para a escolha dos sujeitos entrevistados foram a interação e o envolvimento direto que tiveram com o Projeto, especialmente no período compreendido entre os anos de 1980 e 1982, identificado a partir do contato com os informantes-chave desta pesquisa, dando preferência àqueles que permaneceram por mais tempo vinculados à proposta.

As limitações impostas pelo tempo decorrido da realização do Projeto de Saúde da Cooperalfa e pela falta de registros escritos sobre o mesmo impuseram dificuldades para a localização de alguns sujeitos de pesquisa, especialmente no tocante aos Agentes de Saúde. Por este motivo, os quatro Agentes encontrados foram entrevistados, independentemente da área prioritária em que desenvolveram suas ações na década de 1980. Esta dificuldade foi prevista anteriormente à coleta de dados, esperando-se que a inclusão de informantes-chave na metodologia pudesse minimizá-la (potencializando a identificação dos sujeitos de pesquisa), o que não se efetivou.

Por outro lado, houve maior facilidade no encontro de médicos e gestores da Cooperalfa que fizeram parte do Projeto entre os anos de

1980 e 1982, aumentando-se o número previsto de entrevistados nestas categorias. Neste caso, para delimitar o número de entrevistados, considerou-se o critério de saturação, alcançada quando a introdução de novas informações nos produtos da análise já não produziu modificações nos resultados anteriormente atingidos.

Ao final, portanto, foram entrevistados quatro Agentes de Saúde, três médicos, um enfermeiro, dois gestores da Cooperalfa que participaram e/ou estavam ligados ao Projeto de Saúde e dois coordenadores técnicos do Projeto (sanitaristas da UFSC), totalizando doze sujeitos de pesquisa.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Dentre os diversos instrumentos utilizados na pesquisa qualitativa, este estudo contou com a pesquisa documental retrospectiva e a pesquisa em campo através de entrevista semi-estruturada. Para tal, foram selecionadas previamente pessoas a serem entrevistadas e documentos a serem analisados junto aos informantes-chave do estudo.

Conforme Neves (1996), a pesquisa documental é constituída pela análise de materiais que ainda não receberam tratamento analítico ou que podem ser reexaminados com a finalidade de obtenção de uma interpretação nova ou complementar. De acordo com Ludke & Andre (1986), a análise documental é uma valiosa forma de abordagem de dados qualitativos, complementando informações obtidas por outras técnicas de pesquisa. Dessa forma, tem-se acesso a evidências que fundamentam a discussão sobre o tema, representando uma fonte natural de informações.

Neste estudo, foram buscadas fontes bibliográficas (livros e artigos de imprensa, dentre outros), documentos oficiais e administrativos (como relatórios, fotografias e projetos) e documentos particulares (como relatos e fotografias) sobre o tema para análise do processo histórico do Projeto de Saúde da Cooperalfa, procurando também a identificação de valores e referenciais que norteavam a formação e a prática educativa dos Agentes de Saúde.

A existência de pouco material sobre o tema colocou-se como uma fragilidade. Mesmo sendo exaustivamente buscados documentos com informantes-chave, sujeitos entrevistados, Centro de Memória do Oeste de Santa Catarina (CEOM) e Cooperalfa, poucos foram localizados. Há trinta anos, quando o Projeto foi implantado, os

documentos não eram, ainda, digitalizados e muitos foram perdidos ao longo do tempo.

Apesar desta limitação, foram encontrados fotos, slides, um relatório do Projeto, reportagens de jornais e parte de uma apostila de formação dos Agentes de Saúde. Todos os documentos foram analisados previamente, sendo selecionados aqueles que apresentavam dados importantes para a pesquisa. As fotografias e os slides coletados foram agrupados de acordo com assuntos em comum.

Para a pesquisa em campo, visando a apreender o ponto de vista dos sujeitos envolvidos, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, registradas em um gravador digital, com posterior transcrição.

A entrevista semi-estruturada é colocada por Honigmann (1954) como uma forma de combinar perguntas fechadas e abertas, tendo o entrevistado a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.

De acordo com Triviños (1987), este tipo de entrevista parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que dizem respeito à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, junto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que recebem as respostas do informante. Desta maneira o entrevistado, segue espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências, tendo a possibilidade de participar na elaboração do conteúdo da pesquisa, a partir de um roteiro (Apêndice B) utilizado como instrumento facilitador de abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação (MINAYO, 1994).

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

O corpus desta pesquisa foi formado por documentos históricos (um relatório, uma apostila incompleta de formação dos Agentes de Saúde, trinta e três matérias de imprensa, dezesseis fotos e setenta e cinco slides) e doze entrevistas semi-estruturadas realizadas com pessoas que fizeram parte do Projeto de Saúde da Cooperalfa na década de 1980, especificamente aquelas que estiveram presentes entre os anos de 1980 e 1982.

Os documentos levantados através da pesquisa documental foram, inicialmente, mapeados a partir de temas-chave, a fim de possibilitar a organização da descrição dos dados encontrados. Fotos e slides foram analisados tanto no sentido de contribuir para a qualificação das

informações escritas quanto na disponibilização de novas informações. Posteriormente, recorreu-se ao procedimento descritivo do *corpus* dos documentos recolhidos no intuito de responder às perguntas deste estudo.

As informações existentes nas entrevistas semi-estruturadas referentes à história do Projeto foram utilizadas também descritivamente, complementando as informações dos documentos e demonstrando, também, contradições existentes nas falas dos entrevistados.

Os demais dados das entrevistas semi-estruturadas foram tratados através da análise textual discursiva, definida como uma metodologia de análise que transita entre duas metodologias muito utilizadas em pesquisas qualitativas – a análise de conteúdo e a análise de discurso –, e considerada uma ferramenta aberta que possibilita constante (re)construção de caminhos (MORAES & GALIAZZI, 2006).

A análise textual discursiva pode ser compreendida como um processo auto-organizado de construção de compreensão em que os novos entendimentos emergem de uma seqüência de três componentes: desconstrução ou unitarização (representa um movimento para o caos, de desorganização de verdades estabelecidas); estabelecimento de relações entre os elementos unitários, ou categorização (movimento construtivo de uma ordem diferente da original); e, o captar do novo emergente em que a nova compreensão é comunicada e validada (MORAES, 2003; MORAES & GALIAZZI, 2006).

As entrevistas semi-estruturadas foram consideradas, então, um conjunto de significantes ao qual foram atribuídos significados a partir de conhecimentos e teorias do pesquisador, assumindo-se como autor das interpretações construídas dos textos analisados, através de um exercício hermenêutico de interpretação (MORAES, 2003).

3.4.1. Unitarização

Inicialmente, realizou-se a desmontagem ou desconstrução dos textos das entrevistas semi-estruturadas, destacando-se seus elementos constituintes. Nesta etapa, as entrevistas foram examinadas em seus detalhes, fragmentando-os a fim de fazer surgir unidades de análise, também denominadas unidades de significado ou de sentido (MORAES, 2003).

As unidades de análise foram definidas em função de um sentido pertinente aos propósitos da pesquisa, a partir de categorias emergentes das entrevistas analisadas, ou seja, não houve definição a priori de

categorias neste estudo. As unidades foram reescritas, de modo que cada uma delas assumisse um significado o mais completo possível em si mesmo (MORAES, 2003).

Por fim, cada unidade de análise alcançada recebeu um título apresentando sua idéia central e foi associada às unidades de contexto (entrevistas) que lhe deram origem através de códigos indicativos (sendo atribuído um número para cada entrevista transcrita).

3.4.2 Categorização

A partir da desordem estabelecida pela unitarização, pretendeu-se estabelecer relações entre as unidades de análise, combinando-as e classificando-as no sentido de compreender como esses elementos unitários poderiam ser reunidos na formação de conjuntos mais complexos, as categorias (MORAES, 2003).

Para a categorização, utilizou-se essencialmente o método indutivo por meio da construção de categorias com base nas informações contidas no *corpus* das entrevistas semi-estruturadas. Desta forma, através de um processo de comparação e contraste constantes entre as unidades de análise, organizaram-se conjuntos de elementos semelhantes ou de significações próximas que constituíram as categorias (MORAES, 2003).

A fim de superar a fragmentação decorrente de um método de desconstrução como o proposto, procurou-se exercitar uma dialética entre o todo e as partes. Na medida em que as categorias foram definidas e descritas a partir dos elementos que as constituíram, os temas abordados foram interligados, de maneira que algumas categorias foram consideradas subcategorias de outras (MORAES, 2003).

Foram, para isso, investigados e definidos claramente o núcleo de cada categoria emergente, permitindo o estabelecimento de entrelaçamentos na superposição das fronteiras entre elas e buscando-se, desta forma, a constituição de um todo integrado. De acordo com Moraes e Galiuzzi (2006, p. 125), “*a superação da fragmentação na análise textual discursiva implica não pretender estabelecer limites precisos entre as categorias*”.

Nesse movimento, buscou-se estabelecer a construção de um texto diferente daqueles que o originaram, expressando um novo olhar através de um conjunto de argumentos descritivo-interpretativos capaz de anunciar a compreensão atingida em relação ao fenômeno pesquisado, a partir das entrevistas semi-estruturadas realizadas neste estudo.

3.4.3 Comunicação

A descrição dos resultados se deu a partir da apresentação de três artigos, originados a partir das categorias construídas e de suas respectivas subcategorias, fundamentando e validando as descrições a partir de interlocuções empíricas e teóricas ou ancoragem dos argumentos em informações retiradas dos textos. Buscou-se realizar uma descrição densa, recheada de citações dos textos analisados, a fim de oferecer uma imagem fiel dos fenômenos estudados (MORAES, 2003; MORAES & GALIAZZI, 2006).

A interpretação, enfim, foi realizada com a intenção de construir novos sentidos e uma compreensão mais aprofundada das informações.

3.5 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PERCURSO METODOLÓGICO

Ao longo da realização desta pesquisa, em muitos momentos houve claramente a necessidade de avaliar os caminhos traçados originalmente, reconstruindo a metodologia pré-definida. Por isso a opção pela sistematização de um percurso metodológico, demonstrando a preocupação em permitir a avaliação constante da trajetória percorrida neste estudo e a intenção de readequar a metodologia sempre que fosse necessário (MATIELO, 2009).

As readequações necessárias foram basicamente relacionadas com os sujeitos entrevistados (como já colocado anteriormente) e com as técnicas e instrumentos de tratamento e análise de dados oriundos das entrevistas semi-estruturadas.

Originalmente, a proposta é que fosse utilizada a análise de conteúdo permeada pela dialética, mas a análise textual discursiva se mostrou uma metodologia mais adequada para este estudo. Corroborando com a análise de outros discentes de mestrado que a utilizaram em seu processo de produção acadêmica, a avaliação dos caminhos percorridos mostrou ser necessário “mergulhar no objeto de pesquisa, assumindo-se sujeito e assumindo suas próprias interpretações” (MORAES & GALIAZZI, 2006, p. 122).

3.6 DEVOLUÇÃO DOS DADOS AOS SUJEITOS DA PESQUISA

Os resultados obtidos neste estudo foram apresentados aos sujeitos envolvidos, sistematizados através do próprio produto desta

pesquisa (a dissertação em si) ou, quando possível, em material digital fornecido aos sujeitos. A apresentação se deu através de contato presencial sempre que possível ou, quando não viável presencialmente, os documentos foram enviados aos sujeitos através da internet ou por meio dos correios.

4 RESULTADOS

A desconstrução realizada através da leitura flutuante das entrevistas semi-estruturadas, associada à análise dos materiais documentais, possibilitou a descoberta de diversas unidades de análise, que emergiram do *corpus* analisado. Estes elementos unitários foram agrupados, possibilitando a conformação de três grandes categorias analíticas que foram chamadas de (a) Afinal, que método era esse?; (b) Da escolha ao cotidiano do Agente de Saúde: potencial educador em saúde; e, (c) Do Agente de Saúde ao Agente Comunitário de Saúde.

Quadro 1: Categorias e subcategorias analíticas.

Categorias	Subcategorias
Afinal, que método era esse?	Determinação social
	Problematização
	Educação Permanente: Ação ⇔ Reflexão
	Relação Sujeito-Sujeito
	Educação conscientizadora para libertação
Da escolha ao cotidiano do AS: potencial educador em saúde	Modelo e critérios de escolha do AS
	Acreditar na proposta: compromisso com a comunidade
	Relação com a Igreja Católica
	Formação do AS
	Remuneração do AS: apoiadores ou trabalhadores?
	Ações desenvolvidas: educador em saúde?
Do AS ao ACS	Vinculação com a comunidade
	Vinculação com a proposta de saúde
	Papel na AB/APS: educador em saúde?

Cada uma das diferentes categorias construídas embasou a elaboração de um artigo científico, onde se buscou explicitar as relações entre elas no sentido de estabelecer o entrelaçamento entre as fronteiras existentes, e, desta forma, integrá-las. É importante ressaltar que este entrelaçamento foi intencional, mas, ao mesmo tempo, inevitável, uma vez que os temas trabalhados em cada um dos artigos elaborados são, invariavelmente, interdependentes.

Seguindo o Regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, que define a apresentação dos resultados da dissertação sob o formato de artigo(s) científico(s), na Parte II desta dissertação, serão apresentados os artigos elaborados a partir das categorias encontradas.

Além destes produtos, foi elaborado um capítulo sobre a história do Projeto de Saúde da Cooperalfa (1980-1994), com ênfase no período compreendido entre os anos de 1980 e 1982, utilizado posteriormente como importante elemento de contextualização nos artigos e apresentado a seguir.

4.1 A HISTÓRIA DO PROJETO DE SAÚDE DA COOPERALFA

4.1.1 Contexto da época na região

Em 1980, a Cooperativa Regional Alfa, localizada em Chapecó-SC, abrangia uma região que apresentava características predominantemente minifundiárias (pequenas e médias propriedades), com a maioria dos habitantes residindo na zona rural e se dedicando ao cultivo da terra (CELLA, FERNANDES & SILVA, 1984). O setor agropastoril apresentava-se como o mais importante da economia, predominando as culturas de milho, feijão e soja, junto aos rebanhos de suínos e ao grande rebanho avícola (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

Os sete municípios da região oeste de Santa Catarina (Águas de Chapecó, Caxambu do Sul, Chapecó, Coronel Freitas, Nova Erechim, Quilombo e Xaxim) abrangidos pela Cooperalfa ocupavam uma área de aproximadamente 3.000 km². A região possuía eletricidade em quase todos os núcleos populacionais (chamados de linhas), mas era totalmente desprovida de rede de água e saneamento (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

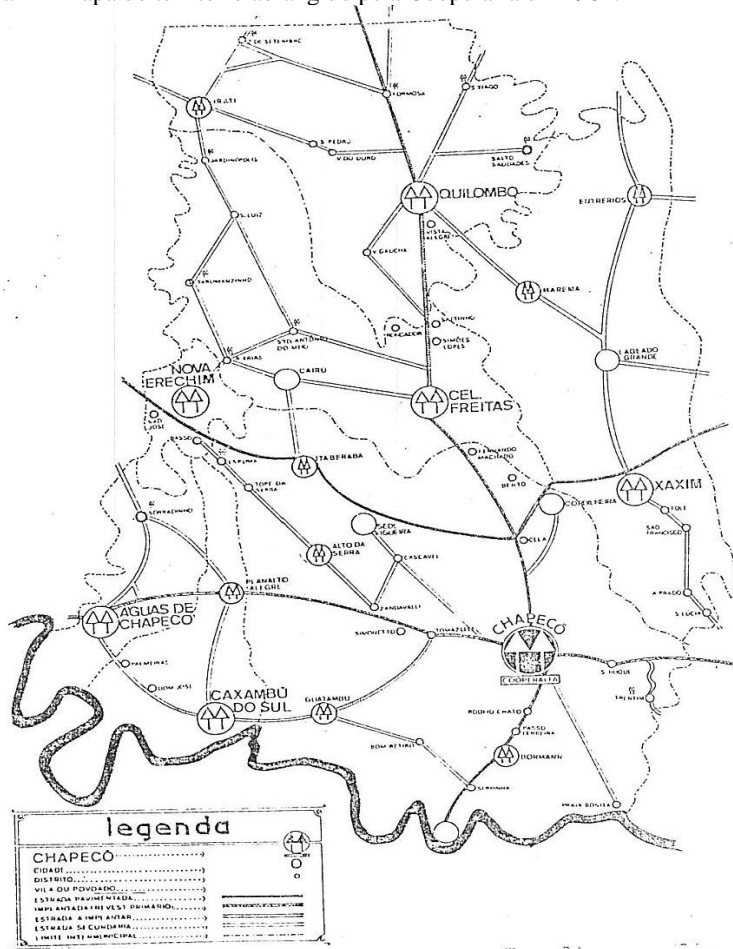
Residiam na área em torno de 200.000 habitantes (63% em zona rural). Destes, aproximadamente 50.000 (25%) pessoas estavam ligadas à Cooperalfa, entre associados e seus dependentes. A composição étnica era predominantemente formada por imigrantes europeus, sobretudo os de origem italiana, havendo ainda alemães e poloneses na área (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

De um modo geral, a população possuía um bom estado nutricional. Grupos com maior incidência de pobreza estavam relacionados com trabalho assalariado, geralmente empregados de grandes produtores ou da insipiente indústria madeireira (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

Com o crescimento do setor secundário, principalmente as indústrias de gêneros alimentícios, percebia-se já naquela época modificação do modo de distribuição das terras, com redução do retorno

da produção agro-pastoril em forma de renda para conversão em melhoria das condições de vida do agricultor e de sua família. As pequenas propriedades começavam a desaparecer, aumentando a migração da zona rural para a periferia urbana, especialmente para a cidade pólo Chapecó, centralizando excessivamente recursos neste município (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

Figura 1 – Mapa do território abrangido pela Cooperalfa em 1982.



Fonte: Cooperativa Regional Alfa (1982)

No tocante ao contexto político, em 1980 o país tinha instaurada a Ditadura Militar e o governo catarinense estava nas mãos de Jorge Konder Bornhausen, filiado à ARENA. Com relação ao direito à saúde,

em um contexto político ditatorial, a saúde significava tão somente serviços de saúde e, mesmos esses, não eram voltados para todos os cidadãos, caracterizando uma situação, que poderemos chamar de “cidadania regulada”, pois se o indivíduo tivesse carteira de trabalho, tinha acesso a um tipo de serviço; caso fosse um trabalhador rural ou um trabalhador sem carteira assinada era tratado como indigente, ou seja, pela caridade pública; e, se pudesse pagar, tinha acesso aos melhores serviços de acordo com sua escolha (PEDROSA, 2011, p.2).

Essa era a realidade, portanto, vivenciada na região abrangida pela Cooperalfa, onde os serviços de saúde se apresentavam centralizados em grandes municípios e constavam basicamente de hospitais que ofereciam uma prática privada e curativista de atenção. Desta forma, todos os problemas, dos simples aos mais complicados, eram resolvidos no mesmo nível a custos exorbitantes para a população. *Só que tu internava, tu entrava e ia internar, mas pra sair tu só saía se tu deixasse a tua junta de boi ali, entende?* (Entrevistado 5).

Pode-se perceber, portanto, a dificuldade enfrentada pela população rural no que se refere ao atendimento de suas necessidades básicas de saúde (dificuldade de acesso a serviços, deficiência ou mesmo ausência de saneamento básico, diminuição progressiva de seu poder aquisitivo, dentre outros), *tinha um contexto da época que era, assim, uma exclusão dos agricultores de qualquer sistema de saúde, né?* (Entrevistado 11).

O descaso do poder público era visivelmente gritante na época, com condições precárias de habitação, baixa cobertura realizada através de recursos do Funrural¹⁰, concentração das instituições de atenção à saúde (hospitais, maternidade, etc.) em grandes centros urbanos e priorização do modelo biomédico de atenção à saúde (com ampla utilização de equipamentos biomédicos, exames e medicamentos).

Havia uma elevada proporção de patologias redutíveis por saneamento básico e imunizações que se tornavam graves pela falta de

¹⁰ O Funrural era a contribuição previdenciária obrigatória incidente sobre a comercialização da produção dos agricultores.

diagnóstico precoce e pronto atendimento, determinando, com isso, altos coeficientes de morbimortalidade, baixa esperança de vida ao nascer e maior demanda por serviços de atenção médica hospitalar. O descontentamento era grande e uma melhor atenção em saúde era uma reivindicação constante da população rural (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

Tentando minimizar os efeitos deletérios dessa situação, desde 1959 a Igreja Católica, através da Ação Social Diocesana (ASDI), buscava prestar algum cuidado na região, oferecendo serviços nas áreas de educação, cultura, atenção à saúde, entre outros, predominantemente em áreas carentes (KLEBA, 2005).

Até meados dos anos 1970, a ASDI prestou serviços na área da saúde focalizando a atenção sobre problemas individuais e familiares (em casos de doença, inclusive providenciando medicamentos, atenção pré-natal e educação e saúde, especialmente por meio de visitas domiciliares ou promovendo reuniões de grupos para mulheres, mães e gestantes), sem a devida associação com os determinantes sociais que os influenciavam (KLEBA, 2005).

Após 1976, foi proposta uma mudança de foco, passando-se a desenvolver cursos de formação para lideranças nas comunidades para o enfrentamento dos problemas de saúde mais comuns, que se transformaram, em 1979, em cursos de formação de Agentes de Saúde (KLEBA, 2005).

Praticamente toda a população abrangida pelo Projeto de Saúde da Cooperalfa era católica, havendo, também, o desenvolvimento de trabalhos de Comunidades Eclesiais de Base e grupos de reflexão na região (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982). Esses trabalhos favoreciam a organização comunitária e, em parte, supriam a deficiente organização existente entre os trabalhadores rurais, que também colaborava para a situação precária de saúde e atendimento encontrada.

Ao mesmo tempo, o sistema cooperativista concedia à área certa organização democrática, pois em cada linha ligada aos 28 postos de abastecimento da Cooperalfa eram escolhidos por voto o líder dos associados. Essa escolha favorecia a descentralização de questões relativas à produção, mas era pouco utilizada de forma organizada para pressionar o Estado para melhoria das condições básicas de vida das comunidades (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

Neste contexto de privação de cidadania, tornava-se imprescindível problematizar a crescente concentração de terras em latifúndios, a falta de subsídios para a permanência do homem no campo e de organização autônoma e independente para combater essa situação

e, então, oferecer condições dignas de vida através dos mais diversos meios possíveis.

4.1.2 Origem do Projeto de Saúde da Cooperalfa

Entre os anos de 1979 a 1981, o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) de Florianópolis trabalhou em conjunto com alguns setores da Igreja. Em março de 1980, sanitaristas foram convidados para o Encontro Diocesano da Pastoral da Saúde, em Chapecó, em que lideranças de 20 paróquias de diferentes municípios da região oeste catarinense trouxeram relatos de experiências desenvolvidas na área da saúde (KLEBA, 2005).

Dentre os problemas levantados, identificou-se que 50% da população brasileira encontravam-se sem previdência social, resultando em restrições no acesso aos serviços de saúde, o que era agravado pelo fato de o sistema de saúde não estar organizado com base em complexidade crescente (PASTORAL DA SAÚDE DE CHAPECÓ, 1980).

Os questionamentos sobre o que fazer para melhorar a saúde da população resultaram na identificação da necessidade de maior debate entre os participantes e o povo, de unir forças com órgãos semelhantes, formar líderes e oferecer assessoria técnica, divulgar direitos e deveres, promover alfabetização e educação escolar, saber escutar o povo e orientar sobre os programas de televisão existentes (PASTORAL DA SAÚDE DE CHAPECÓ, 1980).

No tocante à organização dos serviços de saúde, levantou-se a necessidade de que os médicos estivessem mais sensíveis à saúde coletiva, oferecendo consultas acessíveis e comprometimento com a comunidade, sem buscar lucros exagerados. Além disso, deveriam estar envolvidos com a busca por mudanças de estrutura social, repartindo o monopólio do saber, preparando Agentes de Saúde e desenvolvendo cuidados médicos nos Centros de Saúde, sem distinção de classes (PASTORAL DA SAÚDE DE CHAPECÓ, 1980).

No mesmo ano, em agosto, foi realizado o III Encontro Regional de Saúde em Chapecó, contando também com a presença de integrantes do CEBES. Seus principais objetivos eram partilhar e avaliar as experiências de saúde das dioceses, atualizar e aprofundar conhecimentos em saúde comunitária e esclarecer a função do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) como entidade de serviço à comunidade, dentre outros (CNBB/CRB, 1980). Os registros deste Encontro denunciam o estouro da “Máfia do

INAMPS” e o mau funcionamento do Funrural – o agricultor não recebia a atenção de que necessitava e sofria as conseqüências do jogo político (CNBB/CRB, 1980).

Na ocasião, foram, ainda, apresentadas experiências desenvolvidas por Agentes Primários de Saúde na região. Em Chapecó, esses Agentes eram atendentes escolhidos pela comunidade que prestavam primeiros socorros, vacinação, acompanhamento e orientação a gestantes e recém-nascidos, cursinhos na comunidade, palestras em cursos de noivos, trabalho integrado com parceiras, avaliação do trabalho com a comunidade, orientações sobre saneamento básico e sobre preparo da mamadeira e tratamento do coça-coça (CNBB/CRB, 1980).

Para desenvolverem esse trabalho, recebiam orientação e suporte da ASDI, sem remuneração. Em avaliação de sua função, identificou-se que eram pessoas da comunidade com liderança explícita, agindo como agentes de transformação social através da conscientização sobre os direitos sociais das comunidades (CNBB/CRB, 1980).

A conscientização era tratada como prioridade no Encontro, considerando que o trabalho para o povo e não com o povo oprimia ao invés de libertar e reforçando que os projetos das diferentes dioceses precisavam ser formulados com a participação da comunidade. Era necessário, ainda, descobrir lideranças, mantendo um trabalho continuado e buscando saneamento adequado (e não remédio) para a resolução dos problemas de saúde mais comuns na região (CNBB/CRB, 1980).

Durante este Encontro, foi realizada, ainda, a reunião regional do ENEMEC (Encontro Nacional de Medicina Comunitária), reforçando o contato dos sanitaristas do CEBES com a realidade da região e com os trabalhos já desenvolvidos (CNBB/CRB, 1980).

Desta aproximação e a partir do conhecimento acumulado sobre a situação sócio-sanitária e os trabalhos já desenvolvidos – a grande maioria deles, fruto da organização promovida pela Igreja Católica – nasceu, então, a perspectiva de desenvolvimento de um Projeto de Saúde, vinculado a uma Cooperativa da região (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

Serviços de saúde de qualidade e custo acessível, especialmente atendimento médico, que respondessem a maioria dos problemas das comunidades rurais era uma reivindicação constante dos associados da Cooperalfa, como colocado por um dos entrevistados:

A medida que a gente começou reunindo no interior, foi surgindo necessidades que a diretoria da Cooperativa não enxergava [...]. Havia sempre a nossa famosa pergunta: o que é que tá faltando? Qual é o grande desejo do homem rural dos dias atuais? Eles apontavam algumas coisas, mas com muita recorrência, saúde: nós queríamos um médico porque a gente paga o Funrural [...] e nós não temos a contrapartida do governo (Entrevistado 10).

Buscando responder a esta demanda, a cooperativa inicialmente planejou a construção de um hospital que facilitasse o atendimento aos associados, insatisfeitos com a atenção recebida nos vários hospitais da região por serem onerosos e, inclusive, pela má qualidade do atendimento prestado (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

A partir da possibilidade de firmar um convênio com o Funrural que possibilitaria o retorno de 0,62% da produção bruta dos agricultores para investimento na área social, foi encomendado um “Diagnóstico de Viabilidades para Implantação de Instituição Hospitalar” ao Centro de Ensino Superior da Fundação de Ensino do Desenvolvimento do Oeste (CES/FUNDEST), concluído em junho de 1979, abrangendo dados em três áreas básicas: econômica, educação e saúde (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

Verificou-se, no estudo de Viabilidades, a clara tendência de centralização dos serviços de saúde em Chapecó, inexistência de organização dos serviços de apoio, carência de enfermeiros, predominância de ações curativas e baixa cobertura de atendimento das comunidades rurais, situação que justificaria a construção e manutenção de um hospital próprio pela Cooperalfa (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

Com o diagnóstico e a proposta em mãos, relata um dos entrevistados:

Vimos conversar com o governo do estado, uma delegação de líderes rurais e tal, pleiteando, era o governador o Jorge Bornhausen, pleiteando, então, a ajuda ou uma participação do governo pra construção desse hospital (já havia doação de terreno, uma série de coisas). O governador, em resposta a isso, não só pelo nosso apelo, né, por outras linhas de financiamento que tava tendo na

época, resolveu lançar cinco hospitais regionais em Santa Catarina [...]. Aí essa cooperativa, de repente, que tinha o projeto pra construir o hospital ficou sem alternativa (Entrevistado 11).

O impasse criado fez com que a proposta fosse repensada. Uma das pessoas que construiu o Diagnóstico tinha algum conhecimento sobre a proposta de Atenção Primária, referenciada pela Conferência de Alma Ata, buscando aproximação com a Igreja Católica através de Dom José Gomes, bispo da diocese de Chapecó na época, considerado por um dos entrevistados como *o único bispo de esquerda que tinha no estado, [...] um dos bispos mais importantes do Brasil* (Entrevistado 1).

Através deste contato, Dom José Gomes informou sobre a presença de sanitaristas do CEBES em um Encontro local que aconteceria naquele ano em Chapecó. Desta forma, no ENEMEC realizado em 1981, a perspectiva de um projeto de atenção à saúde baseado nos princípios e pressupostos da Atenção Primária consolidou-se como uma proposta de organização de serviços de saúde mais adequada às características da região e, principalmente, às necessidades dos associados (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

A partir desta constatação, foram contratados três sanitaristas pertencentes ao CEBES e professores da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) para realizar um diagnóstico mais adequado para a organização de um serviço desta natureza. Nesta nova etapa de análise da situação de saúde da população, os dados coletados no Diagnóstico realizado anteriormente foram utilizados e complementados com consultas à própria população no intuito de conhecer seus desejos em relação à saúde e de fazer um levantamento de recursos físicos que facilitassem a implantação de um programa de Atenção Primária nos municípios abrangidos (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

Após estudar os dados coletados, decidiu-se, enfim, pela

elaboração de um plano de saúde baseado na prestação de serviços básicos, incluindo aspectos preventivos e curativos, e tendo como base para sua implantação os princípios de hierarquização de serviços, a atuação de Agentes de Saúde da própria comunidade e de médicos gerais e o estímulo a uma ampla participação comunitária (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982, p. 5).

4.1.3 O desenho do Projeto de Saúde da Cooperalfa

O Projeto de Saúde da Cooperalfa inspirou-se na proposta de Atenção Primária, contando com um forte cunho preventivo/curativo, considerado apropriado para a região naquela época. Seguindo a lógica da hierarquização da atenção em saúde, os serviços foram organizados no sentido de complexidade crescente, buscando resolubilidade de, no mínimo, 90% das demandas programada e espontânea.

Seu desenho estava baseado em dois níveis de atuação – o primeiro formado por Agentes de Saúde e o segundo pelo trabalho desenvolvido no Posto de Saúde¹¹ por médicos e atendentes de enfermagem –, contando com um organizado esquema de coordenação e supervisão das ações desenvolvidas.

De acordo com o Relatório Anual de 1982 do Projeto de Saúde da Cooperalfa, “*foi enfatizada a necessidade de horizontalidade das decisões e execução das atividades programáticas*”, sendo considerado como principal elemento na elaboração do Projeto o processo de escuta da população, uma vez que seria ela quem receberia o serviço e, por isso, o Projeto deveria estar perfeitamente ajustado às características e expectativas locais (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982, p. 5).

Desta forma, deu-se ênfase à participação da comunidade, que se constituiu basicamente em dois níveis: um informal, representando a expressão política e cultural das comunidades; e, outro mais institucionalizado, marcado pela prática dos próprios Agentes de Saúde eleitos pelas comunidades, sem instituição de vínculo salarial – condição que indicava seu vínculo ideológico, e não financeiro, com a proposta de atenção à saúde.

Desde o início do Projeto, então, foram realizadas reuniões com cada uma das comunidades abrangidas pela Cooperalfa, onde o Projeto inicialmente proposto era apresentado e colocado em discussão. De acordo com um dos entrevistados,

A gente combinou de apresentar o projeto meio em aberto porque, na medida em que viessem contribuições, a gente iria modificando e ampliando o projeto. [...]. Os caras se posicionaram claramente de porque que um médico tinha que ser assalariado. Eles diziam olha, se um médico é chamado aqui em casa, ele

¹¹ Posto de Saúde era a denominação dada à época ao que hoje chamamos de Unidade Básica de Saúde.

leva, primeiro, pelo menos um mês pra vir. Depois, se tem um monte de gente com diarreia em casa, ele cobra consulta de cada um que tem diarreia [...] e quando ele sai e olha aquela água do poço que a gente tomou, ele diz continuam tomando dessa água pra ganhar mais dinheiro. Ou seja, ele ganha dinheiro quanto mais doente tiver. E, se o médico ganha por mês, ele vai sair de casa e vai dizer não tomem dessa água, que essa água tá suja, porque daí ele vai trabalhar menos. Pô, uma lógica perfeita (Entrevistado 1).

4.1.3.1 Primeiro nível de atuação: o Agente de Saúde

No Projeto de Saúde da Cooperalfa, o AS era percebido como um sujeito capaz de promover a troca de informações entre o saber técnico e o popular, aperfeiçoando constantemente o serviço. Ele seria, assim, um interlocutor para a democratização dos conhecimentos, inscrevendo-se em um processo de libertação na medida em que as comunidades tomavam consciência da importância de sua cultura, assumindo atitude de maior independência com respeito aos cuidados de saúde (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

Para desenvolver esse papel, era imprescindível que o AS fizesse parte da comunidade com a qual desenvolveria suas atividades, conhecendo e fazendo parte da dinâmica local. Além disso, deveria ser eleito pela comunidade, expressando o respeito desta pelo Agente de Saúde e o desejo deste em atuar em um Projeto desta natureza.

Assim, após serem eleitos, os AS receberam uma formação inicialmente prevista para durar 92 horas, mas que se estendeu pela necessidade e desejo dos envolvidos para um curso com o total de 200 horas. Constavam no conteúdo programático, sempre permeado pela determinação social do processo saúde-doença, tópicos como: a) noções de anatomia e fisiologia; b) sistemas do corpo (aparelho digestivo, do coração, da respiração, urinário, dos ossos e dos músculos, órgãos dos sentidos, sexuais, etc.); c) doenças dependentes de saneamento e outras doenças comuns; d) planejamento familiar; e) gestação, parto e puerpério; f) cuidados no primeiro ano de vida; g) primeiros socorros; h) noções de administração do serviço; i) orientações sobre como encaminhar ao segundo nível; j) mapeamento da área; l) sinais vitais (aferição de pressão arterial, temperatura corporal e frequências cardíaca e respiratória); m) cuidados básicos de enfermagem (pequenos curativos, retirada de pontos, aplicação de injeções intramuscular e

intravenosa e cuidados de limpeza e esterilização de materiais); dentre outros.

Figura 2 – Agentes de Saúde e coordenadores técnicos do Projeto.



Fonte: Arquivo pessoal (enfermeira do Projeto).

Um dos documentos utilizados para a formação dos Agentes foi a “Apostila de formação dos Agentes de Saúde”, encontrada incompleta na pesquisa documental realizada neste estudo. Este documento tinha como objetivo direto instrumentalizá-los, através de uma metodologia horizontal, tanto para o desenvolvimento de atividades técnicas quanto para aquela que era considerada sua função mais importante no Projeto: promover a organização da comunidade (COOPERALFA, 1981).

Apesar de este material estar disposto em capítulos por sistemas ou doenças encontradas na região, procurava-se constantemente fazer a ligação entre os assuntos abordados e destes com o modo como as pessoas viviam, dando o entendimento de que são interdependentes e estão conectados, como relatado por um dos entrevistados:

Sempre o eixo era determinação social do processo saúde-doença, a determinação social enfaticamente, mas a gente estudava os aparelhos digestivo misturando com o aparelho do sangue, com a fisiologia, com a patologia, como é que funcionava, qual era o remédio que tinha, já tudo era mais ou menos misturado. [...] Ou seja, tudo é permeado pelo eixo e a gente não perdia a oportunidade de estar sempre resgatando isso (Entrevistado 1).

Ao longo do texto, pode-se, ainda, identificar a utilização de palavras e expressões comuns aos trabalhadores rurais para explicar

questões técnicas abordadas, aproximando-se de sua linguagem na tentativa de desmonopolizar o saber científico.

Além disso, a saúde era entendida em seu conceito ampliado e era fomentada a discussão sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, problematizando-se a realidade vivenciada no campo, como demonstrado no parágrafo abaixo:

Para morder ou mastigar a comida é necessário que se tenha dentes. No Brasil porque grande parte do povo não tem condições de se alimentar bem, os dentes crescem fracos e pardos. Além disso, não é ensinada a importância de ter dentes bons para a maioria da população e daí eles acabam não cuidando dos dentes. Um adulto deveria ter 32 dentes na boca 12 na frente para morder e 20 mais atrás para mastigar. Você conhece alguém que tenha todos os 32 dentes naturais? Pois é, o brasileiro é um povo desdentado (COOPERALFA, 1981, p.4).

A não culpabilização da população pela falta de saúde e pela ocorrência de doenças era outro eixo trabalhado na formação dos Agentes, configurando uma das bases para o trabalho destes sujeitos com as comunidades:

Sabemos que na maioria das vezes é muito difícil vacinar bem certinho os nossos filhos, isso porque a forma como são feitas as vacinas é bem errada, as vacinas são longe das nossas casas, não são feitas todos os dias e outras coisas. Devemos lutar para conseguir melhores condições de vacina (COOPERALFA, 1981, p. 41).

Outros fatores levantados para problematização neste processo de formação eram a influência da busca incessante por grandes lucros pelas indústrias capitalistas sobre a saúde da comunidade rural e a falta de suporte governamental para viver com mais saúde:

Por que as mães deixam de amamentar os seus filhos? As grandes fábricas de leite, como a Nestlé, ajudam muito, com propaganda e pressão para diminuição do aleitamento materno. O governo também contribui para que as mães

deixem de amamentar seus filhos. Como o governo faz isso? Distribuindo latas de leite no hospital e nos Postos de Saúde. Não obrigando as empresas onde trabalham mulheres a cumprir a legislação que manda construir as creches para que as mães possam ter seus filhos perto e dar de mamar quando sentem fome. O salário mínimo é tão pequeno que logo após o parto a mãe precisa voltar para o trabalho para trazer um pouco de dinheiro para casa. E a licença que a mãe tem para cuidar de seu filho depois do parto é só de 84 dias” (COOPERALFA, 1981, p.55-56).

Também relacionado com a desresponsabilização do Estado diante da situação de saúde rural, um dos grandes problemas encontrados no diagnóstico realizado anteriormente à implantação do Projeto de Saúde era a dificuldade de acesso aos serviços médicos, assim como era grande a desinformação da população sobre seu corpo.

A formação dos Agentes buscou desmistificar o poder médico, reforçando a democratização dos saberes científicos, já colocada anteriormente como um dos eixos centrais da formação destes sujeitos.

No adulto não tem função nenhuma [o apêndice]. Quando criança ele serve pra formar sangue. Muito raramente (uma pessoa em cada 100) tem que tirar o apêndice porque ele infecciosa (se chama apendicite daí). Se na sua comunidade tem mais que 1% das pessoas que operaram da apendicite é bom ficar com o pé atrás porque muitas vezes inventam que é apendicite só pra arrancar o dinheiro dos agricultores. Imagine que em Itaberaba tem uma pessoa que já fez 3 cirurgias de apendicite (o que não pode acontecer porque uma pessoa tem um apêndice só). Para saber ou conhecer que seja apendicite temos que saber o seguinte: 1. só dá uma vez na pessoa e quando dá tem que operar em menos de 3 dias se não ele estoura e daí a pessoa morre; 2. para saber se está com apendicite tem que dar dor muito forte do lado direito debaixo, na barriga. Quando a gente aperta a barriga dói muito, mas piora a dor quando a gente solta a barriga. As vezes a dor pega a perna direita. Dá febre alta e vômito junto (COOPERALFA, 1981, p. 5-6).

Na formação dos Agentes, buscava-se, também, desmitificar o que é o saber, discutindo-se sobre a existência de diferentes conhecimentos e que ninguém poderia dominar todos aqueles existentes. Era forte a noção de que os agricultores eleitos tinham um conhecimento anterior que não poderia ser negado, inclusive no que se refere às questões relacionadas à saúde e ao adoecimento.

Um dos episódios relatados descreve a importância de reconhecer o quanto importante é este elemento no processo de produção do cuidado e, inclusive, de formação dos próprios formadores no Projeto:

Ah, essas aulas de parto foram outras coisas maravilhosas. Fui dar aula de parto, [...] aí eu dizendo não, o parto a gente coloca a paciente desse jeito, faz uma anestesia, faz um corte, vocês não vão fazer isso. Levanta uma senhora baixinha e diz eu nunca fiz corte, eu digo não, mas o perigo é que arrebente o períneo. Nunca arrebentou um períneo na minha mão. Hum, quantos partos a senhora já fez? Mais de mil. Hum, e agora? Eu digo que bom que nunca aconteceu, mas como é que a senhora faz? Não, eu pego uma caixa de sabão, uma caixa de madeira na verdade, ponho um forro, que é uma almofada, aí ponho um plástico por cima e peço pra parturiente botar uma perna de cada lado e encaixar a vagina na almofada e aí eu fico fazendo massagem na vagina, e aí ela fica de pé com a vagina encostada ali, quando a criança começa a nascer, ela vai levantando e a criança sai. Pois é, não arrebenta períneo. Mas, ela, claro que ela sabia muito mais do que nós, ela sabia manobras, ela sabia fazer reversão, ela tocava a mão lá pra dentro, botava a criança, girava a apresentação, fazia todas as crianças ter apresentação cefálica. Parteira e foi ser formada por nós... (Entrevistado 1).

Da mesma forma, o conhecimento da população era valorizado e os Agentes de Saúde eram incentivados a resgatarem com a comunidade as diferentes formas de lidar com a doença e as condições injustas de vida em que estavam inseridos, problematizando as questões que

precisavam ser discutidas e qualificadas na busca por melhores condições de saúde. De acordo com um entrevistado:

Me parece que o pano de fundo mesmo era desmistificar que o médico não era o sabe-tudo, que eles tinham muito conhecimento popular porque uma das coisas que a gente fazia muito era de, conversando com a comunidade, resgatar o conhecimento deles [...]. Então, eu aprendi muito com a comunidade, né? (Entrevistado 5).

O compartilhamento das informações científicas e a consideração do conhecimento prévio dos Agentes permitiram a construção de um novo conhecimento, modificando a forma de agir de todos os envolvidos. Alguns fatos contados demonstram os resultados alcançados através desse entendimento de ensinar-aprender, como o seguinte:

Eles tinham muita dor de coluna e tinha muita gente que era tratada como se fosse patologia renal, que era uma sacanagem [...]. Porque a nossa idéia era a seguinte: como é que a gente faz as pessoas fazerem massagem umas nas outras? Bom, então, vamos reduzir riscos. É, a dor tem que ser baixa, não pode ter mais que quarenta anos, tem que ter características de agudização, de aumentar quando trabalhar na roça e etc. E ensinamos a fazer relaxamento basicamente nos pontos de shiatzu e tudo mais, né? Esse cara [Agente de Saúde] foi pra comunidade e viu o seguinte: era muito difícil ele fazer isso em mulher porque, por toda a situação. Então ele só fazia em alguém se outro membro da família estivesse pra ele ensinar como é que fazia. Final de tarde, o pessoal volta da roça e faz a roda de chimarrão, então, várias casas, enquanto fazia a roda de chimarrão tinha uma pessoa deitada na esteira e outra tocando. [...] Então, tu imagina as pessoas dentro das famílias começarem a ter a liberdade de aliviarem a sua dor nas costas pelo toque de alguém da família (Entrevistado 2).

Esse desenho de formação é parte de um processo de aumento da criticidade, que amplia as condições de luta contra as injustiças existentes. Portanto, *os treinamentos eram feitos por pessoas*

absolutamente politizadas e de esquerda e que sabiam que tem que libertar pra conseguir enxergar (Entrevistado 9).

Os resultados desta postura ética do Projeto foram sentidos por muitos dos sujeitos entrevistados. Um dos relatos trazidos por mais de um sujeito de pesquisa foi a experiência de uma Agente de Saúde analfabeta que desenvolveu uma metodologia de relatar o que acontecia na comunidade através de desenhos, trazendo a questão social a tona para discutir sobre os problemas encontrados:

Ela botava um desenho de uma pessoa amarela e ficava discutindo o que era, é que tinha o esgoto, tinha... Então, eles falavam isso, entende? Não era simplesmente porque era verminose e acabou. Tava claro pra eles [o social] [...] Então, o treinamento era bastante crítico pra poder fazer um negócio desse tipo (Entrevistado 9).

Figura 3 – Slides de AS analfabeta retratando ações no Projeto.



Fonte: Arquivo pessoal (médico do Projeto).

Enfim, todos esses pressupostos considerados no processo de formação dos Agentes e localizados na relação estabelecida entre os sujeitos envolvidos, estavam sistematizados na “Apostila de formação” e em outros materiais de base utilizados, como os cadernos de “Saúde para todos”, volumes 6 e 7 (Anexo A). Estes cadernos foram elaborados pela Pastoral da Saúde assessorada pelo CEBES em 1981, com conteúdo extremamente crítico e reflexivo sobre a situação política da época:

Então, elas [pessoas da Pastoral da Saúde] com a bíblia e nós [sanitaristas do CEBES] com os livros de esquerda possível. E aí a gente dizia, acha na bíblia alguma coisa aí que fale sobre fome e aí elas diziam olha, tem esse aqui do Jô não sei das quantas, não ficou legal. Tem esse aqui que é o..., olha esse aqui tá bem. Então, as reflexões começavam, a gente começava as reflexões pelas coisas da bíblia. [...] Absolutamente subversivo. Comunista? Não. Subversivo, só. Na ditadura militar, era isso daí (Entrevistado 1).

Estes materiais eram utilizados como instrumentos de problematização em Comunidades Eclesiais de Base e grupos de reflexão neste ano, cujo tema da Campanha da Fraternidade da Igreja Católica era “Saúde e Fraternidade” e o lema era “Saúde para todos” (ARQUIDIOCESE DE FLORIANÓPOLIS, 1981a; 1981b).

Através de roteiros para reuniões organizados com salmos, leituras e músicas da Igreja e com problematizações sobre fatos da vida no campo, a discussão promovida pelos cadernos era embasada em argumentos da própria Igreja e em dados sócio-econômicos e da situação sanitária trazidos pelo CEBES, buscando fomentar a criticidade para a busca por melhores condições de vida. Portanto, a tônica colocada era consoante com aquela buscada na formação dos Agentes.

Utilizando destes e de outros materiais como subsídio, as reuniões de formação foram realizadas no Seminário de Chapecó pelos Coordenadores Técnicos do Projeto (sanitaristas da UFSC), com a colaboração de professores de enfermagem da UFSC e pessoas da Pastoral da Saúde deste município, em 6 finais de semana consecutivos, com nove horas por dia de atividades teórico-práticas e grande envolvimento dos Agentes.

Para um Agente, a formação se dava através de uma metodologia que

Era, assim, era de igual pra igual, entende? Eles vinham, assim, no nosso nível, entende? Era muito bonito, nossa, foi uma aprendizagem, assim, foi muito bom. Eu gostei muito porquê pra eles, eles tratavam nós de uma forma, assim, não, digamos como hoje que tem as hierarquias, né? [...]. Então, tipo assim, daí a gente tomava as decisões, imagine. Nossa, foi muito bonito o trabalho (Entrevistado 6).

A metodologia proposta, portanto, se configurava como uma metodologia dialética, buscando a horizontalidade da educação com intensa troca de informações e fortemente embasada na educação popular proposta por Paulo Freire. *A relação era freiriana? Era, sem a gente ter muito conhecimento. Eu não sei se tava escrito e sem poder estar escrito [....]. A gente tava em plena ditadura militar, né? Escrever Paulo Freire era perigoso* (Entrevistado 1).

Portanto, junto com o aprendizado das noções técnicas básicas da função, os Agentes foram estimulados ao entendimento do processo sócio-econômico como gerador de doença e da transformação social baseada na organização popular como perspectiva. Eles eram, ainda, instigados a participar ativamente do processo de organização de sua comunidade, adotando a mesma metodologia utilizada em sua formação. Como primeiro fruto desse processo, ao final do curso os próprios AS criaram uma Associação, como uma forma de organização comunitária na região (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

Além da organização comunitária, constavam, ainda, no escopo de ações a serem realizadas pelos Agentes de Saúde: a) cuidados elementares de enfermagem, tais como, aferição de sinais vitais, curativos e injeções; b) educação em saúde, especialmente em relação a determinantes de doenças; c) doenças comuns de fácil resolução (verminoses, diarreia, piodermites, etc.); d) cuidados mínimos materno-infantil; e) auxílio no processo de imunização; f) primeiros socorros; g) auxílio na prevenção decorrentes da falta ou deficiência de saneamento básico; h) mapeamento de sua área de atuação; i) preenchimento de Prontuário de Família; j) envio de relatórios sobre os casos atendidos, para o segundo nível; l) encaminhamento dos casos não resolvidos para o segundo nível. A aparelhagem necessária para o desenvolvimento de algumas ações era fornecida pela Cooperalfa.

Figura 4 – Visita domiciliar realizada pelo AS e o médico do Projeto de Saúde.



Fonte: Arquivo institucional (Cooperalfa).

Especificamente no tocante ao atendimento de doenças comuns, era esperado, conforme um dos entrevistados, que o Agente de Saúde oferecesse cuidado

[...] em algumas patologias que a gente considerava que eram de tarefa do trabalhador primário de saúde – tem muito a ver com aquele livro “onde não há médico”. Então, tratavam o impetigo, davam soro na diarreia antes de mandar pro médico, se não funcionasse mandava pro médico, gargarejo quando a amigdalite não era purulenta. Então, tinham algumas coisas que a gente considerava que eles podiam tratar [...]. Ele podia ver aquela pessoa no outro dia, se não adiantava, ele encaminhava pro Posto, onde teria um médico (Entrevistado 1).

Com relação à educação e saúde, outra ação esperada do Agente, não havia claras definições para seu desenvolvimento, nem ferramentas específicas para isso. De acordo com um dos entrevistados, *a gente queria que eles fizessem isso [que fossem educadores em saúde], a gente dizia que a tarefa principal deles não era tratar os doentes, que era tentar colaborar com a saúde da população* (Entrevistado 1).

Entretanto, alguns Agentes desempenhavam essa tarefa, geralmente restringindo-se às orientações individuais, principalmente voltadas às práticas assistenciais e curativas, não sendo habitual realizar ações de cunho coletivo, como descrito a seguir:

Pelo o que eu sei, era mais nesse sentido, assim, algumas iniciativas, então, de alguns Agentes que

reuniam a comunidade nesses espaços, assim, e muito essa orientação individual quando ele era chamado lá na casa da pessoa ou quando a pessoa vinha na sua casa pra receber uma orientação também, pelo o que eu sei era mais nessa lógica (Entrevistado 7).

As ações coletivas de educação e saúde aconteciam, geralmente, a partir da identificação pelo Agente de um problema coletivo, que acionava o médico ou o enfermeiro para realizarem uma reunião com a comunidade. A condução destas reuniões, portanto, seria de responsabilidade dos profissionais de nível superior e os Agentes seriam coparticipantes, como colocado pelo seguinte entrevistado:

Não eram eles que davam o receituário, o que fazer, e não era programático, acho que esse é que é o ponto. Não era das tarefas fazer reuniões com a comunidade, a gente não tinha isso claro na época. Hoje eu faria diferente, mas na ocasião não deixamos isso claro, tá? (Entrevistado 1).

Portanto, não era dada ênfase a esta possibilidade de ação do Agente e nem reprimido aquele que desenvolvesse, a partir de sua iniciativa, ações de educação e saúde de cunho coletivo.

No tocante às atividades em geral, recomendava-se que fossem desenvolvidas nas linhas da região através do atendimento inicial à população (resolvendo os problemas mais comuns ou encaminhando ao segundo nível) e participando ou promovendo reuniões de comunidade (CELLA, FERNANDES & SILVA, 1984).

Além da formação inicial dos AS, estava prevista sua supervisão, realizada periodicamente pelos médicos, quinzenal ou mensalmente, em reuniões com a presença dos atendentes de enfermagem, onde eram discutidas fichas de atendimento diário e casos, problemas da comunidade e outras situações vivenciadas no cotidiano.

Era, também, prevista, uma reciclagem semestral realizada pela Coordenadoria Técnica do Projeto, pelo Supervisor do Pessoal de Enfermagem e pelos médicos, assim como a avaliação da prática dos Agentes através da análise das fichas de ocorrência e de entrevistas com pessoas encaminhadas pelos AS ao segundo nível de atenção (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

Com relação à remuneração do Agente de Saúde, no Projeto da Cooperalfa ela era considerada contraditória, tendo-se a opção de

desenvolver um modelo de cuidado em que o AS não faria deste trabalho uma profissão, ou seja, ele continuaria desenvolvendo suas tarefas rotineiras e ocasionalmente seria chamado a intervir pela comunidade.

De acordo com um dos entrevistados, previa-se o atendimento de

Cento e vinte pessoas, cem pessoas, e aí a gente imaginava que a demanda era 20% ao mês. [...] Vinte em um mês seria mais ou menos uma por dia. Uma por dia ele poderia continuar fazendo o que ele fazia, ele era agricultor, ele continuava sendo agricultor (Entrevistado 1).

Portanto, o Agente de Saúde não tinha um horário fixo de trabalho, não recebendo salário da cooperativa para desenvolver suas atividades e atuando em sua própria residência, na comunidade ou através de visitas domiciliares (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

Os associados da Cooperalfa tinham a opção de remunerar seus Agentes através de critérios próprios ou por meio de uma tabela de serviços prestados e valores a serem cobrados, criada em comum acordo entre as comunidades envolvidas (Anexo B).

Percebe-se, portanto, que apesar de terem uma ligação clara com a cooperativa – eram parte de um serviço em que outras pessoas recebiam um salário para o desenvolvimento de suas funções –, o Agente de Saúde não era considerado um empregado da Cooperalfa, mas parte da comunidade. Nesta lógica, ele estaria subordinado à comunidade e não à cooperativa, como colocado na fala a seguir, o que lhe daria mais liberdade, por exemplo, para exercer a função de mobilizador social:

Eles tinham muito esse, essa coisa que a gente defende até hoje, que, no discurso, a gente defende pro Agente Comunitário de Saúde, que o Agente de Saúde seja o elo entre o serviço e a comunidade. Eles faziam isso maravilhosamente, eles eram comunidade, eles não eram Unidade Básica (Entrevistado 1).

Essa proposta estava, também, embasada na idéia de que, no Projeto de Saúde, os Agentes teriam a função mais específica de *apoiadores do que propriamente executores de processos assistenciais mais complexos, né? Então, acho que era essa a idéia de ser aquele*

educador em saúde, aquela pessoa que vai propagar o discurso, né? (Entrevistado 11).

Em parte, esta concepção vinha do modelo já desenvolvido anteriormente pela Igreja Católica na região. Existia, entretanto, um risco maior de algum grau de conflito diante da não remuneração no Projeto pelo fato de que, através de uma cooperativa, haveria uma maior institucionalização do Agente de Saúde, enquanto aqueles ligados à Igreja tinham um vínculo mais claro de caridade e solidariedade com a população atendida.

De acordo com Cella, Fernandes & Silva (1984), em alguns momentos o papel do Agente, a forma de escolha destes sujeitos e a questão da não remuneração foram reavaliados. Segundo os autores, inicialmente houve expectativa quanto a algum vínculo empregatício com a cooperativa.

Alguns Agentes colocavam como dificuldades para o desenvolvimento de suas ações a falta de tempo (uma vez que não faziam deste seu emprego), a dificuldade de obter colaboração da comunidade e a ausência de remuneração. *A falta de esclarecimento sobre o que iria ser realizado, o desejo de alcançar mais influência junto à comunidade ou de ajudar pessoas necessitadas* foram também fatores identificados como prejudiciais ao desenvolvimento do trabalho dos Agentes (CELLA, FERNANDES & SILVA, 1984, p.9).

Um dos entrevistados corrobora com esta visão sobre a falta de remuneração, colocando que este era um dos fatores desmotivadores no Projeto. Fazendo ressalvas quanto à época em que o Projeto foi desenvolvido, ele complementa colocando que *na verdade, isso é um papel do Estado, né? Não é um papel do indivíduo, não é um papel da Cooperativa. Apesar de que a participação da comunidade também vai ajudar bastante, né?* (Entrevistado 12).

Entretanto, os dados obtidos a partir das demais entrevistas semi-estruturadas contradizem a informação anterior, indicando que não haveria conflitos decorrentes da falta de remuneração dos Agentes de Saúde no Projeto. A contrapartida para estes agricultores, de acordo com um dos entrevistados, se daria através de

alguns benefícios indiretos recebidos da cooperativa, eles recebiam geladeira pra conservar os alimentos, ganhavam a maleta de Agente e tinham um privilégio na entrega da produção agrícola. Então, tinham alguns benefícios para serem Agentes, mas nenhum

problema com o salário, tá? Era muito glorífico para eles isso, eu sou Agente de Saúde, uma coisa meio forte, eles tinham o maior orgulho disso (Entrevistado 1).

Além do orgulho em desempenhar essa função, os relatos das entrevistas trazem também a noção de que o compromisso assumido com a comunidade era bastante grande, considerando-se este um dos elementos mais fortes do Projeto e minimizador do conflito possível por conta da não remuneração. Um dos entrevistados discorre um pouco sobre esta temática ao contar sobre o processo de decisão sobre o horário da formação dos Agentes, realizada no seminário aos finais de semana:

Nós nos reunimos, levantou um agricultor, nós nos reunimos e achamos que um horário bom é das sete ao meio dia e da uma às sete e das oito e meia às dez. [...] Dissemos não é possível tanta carga de aula, não é possível, isso aí não vai dar certo. Levanta outro agricultor e diz não, é porque a gente foi eleito pela nossa comunidade pra ser Agente de Saúde, enquanto nós estamos aqui sendo treinado ou tendo aula, os agricultores tão lá plantando por nós. A gente vai se sentir muito mal de estar aqui sem fazer nada (Entrevistado 1).

Por outro lado, como em qualquer proposta desta natureza, é lembrado que esse posicionamento comprometido com o Projeto e sua comunidade não era universal entre os Agentes, existindo exceções em que as pessoas eram Agentes *pra tirar proveito, né, que daí ali também era um espaço político e aí, assim, era um espaço onde a pessoa podia se projetar, ser reconhecida na comunidade, né?* (Entrevistado 7).

Por fim, a avaliação de um dos administradores do Projeto sobre a questão da não remuneração dos Agentes é de que eles estavam ligados à proposta política e ideologicamente, não havendo um sentimento de *exploração porque eu penso que havia uma adesão muito forte. Era um desejo deles pensar algo porque eles eram as vítimas do processo, né? Porque 70% da população ou mais, [...] eram agricultores, né?* (Entrevistado 11).

4.1.3.2 Segundo nível de atuação: o Posto de Saúde

O Posto de Saúde constituía o segundo grupo de atuação, formado por médicos gerais contratados pela Cooperalfa e por atendentes de enfermagem eleitos pela comunidade. Neste nível, buscava-se atuar com pouca utilização do complexo médico-industrial, garantindo o maior grau possível de resolubilidade da demanda programada e espontânea.

O objetivo principal era a resolução, em conjunto com o primeiro nível de atuação, de cerca de 90% dos problemas nosológicos da região atendida nas quatro áreas básicas de atendimento curativo: toco-ginecologia, pediatria, clínica médica e cirurgia ambulatorial (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

Para isso, os médicos do Projeto de Saúde deveriam residir em sua área de atuação, realizando as seguintes atividades: a) supervisão e educação continuada, direcionada a Agentes de Saúde e atendentes de enfermagem; b) ações de educação e saúde em conjunto com os AS e entidades de saúde que atuassem na região; c) atendimento de pré-natal e puericultura; d) consideração das atividades de imunização e do controle das doenças transmissíveis; e) vigilância epidemiológica, em conjunto com os atendentes de enfermagem; f) coordenação do mapeamento global da área, executada pelo primeiro nível em conjunto com os atendentes de enfermagem, para exercer o controle epidemiológico da sua área de atuação; g) organização, em conjunto com o primeiro nível de atuação e com outras instituições, da estratégia de implantação de programas de saneamento adequados para cada região; dentre outros (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

De acordo com o relato de um dos médicos que integraram o Projeto, a prática destes profissionais

era um trabalho de medicina social, onde a gente fazia um atendimento ambulatorial e todos os parâmetros, assim, de medicina de família, medicina da criança, medicina da gestante, medicina do idoso, alguns parâmetros preventivos e muito incentivo à participação da comunidade. A gente tinha bastante incentivo da discussão de temas de saúde e também de auxiliar a organização da comunidade fundamentalmente pra melhores condições de saúde. E esse trabalho era sempre muito fundamentado na participação dos Agentes de

Saúde e uma boa participação também das atendentes de enfermagem (Entrevistado 12).

Para desenvolver estas ações, os profissionais contavam com um programa de educação médica continuada, que ocorria quinzenal ou mensalmente, com a participação dos coordenadores técnicos do Projeto, onde eram debatidas as maiores dificuldades encontradas no cotidiano das comunidades, procurando oferecer subsídios para uma melhor prática clínica e social no território.

Nestas discussões, buscava-se o aprimoramento científico enquadrado à realidade da região e o estabelecimento de condutas padronizadas em relação às doenças prevalentes a partir de estudos sobre os recursos da comunidade e sobre a melhor forma de abordá-la, promovendo, ainda, intercâmbio de experiências entre os médicos que atuavam no Projeto (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

A avaliação dos profissionais é de que a formação continuada e embasada na proposta referida foi um grande diferencial para atingir os objetivos alcançados, especialmente no tocante à alta resolubilidade da atenção com baixa utilização do complexo médico-industrial, como relatado a seguir:

Nunca que eu, nunca, nenhum curso de saúde pública, nem mestrado, nem coisa nenhuma daria o conhecimento que esse trabalho deu, eu acho, isso é coisa indiscutível. [...]. Primeiro tu tinha que estudar porque, assim, tu pensa que tu tinha hemograma, etc., etc.? [...]. Assim, não que eu não tinha, você tinha que ter um olho clínico muito bom e uma mão muito boa pra fazer uma conduta médica muito competente, muito, muito boa mesmo, o que valia muito era essa clínica. A clínica de verdade, né, aquela anamnese bem feita, aquele exame físico muito bem feito é que tinha que fazer diagnóstico. Hospital era super difícil (Entrevistado 9).

Além dos médicos, o segundo nível era formado pelos atendentes de enfermagem, que também eram Agentes de Saúde eleitos pela comunidade, com formação adicional para desenvolverem as seguintes atividades, recebendo salário para tal: a) colaboração na formação e supervisão de AS; b) auxílio no mapeamento epidemiológico da área; c) recepção de pacientes; d) organização de fichários, Prontuários de

Família, lista de problemas e agendamento de pacientes; e) administração de vacinas; f) limpeza dos materiais e do Posto de Saúde; dentre outros.

Figura 5 – Atendentes de enfermagem e supervisores da época.



Fonte: COOPERALFA (1994).

Na medida em que eram deslocados para dentro do Posto de Saúde, os atendentes de enfermagem passaram a desenvolver ações diferenciadas daqueles Agentes que estavam mais presentes na comunidade, principalmente administrativas e específicas do serviço de enfermagem. De acordo com a descrição de um dos entrevistados

Ele continuava tendo a linguagem da população, mas ele tinha um trabalho diferenciado e isso era uma coisa confusa, tá? Porque, na medida em que ele começava a ser auxiliar de enfermagem, ele passava a ter uma visão cada vez mais da patologia e menos da comunidade. Então, eu acho que chamar ele pra dentro da Unidade é matar a grande coisa que ele tem, que é o vínculo (Entrevistado 1).

Tendo um trabalho diferenciado, era também prevista educação continuada específica para os atendentes de enfermagem, da mesma forma que para os demais sujeitos envolvidos no Projeto de Saúde. Essa formação era organizada bimestralmente pela supervisão do pessoal de enfermagem com o objetivo de promover a troca de experiências e o aperfeiçoamento e a ampliação de seus conhecimentos técnicos. Além deste espaço, os atendentes participavam das supervisões quinzenais ou mensais dos Agentes de Saúde realizadas com o médico de cada Posto (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

4.1.3.3 Sistema de coordenação e supervisão do Projeto

O sistema de coordenação e supervisão do Projeto de Saúde era entendido como um processo de contínuo aperfeiçoamento das atividades e dos recursos humanos, necessário para garantir a sua continuidade.

Para a realização destas ações, principalmente na área técnica, coordenadores e supervisores deveriam estar abertos para uma metodologia participativa, que buscasse abranger as diferentes opiniões no processo de discussão e tomada de decisões, através do estabelecimento de relações horizontais entre os sujeitos envolvidos.

Para seu funcionamento, foram criados mecanismos hierárquicos de coordenação e supervisão, instituindo-se a coordenadoria geral do Projeto, a coordenadoria técnica do Projeto e o cargo de supervisor de pessoal de enfermagem, cada qual com funções bem definidas.

A coordenadoria geral foi constituída pela diretoria da Cooperalfa com a função de manter os recursos humanos, físicos e materiais necessários à execução do Projeto através da utilização de recursos próprios ou captados por meio de convênios (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

Já a coordenadoria técnica foi formada por uma equipe de sanitaristas da UFSC e estava subordinada administrativamente à coordenadoria geral do Projeto, tendo como funções principais: a) supervisão geral do Projeto; b) seleção e formação dos recursos humanos envolvidos; c) avaliação constante das atividades; d) sugestão de normas técnicas sujeitas à aprovação pelos recursos humanos envolvidos e pela coordenadoria geral, quando houvesse aspectos referentes a recursos financeiros; e) e, responsabilidade pelo programa de educação continuada dos médicos do Projeto (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

A supervisão do pessoal de enfermagem era um cargo ocupado por um enfermeiro sanitarista ou de comprovada experiência nesse campo de atividades, que estava diretamente subordinado à coordenadoria técnica. Este profissional deveria, através de visitas rotineiras aos Postos de Saúde e comunidades: a) coordenar o serviço de vigilância epidemiológica; b) supervisionar os atendentes de enfermagem; c) colaborar com médicos e atendentes de enfermagem dos Postos de Saúde na formação, supervisão e avaliação dos AS; d) e, colaborar com médicos e atendentes de enfermagem na organização administrativa dos Postos de Saúde (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

Além desse sistema formalmente instituído de coordenação e supervisão, havia, ainda, a supervisão dos Agentes de Saúde, que deveria ser realizada pelo supervisor do pessoal de enfermagem, pelos médicos locais e pelos atendentes de enfermagem, tanto através de visitas à comunidade quanto nos espaços formalmente instituídos para tal (momentos de educação continuada formalizados). De acordo com um dos entrevistados, nas supervisões eram discutidas as ações dos AS, *então, tinha uma relação de ensino sempre, eles estavam sempre evoluindo, os Agentes de saúde* (Entrevistado 1).

Percebe-se, portanto, que o sistema de supervisão e coordenação, pelo menos tecnicamente, pretendia ampliar a independência dos sujeitos que integravam o Projeto de Saúde, buscando dividir os conhecimentos, mas, também, colocando limites para as práticas de cada ator envolvido – especialmente dos Agentes de Saúde e atendentes de enfermagem.

Além disso, esse sistema informal era guiado por premissas já colocadas anteriormente na formação dos Agentes de Saúde, como a discussão baseada na determinação social do processo saúde-doença e o respeito aos diferentes saberes, contribuindo também para a formação dos próprios formadores. Podemos perceber estes aspectos nos relatos abaixo de um dos médicos do Projeto:

A gente discutia o que eles [Agentes e atendentes] traziam, na base da realidade deles, a gente discutia as coisas tentando ampliar o máximo a discussão do porquê que as coisas aconteciam, que não era só a doença, mas o que levava àquela situação de eles adquirirem as patologias, de eles como resolverem as coisas. Não era só uma coisa de relação de doença, tratar, medicamento, era uma coisa muito mais ampla (Entrevistado 8).

A diferença do que existe hoje do que existiu na nossa época é que, na realidade, a gente tinha uma interação muito maior com eles porque nós participávamos do trabalho deles e eles participavam da gente. Era uma questão de troca de conhecimentos e troca de valores, a gente conhecia eles. Referência pra nós, era muito mais porque [...] é outra realidade totalmente diferente. Isso a gente colocava pra eles, [...], quirela, aquele farelinho, isso eu não conhecia, e, no

entanto, qualquer criancinha de dois anos de vocês sabe o que é quirela. Eu não sei, eu desconheço, agora eu conheço coisas que vocês não conhecem, então, vamos trocar, vamos conversar (Entrevistado 8).

Essa horizontalidade permitia que as relações estabelecidas entre os integrantes do Projeto (principalmente entre os médicos e os Agentes de Saúde e atendentes de enfermagem) extrapolassem a simples convivência no emprego para uma relação de afetividade e confiança. *A gente tinha uma confiança nos Agentes de Saúde que era uma barbaridade porque eles nos ensinavam um monte de coisas da comunidade, aqui não dá pra fazer isso, aqui não pode fazer aquilo...* (Entrevistado 1).

Alguns entrevistados identificam esse resultado da prática educativa instituída no Projeto como uma grande diferença entre o processo de trabalho desenvolvido na década de 1980 e o que se vivencia atualmente nas equipes de Saúde da Família, *existia um respeito mútuo entre a gente, o que não acontece hoje nas equipes. As equipes de hoje tão e as pessoas detêm o conhecimento, elas acham que sabem tudo e não querem aprender nada* (Entrevistado 8).

Figura 6 – Reunião de Agentes de Saúde no terreno da Igreja de Águas de Chapecó.



Fonte: Cella, Fernandes & Silva (1984).

4.1.4 Implantação do Projeto

De acordo com o Relatório elaborado no ano de 1982, a implantação do Projeto foi realizada gradativamente, possibilitando análise e correção de falhas.

Inicialmente, foram definidos critérios para a escolha dos primeiros locais que seriam abrangidos pelas ações propostas (Anexo C), levando-se em consideração: o grau de desenvolvimento de economia da região, o grau de dificuldade de acesso à atenção médica, o número de sócios da Cooperalfa no distrito e município, a presença ou ausência de profissionais ou de serviços de saúde no distrito e no município, o grau de organização da comunidade e o interesse das lideranças formais (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

Para a definição de um cronograma de implantação, ainda foram consideradas outras variáveis como existência de moradia para o médico no distrito, infra-estrutura para a instalação do Posto de Saúde com o mínimo de gasto possível e facilidade de comunicação entre os médicos que atuariam no Projeto (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

Em março de 1981, enfim, iniciou-se sua implantação com limitações financeiras e alguma insegurança em relação ao potencial do Projeto. Sob supervisão de dois sanitaristas da UFSC, foram contratados quatro médicos e oito atendentes de enfermagem, sendo, ainda, treinados 64 Agentes de Saúde para atuarem nas áreas tecnicamente definidas como prioritárias: Águas de Chapecó e Sobradinho; Itaberaba e Alto da Serra; Jardinópolis e Tarumazinho; Irati e Formosa (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

Não havia, na época, critérios formalmente estabelecidos para a contratação dos médicos do Projeto. Informalmente, buscavam-se profissionais com disponibilidade e interesse em participar de um Projeto desta natureza e, ainda, com entendimento do processo social e econômico brasileiro, da importância da participação popular como um meio de transformação da sociedade e conhecimento e convicção sobre os aspectos relativos à Atenção Primária, tanto técnicos quanto políticos (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

A escolha dos quatro médicos que foram contratados inicialmente foi também influenciada pela simpatia dos Agentes de Saúde com determinados profissionais durante sua formação, época em que os médicos estavam sendo selecionados. Estes foram contratados, enfim, em março de 1981, recebendo mensalmente a quantia relativa a doze salários mínimos da época adicionada à moradia no interior e recursos para locomoção (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

O processo de seleção dos Agentes de Saúde iniciou-se com reuniões em cerca de 200 comunidades da área, onde foi apresentado e discutido o Projeto de Saúde da Cooperalfa e colocada a necessidade de eleição, através de voto direto dos associados, de uma pessoa de

confiança da população para receber formação e atuar no local (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

De acordo com a avaliação dos entrevistados, os critérios para a eleição dos Agentes não eram idênticos nas diferentes comunidades envolvidas, mas os fatores confiança e disponibilidade pareciam estar muito presentes. Na maioria dos casos, os Agentes eleitos eram pessoas com envolvimento comunitário anterior ou mulheres que tinham alguma articulação com o trabalho desenvolvido pela Pastoral da Saúde na região ou alguma função relacionada à saúde na comunidade, como parteiras e benzedoras, conforme os relatos abaixo:

Eram pessoas, eram lideranças políticas, eram líderes de alguma maneira. [...] Uma boa parte deles já tinha alguma experiência em atenção à saúde, em prestar assistência. Alguns eram porque eram donos dos únicos carros que tinham na situação, eram já eram pessoas que envolviam em levar e trazer gente pra área da saúde. Os agentes eram, em tese, lideranças locais (Entrevistado 2).

Ele podia já ser uma parteira ou já ser um benzedor ou um conhecedor de chás ou um agricultor muito influente ou o presidente da regional da Cooperativa, era uma pessoa que a comunidade confiava, tá? Era esse o critério (Entrevistado1).

Para um dos entrevistados, a confiança no agricultor não foi o fator preponderante para sua eleição como Agente de Saúde, mas sim a falta de desejo dos demais associados em assumirem a responsabilidade, comentando que *como as pessoas não têm aquela disponibilidade, a maioria, me elegeram e eu aceitei. Naquele tempo eu já era líder do sindicato, [...], já tinha outras funções na comunidade e mais uma agora* (Entrevistado 3).

Esse mesmo Agente conta que a visão dos associados foi mudando à medida que o Projeto foi sendo implantado e implementado, conseguindo, posteriormente, maior adesão à proposta:

Porque quando a pessoa foi queimada com água quente, depois tem medo até de água fria, e como a proposta era tão bela e tão promissora, fazia a pessoa ter desconfiança, né? Mas, foi indo até

que um monte de gente voltou pra trás e viu que era importante (Entrevistado 3).

A partir da eleição pela comunidade, os Agentes receberam o curso de formação e material para desenvolverem seu trabalho, custeado pela Cooperalfa e com reposição freqüente, como o Manual de Formação do AS, elaborado pela equipe técnica do Projeto, e um livro intitulado “Onde não há médicos”¹² (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

Os atendentes foram eleitos dentre os AS de cada comunidade, contando com treinamento mais aprofundado ministrado pela Pastoral da Saúde para trabalharem 8 horas diárias no Posto de Saúde, recebendo, na época, o equivalente a 1½ salário mínimo (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

Como, critério, foram eleitos como atendentes principalmente aqueles Agentes que tiveram algum destaque durante a formação realizada previamente. Um dos Agentes eleitos conta que, além da confiança que a comunidade tinha nele, o fato de não ter muita saúde para trabalhar na lavoura foi decisivo para sua escolha: *a comunidade me nomeou porque eu era uma pessoa culta, eu era consciente do que fazia e eu não tinha a saúde muito pra trabalhar na lavoura* (Entrevistado 4).

Estes e os demais trabalhadores foram custeados através de recursos captados pelo convênio firmado com o Funrural, que possibilitava o retorno de 0,62% da produção bruta dos agricultores para investimentos no Projeto de Saúde. Além disso, esses recursos financiaram a aquisição de medicamentos básicos, materiais e equipamentos e a construção de Postos de Saúde (localizados ao lado dos Postos de Abastecimento da cooperativa em cada comunidade).

Cada Posto de Saúde contava, ainda, com biblioteca própria, com livros e revistas (através de assinaturas) financiados pela cooperativa. Os móveis dos Postos eram construídos nas marcenarias da própria Cooperalfa – a mesa ginecológica, inclusive, foi construída em madeira, com tecnologia desenvolvida nesses locais (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

No início da implantação do Projeto, houve uma reação hostil por parte dos médicos da iniciativa privada da região e de órgãos locais, especialmente Secretarias de Saúde, que ofereceram resistência à proposta boicotando encaminhamentos, convênios com laboratórios do

¹² WERNER, D. *Onde não há médicos*. 5 ed. São Paulo: Paullinas, 1977.

estado e concessão de vacinas e medicamentos (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

Após alguns atritos, o Projeto conseguiu vacinas e autorização para exames em casos de suspeita ou diagnóstico de tuberculose e sífilis, além da construção de fossas de fermentação na região. Foram, também, firmados convênios com laboratórios particulares, pactuando a cobrança de taxas de tabela do INAMPS (cerca de 35% do preço cobrado por particulares), que também ficaram encarregados do treinamento dos atendentes de enfermagem para coleta de material (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

4.1.5 Implementação do Projeto

Com o início das atividades em março de 1981, o Projeto passou a prestar serviços médicos de clínica geral e de enfermagem para associados da Cooperalfa em Postos de Saúde localizados em áreas prioritárias, bem como atendimentos de Agentes de Saúde, eleitos pela comunidade e formados para o desenvolvimento de diversas ações.

No segundo nível de atuação, o trabalho médico era dividido em atendimentos ambulatoriais durante um turno do dia e, no turno seguinte, atividades na comunidade (visitas domiciliares, reuniões em sindicatos, grupos de reflexão da Igreja e outros grupos comunitários locais) e supervisão do trabalho dos AS (tanto técnico como comunitário). Aos finais de semana eram realizadas reuniões do Programa de Educação Médica Continuada com os supervisores, em Chapecó (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982, p. 18-19).

Já os atendentes de enfermagem passaram a desempenhar funções relacionadas com a organização do Posto de Saúde e atendimentos aos casos mais comuns. Por serem empregados da cooperativa (remunerados, portanto), estavam disponíveis em tempo integral para o desenvolvimento das ações relacionadas com o Projeto de Saúde.

Supervisionados pelo médico e pelo supervisor de pessoal de enfermagem, os atendentes desenvolviam também trabalhos de campo, faziam visitas domiciliares e organizavam e atuavam em diversos grupos, como os de mães e escolares (CELLA, FERNANDES & SILVA, 1984).

O papel de supervisor do pessoal de enfermagem começou a ser desenvolvido por uma enfermeira contratada em agosto de 1981, dentro dos mesmos critérios observados na seleção dos médicos. Com essa contratação, deu-se início ao processo de centralização das informações básicas e de melhor coordenação dos atendentes de enfermagem e

acompanhamento dos Agentes de Saúde (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

A partir deste mês, houve um movimento de divulgação do Projeto e busca por aprimoramento técnico pelos médicos, que passaram a participar de reuniões em outras cidades – reunião de Comissão de Saúde do Senado, em Brasília, debate na Cooperativa Tritícula Serrano de Ijuí – RS, da Jornada de Debates Médicos em Florianópolis – SC, Encontro de Medicina Comunitária em Lages – SC, III ENEMEC em Goiânia, etc. (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

No mesmo período, após uma avaliação financeira e de desempenho técnico do Projeto, realizada pela Cooperalfa, houve a contratação de mais um médico, a construção de Postos de Saúde em Guatambu e Planalto Alegre e o treinamento de mais 32 AS (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

Na implementação do Projeto, a articulação com a Igreja Católica continuou a se efetivar em diferentes ações desenvolvidas, inclusive em mobilizações populares e no desenvolvimento do trabalho dos Agentes de Saúde.

Toda essa estrutura exigia, de acordo com o Relatório do Projeto de 1982, constantes reajustes e redefinições diante do processo pelo qual passava o Projeto:

As questões referentes à utilização do complexo médico-industrial determinando os rumos das políticas públicas de saúde no país e as relativas à educação popular, como meio de organização social, necessitavam de avaliação quase que permanentemente (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982, p. 19).

Durante sua implementação, discutia-se, também, a contradição em embasá-lo nos princípios da Atenção Primária em Saúde, mas configurá-lo como um serviço privado de atenção, uma vez que era de uso exclusivo dos associados da cooperativa. De acordo com um dos coordenadores técnicos do Projeto,

Isso gerava um problema extremamente sério, que a gente nunca teve coragem de refletir, que no fundo, no fundo, era um seguro privado, que só podiam ser atendidos os cooperados. [...] Quando batemos na mesa e abrimos dizendo que não, que toda e qualquer pessoa podia ser

atendida, nós tivemos confrontos. [...]. Quer dizer, esse convencimento era complicado. E no fundo, no fundo, eles tinham uma certa razão porque o financiamento era deles, né? (Entrevistado 2).

Em março de 1982, com a proposta de expansão do Projeto de Saúde, deu-se início ao treinamento de mais 50 Agentes de Saúde das localidades de Salto Saudade, Salteado, Marema, Lageado Grande, Vila Gaúcha e Coronel Freitas, seguindo a mesma metodologia adotada para o treinamento dos AS na implantação do Projeto (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

Ao final do mesmo ano, houve a demissão dos coordenadores técnicos do Projeto de Saúde da Cooperalfa, que continuou em um processo de expansão, mas com características diferenciadas daquelas que, até então, eram norteadoras das práticas desenvolvidas. Um dos médicos integrantes do Projeto foi convidado a assumir a coordenação técnica do mesmo.

Em 1982, o Projeto já contava com 12 médicos, 28 atendentes de enfermagem, 2 enfermeiras e mais de uma centena de Agentes de Saúde, desenvolvendo o agora chamado Programa Curativo e Preventivo de Saúde mantido pela Cooperativa com o apoio do Funrural. Naquele ano, foi constatado que apenas 2,5% dos pacientes atendidos haviam sido encaminhados para hospitais ou outras especialidades médicas. No setor preventivo, foram realizadas 421 reuniões educativas de saúde, 1.150 visitas domiciliares, 1.034 pré-natal, 475 puericultura, 3.183 exames a escolares e 2.245 vacinações (COOPERALFA, 1983).

Em maio de 1984, mais um médico havia sido contratado e a retenção de recursos do Funrural havia passado para 25% do arrecadado. Entretanto, os convênios estavam ameaçados, com a possibilidade de extinção daqueles que estavam em vigor, muitos desde 1976, através de uma resolução que poderia ser assinada pelo IAPAS – Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (COOPERALFA, 1984a).

Para os cooperados, a atenção convencional fornecida pelo Pró-rural era deficiente e a retirada do convênio poderia significar um retrocesso no tocante à atenção à saúde, uma vez que seria necessário recorrer ao INAMPS para suprir a lacuna que seria deixada com a extinção do, então, Programa de Saúde (COOPERALFA, 1984a).

A extinção do convênio foi afirmada no mesmo ano, mas, a partir de votação dos cooperados, o Programa foi mantido, passando a ser

custeado com recursos próprios da Cooperalfa. Continuando em fase de expansão, com a construção de novos Postos de Saúde, eram atingidos cerca de 10.000 associados e mais 70.380 dependentes, que podiam contar com ações de medicina preventiva e curativa, visitas domiciliares, atividades nas escolas e vacinação, além de outras ligadas à saúde (COOPERALFA, 1984b).

Em 1985, eram atendidas as comunidades de Águas de Chapecó, Aguihas, Três Barras, Sobradinho, Cambucica, Planalto Alegre, Caxambu do Sul, São Felix, Guatambu, Marechal Bormann, Água Amarela, Linha Pavão, Chapecó, Alto da Serra, Sede Treintim, Cambuim, Itaberaba, Espuma, Tarumã, Águas Frias, Tarumãzinho, Jardinópolis, Santo Antônio do Meio, Xaxim, Lageado Grande, Marema, Anita Garibaldi, Entre Rios e Coronel Freitas, Quilombo e Vila Formosa, Cotovelo, Charuto, Vila Gaúcha, Fortaleza, Salto Saudades, Santiago, Sete de Setembro e Irati (COOPERALFA, 1985).

Havia, ainda, mais três Postos de Saúde em construção na intenção de atingir todos os municípios abrangidos pela Cooperalfa com ações preventivas e curativas. Campanhas de vacinação, pré-natal, puerpério, terapia de reidratação oral, além de outras atividades ligadas à saúde passaram a ser coordenadas por um departamento específico da cooperativa, deixando a coordenação de ser desenvolvida pelo médico do Projeto que havia substituído os sanitaristas da UFSC em 1982 (COOPERALFA, 1985).

No ano seguinte, passou-se a ter maior dificuldade na manutenção de médicos vinculados ao Programa, dando-se ênfase aos cuidados de enfermagem nos, então, 39 Postos de Saúde existentes (COOPERALFA, 1986). A situação foi determinante para a realização de diversas mudanças no departamento responsável, principalmente na orientação e divisão dos serviços, que passou a ter um caráter mais ambulatorial.

Esse tipo de assistência deverá ser ampliado no sentido preventivo como vacinação, exame e controle pré-natal e ainda, na área de puericultura, com a adoção de um conjunto de técnicas adequadas para assegurar o perfeito desenvolvimento físico e mental da criança (COOPERALFA, 1987a, p.1).

Em 1987, passaram a ser oferecidos serviços odontológicos e a serem firmados convênios com cooperativas médicas privadas da região para atendimento dos 1.260 funcionários da Cooperalfa e respectivos

dependentes. Com relação aos associados, os benefícios eram prestados por 7 médicos, 3 enfermeiras e 44 atendentes de enfermagem (COOPERALFA, 1987a). O Programa de Saúde era entendido como pioneiro no país e como poderosa força de soluções dos problemas sociais na região (COOPERALFA, 1987b).

Figura 7 – Atendimento realizado em Posto de Saúde da Cooperalfa.



Fonte: COOPERALFA (1987a).

No mesmo ano, após intensa reivindicação cooperativista, foi assinada nova portaria pelo IAPAS, permitindo que as cooperativas agropecuárias reduzissem o valor do recolhimento das contribuições previdenciárias (Funrural) em troca da prestação de serviços de saúde através das Ações Integradas de Saúde – AIS (COOPERALFA, 1987c).

Nos antigos convênios firmados, as cooperativas retinham 25% do montante arrecadado do Funrural (2,5% sobre o valor da comercialização), ao passo que, após a nova Portaria, passaram a reter 20%, cabendo os 80% restantes aos cofres públicos. O recurso retido poderia ser utilizado para a contratualização de diferentes entidades para a prestação dos serviços de saúde (como hospitais estaduais, municipais e federais, hospitais filantrópicos, cooperativas médicas privadas, etc.) ou para atenção através de serviços oferecidos pela própria cooperativa (COOPERALFA, 1987c).

Com recursos garantidos (advindos do Funrural e do FATES – Fundo de Assistência Técnica e Social – que vinha das sobras do exercício da Cooperalfa), a cooperativa manteve os serviços oferecidos (cuidados médicos e de enfermagem) e sua política de ampliação da cobertura da atenção, construindo cinco novos Postos de Saúde em 1988, além de reformar e ampliar outros já em funcionamento (COOPERALFA, 1988a).

Ainda com grande dificuldade no recrutamento e contratação de médicos que quisessem atender no interior, somando-se à complicada

implantação das AIS na região, a maioria dos Postos de Saúde prestava apenas cuidados de enfermagem nesta época. Havia, também, a realização periódica de visitas domiciliares e trabalhos com alunos e hortas escolares, bem como grupos de jovens, hipertensos e gestantes, atendendo, em média, 7.000 a 8.000 pessoas por mês (COOPERALFA, 1988a).

No mesmo ano, ações de prevenção odontológica passaram a ser desenvolvidas, iniciadas a partir da formação dos atendentes e enfermeiras em odontologia preventiva. Desta forma, foram realizadas atividades nas comunidades, principalmente em escolas e Postos de Saúde, como distribuição de flúor em gotas e em pó para bochechos, procedimento com reveladores de placa bacteriana, distribuição de escovas de dentes, conforme a necessidade, e estímulo à escovação de dentes (COOPERALFA, 1988b).

Em 1989, o Departamento de Saúde da Cooperalfa atingiu 14 municípios através de seus Postos de Saúde, localizados, na sua maioria, em zona rural, desenvolvendo ações com enfoque preventivista e curativista em 45 Postos de Saúde (COOPERALFA, 1989a; COOPERALFA, 1989b).

A contratação e manutenção de médicos no Programa continuavam a ser fatores dificultantes para sua operacionalização e, por este motivo, a Cooperalfa celebrou diversos convênios com médicos já estabelecidos nos municípios de abrangência (COOPERALFA, 1989c).

Toda vez que os associados, agregados e familiares precisassem de uma consulta, deveriam passar pelo atendente de enfermagem, que resolveria o problema, se pudesse, ou encaminharia o associado ao gerente do Posto. Este daria autorização para a consulta médica, por escrito e em formulário próprio, respeitando o limite máximo de consultas diárias estabelecido, que não poderia, em hipótese alguma, ser ultrapassado (COOPERALFA, 1989c).

Após receber a autorização, o cooperado deveria procurar o consultório do profissional conveniado, dentro do horário especificado. A cooperativa se responsabilizava pelo pagamento da consulta, mas qualquer exame de laboratório ou outros procedimentos corriam por conta do cooperado. Em caso de retorno em menos de 15 dias, não havia necessidade de nova autorização de consulta (COOPERALFA, 1989c).

Com a promulgação da nova Constituição Brasileira em 1988, iniciou-se progressivamente um redirecionamento da atenção médica ao trabalhador rural, que deveria ser prestada pelos municípios. A partir desta nova realidade, a Cooperalfa desacelerou os investimentos que vinha fazendo na área da saúde, repassando os 20% provenientes do

Funrural para as prefeituras, embora o Programa tenha se estendido até 1994 (COOPERALFA, 1994).

4.1.6 Finalização do Projeto de Saúde da Cooperalfa

Após 13 anos de parceria com o governo federal para atenção à saúde de seus associados, um milhão de atendimentos gratuitos prestados e 48 Postos de Saúde construídos, a Cooperalfa recebeu um ofício comunicando o fim do convênio (COOPERALFA, 1994; KLEBA, 2005; COOPERALFA, 2007).

Com a comunicação, alguns atendentes foram realocados em outras funções e outros tiveram seu contrato rescindido por não haver vaga em sua filial ou possibilidade de transferência; algumas construções dos Postos de Saúde foram ocupadas por funcionários das filiais; parte do material permanente foi aproveitada pelas prefeituras que mantiveram contrato de comodatos com a Cooperalfa; e, outra parte foi vendida para terceiros (COOPERALFA, 1994).

Pode-se colocar que, oficialmente, a finalização do Programa desenvolvimento na área da saúde pela Cooperalfa ocorreu no ano de 1994. Entretanto, existia um sentimento de que o Projeto originalmente proposto teria terminado muito antes, ao final de 1982, com a demissão dos coordenadores técnicos da UFSC.

Essa ruptura parece ter sido determinante para uma mudança nos objetivos e na forma de operar dos serviços, descaracterizando o ideário inicial da proposta voltado para as mudanças sociais através de uma metodologia dialética e transformando-se basicamente em um serviço ambulatorial, preventivista e curativista. A própria contratação dos profissionais, principalmente médicos, a partir de então passou a ser definida pela cooperativa com base em critérios próprios, diferentes daqueles originalmente propostos (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1984).

Distintas variáveis se somaram para a ocorrência desta ruptura, como a dificuldade crescente de realizar supervisão constante com os médicos do Projeto – diante da distância percorrido pelos coordenadores, que residiam em Florianópolis –, determinando uma desvinculação destes com o dia-a-dia do Projeto e com seus integrantes (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1984).

Outro aspecto foi a difícil relação com os médicos que atuavam na área (privados, hospitalares, especializados), que receberam o Projeto como uma ameaça de redução de seus ganhos, dificultando a organização de um sistema de referência e contra-referência na região.

Mas, principalmente foram os fatores políticos que determinaram a conjuntura para essa ruptura, em que, apesar do objetivo comum de trabalhar em prol de uma transformação social, a divisão entre posturas partidárias e basistas na região caracterizou dois grupos distintos no Projeto. Não havendo comunhão de ideários políticos, a ligação entre o grupo acabou se tornando muito mais afetiva do que técnico-política (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1984).

Essa heterogeneidade foi determinante para a não articulação oficial com qualquer partido político da região, o que, somado à sensação de auto-suficiência, acabou contribuindo para a falta de respaldo para a continuidade do Projeto de Saúde inicial (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1984).

Além disso, a própria conjuntura local na época denotava certa fragilidade às propostas do Projeto, consideradas ameaçadoras para o poder local. A articulação dos profissionais com a comunidade era algo que prejudicava a manutenção da hegemonia local e, por isso, havia forte influência política nos rumos do Projeto, como demonstram os relatos abaixo:

Tinha lá uma sucursal da Sadia em Guatambu, a Cooperalfa, tinha um convênio com a Sadia. Mas, a Sadia jogava os dejetos de porco nos riachos, então tinha carcaça apodrecida aos montes no riachinho... Aí [...], como era um riacho correntoso, tinha borrachudo. Então, o borrachudo saía de lá infectado, tá? E se é uma coisa que tem em riacho correntoso é borrachudo e borrachudo com aquele caldo de carne, era infecção. Então, o que tinha de, de flebite, erisipela e companhia limitada era um monte. E aí ela [a enfermeira do Projeto] disse olha, não adianta ficar tratando erisipela ou tentar eliminar o mosquito sem limpar esse rio e aí organizou os Agentes, os Agentes organizaram a comunidade e passeata contra a Sadia. Em 1980 isso era um grande problema, entende? Aí ela foi demitida¹³. [...] Então, a gente tinha que trabalhar meio que pisando em ovos. O treinamento dos Agentes era o nosso espaço, a gente pôde falar meio que tudo

¹³ Em relato da enfermeira do Projeto, é colocado que a mesma foi readmitida posteriormente por conta da pressão exercida pela própria Coordenação e pelos atendentes de enfermagem do Projeto.

o que quis. Mas, na prática a atuação poderia ser mexendo nos determinantes, desde que não houvesse o enfrentamento ao poder político local (Entrevistado 1).

As desconfianças políticas aumentaram em 1982, com a chegada das eleições estaduais. A falta de uma ligação clara do Projeto a partidos políticos, enfim, acabou provocando suspeitas tanto da oposição quanto da situação, o que serviu para aumentar o conflito interno do grupo (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1984).

Após as eleições, a situação definiu-se como vencedora para o governo do estado, mas na região de abrangência da Cooperalfa houve vitória da oposição. Apesar da articulação do Projeto de Saúde com a Cooperalfa se dar através de uma pessoa com ligações claras com um partido de oposição, a diretoria da cooperativa, por interesses econômicos e políticos, estava ligada ao partido de situação (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1984). Ou seja, os resultados locais foram de encontro aos interesses da instituição.

Pretendendo sua reeleição, a diretoria buscava, com um projeto deste tipo, atender uma necessidade sentida de seus associados. Para tanto, investiu no alívio da tensão social almejando a obtenção de votos (portanto, buscava o maior número de atendimentos possível) através da prestação de serviços que utilizasse o mínimo de recursos, aliada à intenção de manutenção da hegemonia partidária local (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1984).

Além do embate com os médicos privados e hospitalares da região e com a própria cooperativa, essa situação determinou uma ruptura com a Igreja Católica, que sempre esteve muito próxima à coordenação do Projeto, conforme o relato abaixo:

Pra eles o pessoal da Cooperativa era meio que inimigo, então nós tínhamos uma relação dos dois lados. E, na medida em que em uma determinada situação, ficou meio claro que nós éramos de esquerda, a Igreja tava disposta a nos dar proteção e a gente comprou uma briga com a Cooperativa porque parte do nosso pessoal resolveu não, nós somos Cooperativa e não somos esquerda e aí criou parte de um conflito que foi a meleca final do Projeto, tá? (Entrevistado 1).

Percebe-se, portanto, que enquanto as relações emocionais determinavam basicamente o funcionamento do grupo, a variável política determinou uma ruptura nesta ligação, prejudicando sensivelmente a atuação técnica. Somando-se os anseios políticos e econômicos da própria direção da Cooperativa e a desconfiança generalizada com um Projeto que não se assumia de nenhum partido ou lado político, conformou-se uma conjuntura para o começo do desmantelamento do Projeto inicialmente proposto.

4.1.7 Análise sobre o Projeto de Saúde da Cooperalfa (1980-1982)

Em avaliação realizada no ano de 1982 pelos coordenadores técnicos do projeto, considerou-se a experiência não-estatal, rural e de baixo custo uma estratégia para a transformação do setor saúde e colaboradora para a transformação social (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

Através de uma ampla participação popular em todas as suas etapas, o Projeto de Saúde contou com recursos humanos adequados e educação médica continuada e apresentou alta resolubilidade, com pouca utilização de recursos do complexo médico-industrial (equipamentos, laboratórios, hospitais, medicamentos).

A análise realizada era de que, em plena expansão, *o Projeto se revigorava com sua ampliação para outras áreas e se aprimorava no sentido de se tornar um modelo altamente eficiente de Atenção Primária em Saúde* (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982, p.1).

4.1.7.1 Indicadores de atendimentos

Em 1981, os 5 médicos integrantes do Projeto haviam realizado 9.639 consultas, 1.288 visitas domiciliares, 129 reuniões de comunidade, 108 reuniões com Agentes de Saúde e 28 reuniões com supervisores técnicos, percorrendo um total de 48.634 km nestas atividades (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

Considerando-se um turno de atendimento ambulatorial diário e um turno para a realização de visitas domiciliares e outras ações na comunidade, cada médico realizava, em média, diariamente 13,08 consultas e 2 visitas (era grande a distância percorrida pelos profissionais na área rural). A cada 6 dias, era realizada 1 reunião com a população (sindicatos, grupos de reflexão, reuniões de cooperativados, grupos terapêuticos e outras formas de organizações próprias da comunidade), a cada 7 dias era feita 1 reunião com Agentes de Saúde e a

cada 13 dias, 1 reunião com supervisores (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

Do total de atendimentos realizados pelos médicos, houve um encaminhamento para serviços especializados de 2,42% dos pacientes. As cinco especialidades médicas que mais contribuíram para os dados de não resolubilidade no Projeto, sendo enfocadas no Programa de Educação Médica Continuada, foram ginecologia e obstetrícia, oftalmologia, cardiologia, cirurgia e otorrinolaringologia, responsáveis por 72% dos encaminhamentos. O Relatório ressalta que esse dado pode estar sujeito à correção, uma vez que não havia controle total sobre todos os atendimentos realizados e sobre a evolução dos atendidos posteriormente (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

Em relação à solicitação de exames, apenas 1 exame complementar foi solicitado a cada 12 pessoas atendidas. A baixa solicitação ocorreu tanto pela distância dos laboratórios de exames complementares, apenas existentes nos centros urbanos, quanto pela inexistência de convênio com laboratórios da rede estadual, mas, sobretudo, pela ênfase dada ao raciocínio clínico nos atendimentos. Exame parasitológico de fezes, hemograma e exame parcial de urina foram responsáveis por 69% destas solicitações (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

No tocante aos atendimentos realizados pelos Agentes de Saúde, em um total de 13.799 (Anexo D), apenas 0,44% foram encaminhados ao nível secundário (esse dado recebe, no Relatório, as mesmas ressalvas realizadas aos dados de resolubilidade médica). Além destes atendimentos, os AS participaram, no ano de 1981, de 824 reuniões com a comunidade e de campanhas de vacinação anti-pólio, feitas casa a casa, atingindo 100% de cobertura vacinal (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

A realização de curativos foi o principal tipo de atendimento realizado pelos Agentes, totalizando 43% destes. Pela existência de 3 parteiras entre eles, foi, também, elevado o número de partos realizados na região. A atenção às doenças mais comuns somou apenas 14% dos atendimentos, fato não esperado previamente (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

Em relação ao total de atendimentos, em 1981 os médicos foram responsáveis por 41,5% e os AS por 58,5%, estes se revelando acima das expectativas iniciais (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

Os problemas mais comuns encontrados referiam-se às doenças infecciosas, psico-somáticas e dependentes do modo de produção (lombalgias, traumatismos, etc.). De acordo com os Agentes de Saúde,

problemas como dor de cabeça, dor epigástrica e pressão alta surgiam por conta de fatores como a não garantia de preço do produto de trabalho do agricultor, devido a empréstimos bancários, insegurança em relação a aspectos climáticos e posse de terra, não existência de aposentadoria digna, etc. (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

4.1.7.2 Análise comparativa entre os custos dos serviços prestados pelo Projeto e pelo INAMPS

O Relatório de 1982 demonstra que os recursos utilizados no Projeto estavam muito abaixo daqueles utilizados pelo INAMPS na época para a prestação de serviços aos segurados. Dados colocam que

A disponibilidade financeira para elaboração do Projeto, em 1981, era de cerca de Cr\$ 11.000.000,00, sendo utilizada para a construção de 10 Postos de Saúde, contratação de 5 médicos, 1 enfermeira, 2 supervisores, 10 atendentes de enfermagem, treinamento e fornecimento de material para 92 Agentes de Saúde, bem como a compra de equipamentos dos postos. Com base na tabela de pagamento de honorários de serviços médicos do INAMPS, verificou-se que, somente os atendimentos custariam aos cofres públicos a sifra de Cr\$ 32.977,650.00 (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982, p. 20).

Outro exemplo colocado no Relatório foi referente à solicitação de exames complementares pelos médicos, ressaltando que se a média atingida na prática clínica do Projeto de Saúde fosse mantida nos atendimentos da rede oficial, o custo da atenção médica reduzir-se-ia sensivelmente sem detrimento da resolubilidade (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

4.1.7.3 Análise da prática e resultados

De forma geral, a análise dos sujeitos entrevistados que fizeram parte do Projeto de Saúde da Cooperalfa entre os anos de 1980 e 1982 é de que havia uma forte convicção de que aquele era um caminho para a construção de um sistema de saúde nos moldes do que, anos mais tarde, se configuraria no Sistema Único de Saúde brasileiro, como colocado na seguinte fala:

Porque, o grande problema era, assim, não havia um discurso nacional sobre a reforma sanitária. Ela tava latente como um desejo de criação de um sistema nacional de saúde, mais incluyente, né, menos discriminatório, mas não havia, assim, de fato algo que dissesse, não, agora vai ser assim. E esse período de 80 até 88 quando a Constituição acabou absorvendo esse discurso dos líderes envolvidos em saúde comunitária, enfim, medicina social, culminou no que a gente tem hoje no SUS, né? Mas, eu acho que nós contribuimos muitíssimo com esse processo, né? (Entrevistado 11).

Em relação à prática dos Agentes de Saúde, identificou-se que alguns superaram as concepções iniciais tanto do Projeto, modificando-o na prática, como na sua relação com a população, tornando-se verdadeiros educadores populares e participando ativamente de alguns movimentos de massa (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

Em alguns movimentos, os Agentes foram determinantes para seu desencadeamento, como na criação de uma Associação, onde

reivindicaram participação organizada e colocaram-se, de certa forma, em oposição à estrutura administrativa da Cooperalfa. Entenderam, assim, também na prática, outro princípio [da dialética]: o da unidade e oposição dos contrários. Em suas reuniões com a população, passaram a buscar as contradições existentes dentro do discurso do sistema capitalista, representado, de certa forma, pelas empresas rurais, pelo poder político local e pela própria diretoria da cooperativa (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982, p. 31).

Desta forma, o Projeto possibilitou a descoberta da dimensão política da educação popular, contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população atendida. Evidentemente, esse processo não se deu de maneira homogênea, com alguns Agentes se portando como aliados do poder local (político-partidário e da cooperativa) e outros buscando atingir benefícios individuais, como por exemplo, a obtenção de um status diferenciado na comunidade.

Além disso, em alguns casos a própria comunidade ofereceu certa resistência ao trabalho dos Agentes, como colocado no relato a seguir:

Os Agentes eram pessoas da comunidade, né, pessoas sem instrução, pessoas que conheciam a sua comunidade, mas que também passaram a ser vistos como um boi de sete cabeças porque até então na casa deles era tudo igual na minha, tudo era igual comigo, o que acontecia comigo. De repente, as coisas começaram a mudar, as coisas começaram a mudar na casa deles, eles mudaram a questão do saneamento da casa deles e aí eles passaram a trabalhar na comunidade. E aí eles passaram a ser vistos, teve muitas comunidades que não quiseram mais o Agente. Teve, assim, claro que pequeno, né? O Agente da nossa época era a tábua de salvação da comunidade, ele era a primeira pessoa a ser procurada (Entrevistado 5).

Apesar de algumas resistências, a análise do contexto geral permitia visualizar, na época, que a metodologia utilizada na formação e na condução do trabalho dos Agentes era uma ferramenta potencial para fortalecer a população pela busca de melhores condições de vida naquela região. Além disso, na análise de um dos entrevistados, os associados eleitos para a função de Agentes de Saúde

Já eram um grupo antes, já eram um coletivo antes. Então, eles já eram um coletivo que pensava no coletivo, então isso faz toda a diferença, né? Um coletivo que pensa no coletivo, isso faz educação horizontal, faz promoção da saúde, faz a transformação. Os outros não fazem, né? (Entrevistado 1).

Também nos grupos de Educação Médica Continuada, entre supervisores do pessoal de enfermagem e atendentes de enfermagem e entre os Agentes e os agricultores, a metodologia empregada sempre partia do princípio de que havia uma prática e um conhecimento anterior à sua formação, portanto, com reflexão e ampliação do conhecimento sobre esta prática (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982). Essa reflexão permitia um retorno a uma prática necessariamente diferenciada da anterior, respeitando o princípio dialético do movimento.

Com relação à prática clínica dos médicos no Projeto, a ênfase dada na importância de manter uma relação médico-usuário horizontalizada e desenvolver um bom raciocínio clínico, com pouca utilização do complexo médico-industrial, criou caminhos para a alta resolubilidade atingida no Projeto, inclusive com diminuição de internação hospitalar na região – fato evidenciado pelos médicos das cidades abrangidas (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

Essa mesma prática fez, ao longo do tempo, aumentar o respaldo popular dos médicos do Projeto, abrindo portas para aproximações com outros médicos locais, iniciando um esquema de referência entre eles. De qualquer forma, concluiu-se que *sem uma articulação mais efetiva com as estruturas formais de saúde, criam-se obstáculos importantes no desenvolvimento de projetos desta natureza* (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982, p. 33).

Na tentativa de superar (ou minimizar) estes obstáculos, a articulação com a Igreja Católica foi considerada um ponto positivo, pois permitiu um maior acesso às comunidades e a integração dos trabalhos de ação-reflexão-ação, com maior participação da população.

Antes mesmo da formação dos Agentes de Saúde do Projeto da Cooperalfa, a diocese de Chapecó havia realizado um trabalho de grupos de reflexão onde, inclusive, refletiu-se com base nos cadernos de educação popular do CEBES (cadernos “Saúde para todos”). Portanto, já havia, no início do projeto, uma práxis de vinculação entre doenças e classes sociais entre a maioria dos agricultores escolhidos como Agentes de Saúde.

Essa articulação foi realizada, também, em propostas de ações de massa da população, como greves de suinocultores e luta por saneamento de córregos contaminados pelos grandes frigoríficos e madeireiras da região, onde a atuação da Igreja foi preponderante para os resultados obtidos na época (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

Toda essa mobilização e luta popular era entendida como uma ameaça pelo poder local e servia como estímulo à busca de novas alternativas para resolução dos problemas encontrados. A articulação com a população desde o início (através do trabalho realizado preliminarmente pelos supervisores nas 200 reuniões de comunidade) e no caminho do Projeto (pelo trabalho extra-ambulatorial feito pelos médicos e Agentes de Saúde), fez com que ela entendesse o Projeto como seu e os médicos como seus aliados (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1982).

O respaldo da população foi, então, um resultado importante alcançado pelo Projeto de Saúde da Cooperalfa, que demonstrou sua viabilidade também em outros aspectos¹⁴: alta resolubilidade alcançada com qualidade, segundo avaliação da supervisão e da população, com destaque para o Programa de Educação Médica Continuada; pouca utilização do complexo médico-industrial e baixo custo em relação aos benefícios atingidos, tornando a Atenção Primária economicamente viável e importante politicamente; colaboração para a transformação social através da promoção da organização da comunidade, demonstrada através da própria organização dos Agentes de Saúde em uma Associação e de outros movimentos populares; e, articulação e apoio com outros setores sociais, como a Igreja Católica.

Por outro lado, a falta de articulação institucional com o sistema de saúde oficial e outras instituições de saúde locais, a dificuldade em encontrar profissionais comprometidos com a proposta e com experiência prévia em projetos desta natureza, a dificuldade em manter o sistema de supervisão vinculado aos problemas cotidianos vivenciados pelos médicos, a existência de divergências políticas e, principalmente, a ausência de um posicionamento político claro por parte do Projeto, foram fatores dificultantes para sua sustentação.

Em uma época em que se vivia um processo de ditadura militar no país, a não comunhão de idéias políticas entre os próprios integrantes do Projeto e entre estes e os dirigentes da Cooperalfa determinou, enfim, a ruptura com a proposta originalmente desenvolvida.

Apesar de toda a instabilidade política vivenciada na época, outros grandes resultados alcançados através do Projeto, evidenciados a partir das entrevistas realizadas, são a realização pessoal dos profissionais envolvidos e a mudança percebida na região abrangida, como podemos perceber nos relatos abaixo:

Pra mim, assim, esse Projeto, pra minha vida pessoal, ele foi decisivo, né, e eu acho que pra muitos Agentes também, pra muitos atores também foi uma experiência, assim, decisiva, uma marca, né, fundamental, assim. E ele, ele pra mim foi parte de um processo muito importante na região, assim, ocupou um espaço em um

¹⁴ Outro resultado importante do Projeto foi a contratação de alguns profissionais que saíram do Projeto nesta época por outros municípios com a finalidade de organizarem serviços de saúde com características semelhantes ao Projeto de Saúde da Cooperalfa, como ocorreu na região da Grande Florianópolis, Criciúma-SC e interior do Paraná e de São Paulo (COOPERATIVA REGIONAL ALFA, 1984).

movimento que já vinha se constituindo e eu acho que tem muito a ver com o nosso conceito de saúde, assim, essa compreensão mais complexa também de todas as dimensões. Então, eu acho que o Projeto da Cooperalfa, ele [...] foi um momento importante também em um momento que o Brasil tava vivendo uma transição política (Entrevistado 7).

Era outra relação de trabalho, relação de pessoas, uma relação mais pura, sem interesse. Por um lado foi uma outra história de luta muito fantástica, foi onde, eu acho, que mais cresci na minha profissão e na minha vida também (Entrevistado 9).

São pessoas que a gente cresceu politicamente, cresceu como adulto, como profissional, junto, né? E isso foi uma coisa que, difícil de você esquecer, né? (Entrevistado 11)

Eu tenho uma felicidade muito grande de ter participado desse momento histórico. [...] Eu penso que foi uma boa introdução na minha vida e talvez não tenha saído ainda da saúde pública por isso, né, por essas histórias (Entrevistado 11).

Além desse impacto na vida dos profissionais envolvidos e da comunidade, a análise dos entrevistados é de que o Projeto era, para a Cooperalfa, *um grande marketing também, né? Porque, a adesão dos associados foi grande, eles [...] se sentiam, de certa forma, protegidos, estavam vendo que o imposto deles, né, que pagavam, tinha um retorno direto* (Entrevistado 11).

Esse fator, provavelmente, foi também considerado para a manutenção da prestação de serviços pela cooperativa após a ruptura com o Projeto inicial. Entretanto, foram mantidos essencialmente serviços curativos e preventivos que dessem conta, apenas, da demanda por atendimentos para a população rural, com pouca discussão sobre a questão social envolvida. Desta forma, a orientação e divisão dos serviços, realizados, a partir de então, por um Departamento próprio dentro da cooperativa, passaram por diversas mudanças, transformando-

se em uma atenção mais ambulatorial, tanto nos Postos quanto nas comunidades (COOPERALFA, 1987a).

As ações desenvolvidas centraram-se em atendimentos médico ambulatorial e de enfermagem de caráter preventivo e curativo, essencialmente prescritivos, como: vacinações, curativos e controle de enfermidades, orientações materno-infantil, primeiros socorros, incluindo-se visitas domiciliares (COOPERALFA, 1985; COOPERALFA, 1987b).

Nesta nova fase do Projeto, a ação do Agente de Saúde é marginalizada, não sendo possível saber ao certo como se caracterizou. É notável que o Agente de Saúde não foi a prioridade a partir de então, centrando-se foco nas ações ambulatoriais, como já colocado.

Por fim, mesmo modificando os objetivos, a metodologia e, conseqüentemente, o rumo do inicialmente proposto, o Projeto/Programa de Saúde foi descrito por um dos dirigentes da Cooperalfa na época como *sem dúvida, [...] o trabalho de maior envergadura que a Alfa realizou no campo social*, complementado que *é certo que o trabalho fez a diferença na vida das famílias agricultoras em uma época em que a saúde pública não chegava no interior* (DAL BOSCO, 2007 *apud* COOPERALFA, 2007, p.48).

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Rev. Brás. Enferm.**, v. 16, n. 1, Brasília, jan./fev. 2008.

ALBUQUERQUE, P. C. **A educação popular em saúde no município de Recife-PE: em busca da integralidade.** 2003. 193 p. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Recife, 2003.

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.15, p.259-74, mar/ago 2004.

ARQUIDIOCESE DE FLORIANÓPOLIS. **Saúde para todos – 1: o povo acorda** 6. Florianópolis: Arquidiocese de Florianópolis, 1981a.

ARQUIDIOCESE DE FLORIANÓPOLIS. **Saúde para todos – 2: grupos de reflexão** 7. Florianópolis: Arquidiocese de Florianópolis, 1981b.

BAPTISTA, T. W. F.; FAUSTO, M. C. R.; CUNHA, M. S. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. **Physis**, v. 19, n. 4, Rio de Janeiro, 2009.

BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. D. V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Rev. Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 1, p. 15-24, 2004.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev. Esc. Enfem. USP**, São Paulo, v. 30, n.3, p. 380-398, 1996.

BRANDÃO, C. R. A educação popular na área da saúde. **Interface (Botucatu)**, vol. 5, n. 8, Botucatu, fev. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa.** Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 196/96, de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 1996.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB – SUS**, 1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Decreto n.º 3189, de 04 de outubro de 1999**. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e dá outras providências. Brasília: MS, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Caderno de atenção básica n. 27**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Portaria

n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Lex:** Diário Oficial da União, Brasília, n. 204, 24 de outubro de 2011. 2011. p.48-55.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e à mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p.669-78, 2004.

CARVALHO, S. R. GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, supl. 2, p.2029-40, 2008.

CASTRO, L. J.; VILAR, A. L. R.; FERNANDES, P. V. Precarização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde: um desafio para a gestão do SUS. In: FALCÃO, A. *et. al.* (org.). **Observatório de Recursos Humanos no Brasil, estudos e análises**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, v. 1, 2004.

CELLA, E, M.; FERNANDES, J.A; SILVA, M. E. K. Experiência do Programa Saúde Rural Cooperalfa. **Contact**, n. 34, p.9-10, fev.1984.

CHALHOUB, S. **Cidade febril:** cortiços e epidemias na Corte Imperial. São Paulo (SP): Companhia das Letras; 1996.

CNBB/CRB. Chapecó, 1980. **Relatório do III Encontro Regional de Saúde**. Mimeografado.

COOPERALFA. Chapecó, 1981. **Apostila de formação dos Agentes de Saúde**. Mimeografado.

COOPERALFA. A vida nas cooperativas: Cooperalfa e a saúde. **Elo cooperativo**, Chapecó, fev. 1983. Noticiário geral, p. 12.

COOPERALFA. A vida nas cooperativas: medida do governo vai acabar com o que há de bom na área da saúde. **Elo cooperativo**, Chapecó, mai. 1984a. Noticiário geral, p. 19.

COOPERALFA. OCB luta pelos convênios. **Elo cooperativo**, Chapecó, fev. 1984b. Última página, s/p.

COOPERALFA. Programa de saúde. **Elo cooperativo**, Chapecó, 1985. Noticiário geral, s/p.

COOPERALFA. Programa de saúde. **Elo cooperativo**, Chapecó, 1986. Noticiário geral, s/p.

COOPERALFA. Departamento de saúde. **Elo cooperativo**, Chapecó, 1987a. Noticiário geral, s/p.

COOPERALFA. Vida nas cooperativas: A importância para a saúde. **Elo cooperativo**, Chapecó, jan. 1987b. Noticiário geral, p. 15.

COOPERALFA. Cooperativas reterão parte do funrural para assistência médica e odontológica. **Elo cooperativo**, Chapecó, p. 6, mai. 1987c.

COOPERALFA. Cooperalfa abre cinco postos de saúde em 1988. **Jornal da Cooperalfa**, Chapecó, jul. 1988a. Editorial, p. 2.

COOPERALFA. Odontologia preventiva: 52 pessoas formadas. **Jornal da Cooperalfa**, Chapecó, p. 8, set. 1988b.

COOPERALFA. Departamento de Saúde Cooperalfa: concentrando esforços para melhorar a saúde do associado. **Jornal da Cooperalfa**, Chapecó, ago. 1989a. Saúde, p. 10.

COOPERALFA. Posto de saúde Cooperalfa: inaugurado um em Toldo Velho. **Jornal da Cooperalfa**, Chapecó, out. 1989b. Saúde, p. 10.

COOPERALFA. Convênios médicos gratuitos. **Jornal da Cooperalfa**, Chapecó, out. 1989c. Saúde, p. 10.

COOPERALFA. Cooperalfa fez um milhão de atendimentos na saúde. **Jornal Cooperalfa**, Chapecó, p. 13, abr. 1994.

COOPERALFA. Programa de Saúde. **O Cooperalfa**, Chapecó, p. 48, out. 2007.

COOPERATIVA REGIONAL ALFA. Chapecó, 1982. **Relatório Anual**. Mimeografado.

COOPERATIVA REGIONAL ALFA. Chapecó, 1984. **Suplemento do Relatório Anual de 1982**. Mimeografado.

DA ROS, M. A. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. In: **Saúde em Debate na Educação Física**. v. 2. Blumenau: Nova Letra, 2006.

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.

SCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MAGALHÃES DE MENDONÇA, M. H. *et. al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panamericana de Salud Publica**, v. 21, n. 2, p.164-76, 2007.

FAUSTO, M. C. R. **Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde**: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira. 2005. 261p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983

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

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da esperança**. 12 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

FROTA, M. A.; ALBUQUERQUE, C. M.; LINARD, A. G. Educação popular em saúde no cuidado à criança desnutrida. **Texto contexto – enferm**, v. 16, n. 2, Florianópolis, abr./jun. 2007.

GARRAFA, Volnei. Inclusão social no contexto político da bioética. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 1, n. 2, Brasília, p. 122-32, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 6, Rio de Janeiro, p.1171-81, jun. 2006.

GONZAGA, A. A. **Educação popular em saúde**: do permitido monólogo da doença as ações coletivas dialógicas em saúde. 1994. 86 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

HONIGMANN, J. **Culture and personality**. New York: Harper, 1954.

JUNIOR, A. P.; JUNIOR, L. C. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Rev. Espaço para a saúde**, Londrina, v. 8, n. 1. p. 13-19, dez. 2006.

KLEBA, E. **Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil**: limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento. Chapecó, SC: Argos, 2005.

LANZONI, G. M. M.; SCHWEITZER, M. C.; LINO, M. M. **Educação permanente com os Agentes Comunitários de Saúde**: em pauta os direitos e deveres dos usuários da saúde. 2007. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

LANZONI, G. M. M. **Vislumbrando a rede complexa de relações e interações do Agente Comunitário de Saúde**. 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

LEOPARDI, M. T. **Processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-livros, 1999.

LERCH, V. L.; TEDA, M. P.; PEREIRA, Q. C. *et. al.* Processo de (re)construção de um grupo de planejamento familiar: uma proposta de educação popular em saúde. **Texto contexto – enferm.**, v. 16, n. 2, 2007. p.320-5.

LIMA, J. C.; MOURA, M. C. Trabalho atípico e capital social: os Agentes Comunitários de Saúde na Paraíba. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 103-33, 2005.

LUDKE, M.; ANDRE, M. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MALFITANO, A. P. S; LOPES, R. E. Educação popular, ações em saúde, demandas e intervenções sociais: o papel dos Agentes Comunitários de Saúde. **Cad. CEDES**, v. 29, n. 79, p.361-72, Campinas, set./dez., 2009.

MATIELO, E. **Dialogando sobre educação em saúde e ética a partir da experiência do Curso Técnico em Saúde Comunitária do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra**. 138 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – ABRASCO, 1994. 3 ed.

MORAES, R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. **Ciência & Educação**, v. 9, n. 2, p. 191-211, 2003.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. Análise textual discursiva: processo reconstrutivo de múltiplas faces. **Ciência & Educação**, v. 12, n. 1, p. 117-28, 2006.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa: característica, usos e possibilidades. **Caderno de pesquisas em administração**, v. 1, n.3, São Paulo, 1996.

NOGUEIRA, P. R.; SILVA, B. F.; RAMOS, Z. V. O. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis**: o Agente Comunitário de Saúde. [Texto para discussão 735]. 2000. 33p. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_2000/td0735.pdf>. Acesso em: 01 maio 2010.

NUNES, M. O.; TRAD, L. B.; ALMEIDA, B. A. *et. al.* O Agente Comunitário de Saúde: construção da identidade desse personagem

híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 6, Rio de Janeiro, nov./dez. 2002.

OMS-UNICEF. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de setembro de 1978. 1979.

PASTORAL DA SAÚDE DE CHAPECÓ. Chapecó, 1980. **Encontro Diocesano de Pastoral da Saúde Comunitária**: relatório, troca de experiências e conclusões. Mimeografado.

PEDROSA, J. P. I.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 6, jun. 2001.

PEDROSA, J. I. S. Educação popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. In: MS. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: MS, 2007. p.13-17.

PEDROSA, J. P. I. Saúde como um direito de cidadania. **Escola de gestores**. Disponível em <http://www.escoladegestores.mec.gov.br/site/8-biblioteca/pdf/texto03_saude_como_direito.pdf>. Acesso em 26 agosto 2011.

PORTO, D.; GARRAFA, V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 13, n. 1, Brasília, p.111-26, 2006

REINERS, A. A. O.; AZEVEDO, C. S.; VIEIRA, M. A. *et. al.* Produção bibliográfica sobre adesão/ não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.13, supl.2, Rio de Janeiro, dez., 2008. p.2299-306.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, mar./abr. 2004. p. 438-46.

RICE, M.; CANDEIAS, N. M. F. Padrões mínimos da prática de educação em saúde – um estudo pioneiro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, n. 4, São Paulo, ago. 1989.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 6, Ribeirão Preto, nov./dez. 2005.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec, 1994.

SEVERO, D. O.; CUNHA, A. P.; DA ROS, M. A. Articulação nacional de movimentos e práticas de educação popular em saúde no estado de Santa Catarina: fortalezas e fragilidades. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, jun. 2007. p.239-45.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002a.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 16, n. 10, fev. 2002b.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

STOTZ, E. N. Enfoques sobre educação e saúde. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Org.). **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p.11-22.

STRECK, D. R. A educação popular e a (re)construção do público. Há fogo sob as brasas? **Rev. Bras. Educ.**, v. 11, n. 32, Rio de Janeiro, mai/ago, 2006.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um super-herói. **Interface (Botucatu)**, v. 6, n. 10, Botucatu, fev, 2002.

TREZZA, M. C. S. F.; SANTOS, R. M.; SANTOS, J. M. Trabalhando educação popular em saúde com a arte construída na cotidiano da enfermagem: um relato de experiência. **Texto contexto – enferm.**, v. 16, n. 2, 2007. p. 326-34.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, supl. 2, Rio de Janeiro, 1998. p.39-57.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

VASCONCELOS, E. M. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. p.73 – 99.

VUORI, H. Health for all, primary health care and general practitioners. **Journal of the Royal College of General Practitioners**. London, n. 36, p. 398-402, 1986.

WERNER, D. **Onde não há médicos**. 5 ed. São Paulo: Paullinas, 1977.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Informações sobre a pesquisa:

Sou estudante do Programa Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina e, a fim de analisar a prática educativa de Agentes de Saúde no Projeto de Saúde da Cooperalfa (especialmente no período entre 1980 – 1982), a partir da retomada de seu processo histórico, estou desenvolvendo um estudo cujo título é “*Prática educativa de Agentes de Saúde no Projeto de Saúde da Cooperalfa: revisitando a história após 30 anos*”.

Para tal, será realizada uma entrevista semi-estruturada e peço-lhe permissão para gravá-la e transcrevê-la. Sua participação não trará riscos ou desconfortos e será mantida em sigilo. Em hipótese nenhuma sua identidade será revelada. Os registros ficarão sob posse da pesquisadora e de seu orientador, somente. Os resultados serão publicados na forma de Dissertação de Mestrado, artigos científicos em revistas especializadas e resumos em eventos científicos.

Ressalto que sua participação não é obrigatória e que, a qualquer momento, você pode desistir de participar deste estudo e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores.

Caso haja dúvidas a respeito da pesquisa, a pesquisadora e seu orientador estarão à disposição para esclarecê-las.

Contatos: Thaís Titon de Souza: email / Número de telefone

Marco Aurélio Da Ros: e-mail / Número de telefone

Consentimento pós-informação

Eu,, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa “*Prática educativa de Agentes de Saúde no Projeto de Saúde da Cooperalfa: revisitando a história após 30 anos*” – realizada pela mestranda Thaís Titon de Souza, sob orientação do professor Marco Aurélio Da Ros – e concordo em participar da realização deste estudo.

..... de de 2011.

Assinatura:

RG:

APÊNDICE B – Guia para entrevistas



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

Guia para Entrevista – **Prática educativa de Agentes de Saúde no Projeto de Saúde da Cooperalfa: revisitando a história após 30 anos**

1. Explorar como surgiu a proposta do Projeto de Saúde da Cooperalfa, na década de 1980.
2. Explorar como se deu sua implantação e seu desenvolvimento.
3. Explorar como foi finalizado o Projeto, incluindo os motivos que levaram à sua finalização.
4. Explorar como eram selecionados os Agente de Saúde (AS).
5. Explorar como se dava a formação dos AS no Projeto.
Atentar para: Havia um referencial teórico ou metodológico na formação?
6. Explorar o papel dos AS no Projeto.
7. Explorar as ações desenvolvidas pelo AS no Projeto (não apenas referentes à educação e saúde).
Atentar para: Especificamente no tocante à educação, eram considerados educadores em saúde? De que maneira se dava a prática de educação e saúde dos AS? Quais concepções de educação e saúde e quais valores estavam presentes no processo educativo desenvolvido pelos AS?
8. Caso o entrevistado considere o AS um educador em saúde, explorar as relações estabelecidas na prática educativa do AS com a comunidade e os demais membros da equipe de saúde.
Atentar para: O fato de o AS desenvolver o papel de educador em saúde influenciava, de alguma forma, a relação educativa entre os demais membros da equipe e a comunidade?
10. Caso o entrevistado considere o AS um educador em saúde, explorar a avaliação do entrevistado sobre a prática educativa do AS neste Projeto.
Atentar para: Os resultados produzidos pela experiência trouxeram resultados/efeitos individuais e coletivos?
12. Explorar se o entrevistado identifica diferença no papel construído para o AS no Projeto de Saúde da Cooperalfa e no desenhado o Agente Comunitário de Saúde atualmente na Estratégia Saúde da Família.

ANEXO A – Temas dos Cadernos Saúde para Todos, volumes 6 e 7

Quadro 2 – Temas dos Cadernos “Saúde para todos”, volumes 6 e 7.

Temas	Saúde para todos – Vol. 6	Saúde para todos – Vol. 7
1º Tema	Saúde é vida em abundância	A saúde e os remédios no Brasil
2º Tema	Salário justo é saúde	A saúde e os hospitais
3º Tema	Sem saúde não dá para a gente viver	O povo e a formação dos profissionais de saúde
4º Tema	Alimento é saúde para todos – fome provoca doenças e mata milhões	Meios de informação e saúde
5º Tema	Água, esgoto e saúde é um direito de todos	Doenças comuns e atenção primária
6º Tema	Saúde é casa para todos	Saúde, conquista popular
7º Tema	Condições de trabalho e saúde	O povo participa nas decisões de sua saúde
8º Tema	As crianças nascem para serem felizes	Política de saúde
9º Tema	Vida é também reproduzir vida	Saúde mental – alcoolismo e tóxicos
10º Tema	Saúde, um instrumento ou um direito?	Deficiência física e mental

Fonte: Arquidiocese de Florianópolis (1981a); Arquidiocese de Florianópolis (1981b).

ANEXO B – Tabela de serviços prestados e valores a serem cobrados

COOPERATIVA REGIONAL ALFA LTDA.

Programa de Assistência em Saúde

NORMAS REGULAMENTARES

01 – O Programa Preventivo de Saúde instituído pela Cooperalfa, e implantado em etapas, atendendo inicialmente os associados de 13 postos, visa objetivamente a prevenção de saúde, isto é, procura evitar doenças.

02 – Os médicos que se encontram trabalhando nas comunidades são funcionários da Cooperalfa, recebem um salário mensal e seu trabalho é dar assistência preventiva e curativa **EXCLUSIVAMENTE AOS ASSOCIADOS DA COOPERATIVA E SEUS DEPENDENTES.**

03 – Não é permitido aos médicos atenderem aos não associados, bem como fazerem consultas por fora, mediante pagamento ou qualquer tipo de gratificação.

04 – Para serem atendidos nos postos pelos médicos, ali destacado, os associados e seus dependentes deverão se dirigir ao gerente do Posto para retirar a ficha de consulta.

05 – Não terão direito à consulta os associados que desviam a produção.

06 – Os medicamentos que forem receitados pelo médico e que sejam da linha CEME – CENTRAL DE MEDICAMENTOS serão fornecidos gratuitamente aos associados. Outros medicamentos fora da linha CEME, cada associado deverá procurar nas farmácias da região, correndo as despesas por conta do associado.

07 – O horário normal de trabalho dos médicos é das 7:30 às 12:00 horas e das 13:30 às 18:00 horas, de segunda a sexta-feira. Aos sábados serão feitas reuniões educativas. Fora destes horários, os médicos só atenderão em casos de emergência.

08 – No que se refere a internamento e cirurgias, os associados serão encaminhados pelos médicos aos hospitais e as despesas são por conta do associado, conforme a sua classificação do Funrural. Os direitos do associado no que se refere a tratamento hospitalar e com outros médicos nos sindicatos e consultórios continuam os mesmos.

TABELA DE PREÇOS DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELOS AGENTES DE SAÚDE

<u>SERVIÇO</u>	<u>CR\$</u>
Massagem na coluna	30,00
Semana de massagens	150,00
Injeção na veia	30,00
Injeção no músculo	15,00
Curativo pequeno	10,00
Curativo grande	30,00
Sinais vitais	10,00
Levantamento de problemas	50,00
Parto	1.000,00
Retirada de pontos	5,00

ANEXO C – Critérios para escolha de implantação do Projeto de Saúde nos primeiros locais

CRITÉRIOS CONSIDERADOS PARA CLASSIFICAÇÃO DOS DISTRITOS:

1. Município sem médico
2. Distância assistida
3. Nível de organização
4. Unidade D
5. Pobreza
6. Interesse cooperativo
7. Volume de sócios
8. Dificuldade de acesso
9. % de sócios por município
10. Interesse igreja
11. Antigo Posto
12. Interesse Secretaria de Saúde

CRITÉRIOS CONSIDERADOS PARA DECISÃO DOS DISTRITOS:

1. Volume de população
2. Casa para médico
3. Local para Posto
4. Pessoal que trabalha com saúde
5. Comunicação com outros Postos
6. Farmácia

ANEXO D – Atividades dos Agentes de Saúde, de março/1981 a fevereiro/1982

Quadro 3 – Atividades dos Agentes de Saúde, segundo área de atuação do Projeto, no período de março/1981 a fevereiro/1982.

Atividade	1	2	3	4	Total
Injeções	966	631	283	645	2525
Aferição de sinais vitais	615	480	385	459	1939
Curativos	986	1162	1263	2540	5951
Atenção a doenças comuns	224	513	362	827	1926
Massagens	636	205	121	294	1256
Retirada de pontos	034	014	014	010	0072
Partos	030	018	020	000	0068
Encaminhamentos	012	006	012	032	0062
Total	3503	3029	2460	4807	13799

Fonte: Cooperativa Regional Alfa (1982).

Legenda: 1 – Águas de Chapecó e Sobradinho; 2 – Jardinópolis e Tarumãzinho; 3 – Irati e Formosa; 4 – Itaberaba e Alto da Serra.

PARTE II – ARTIGOS CIENTÍFICOS

ARTIGO 1

FORMAÇÃO DE AGENTES DE SAÚDE NO PROJETO DE SAÚDE DA COOPERALFA: AFINAL, QUE MÉTODO ERA ESSE?

Thaís Titon de Souza; Marco Aurélio Da Ros

UFSC, Departamento de Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, CCS. Trindade – Florianópolis, SC. CEP 88.040-970. thayyts@yahoo.com.br

RESUMO

O presente artigo analisa a formação de Agentes de Saúde em um Projeto de Saúde desenvolvido na década de 1980 em municípios catarinenses, baseado nos princípios da Atenção Primária. Através de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, são apresentados e discutidos referenciais teóricos e metodológicos inseridos no processo de formação, assim como valores presentes. Observou-se que a metodologia proposta contribuiu para a vinculação e o compromisso do Agente com o Projeto, aumentando sua possibilidade de atuar em prol da comunidade e fomentando sua prática enquanto sujeito educador em saúde, ainda que esta não fosse uma função claramente proposta. Os resultados encontrados podem servir de subsídio para repensar a formação e a prática do Agente Comunitário de Saúde atualmente, tendo-se como base os princípios e as diretrizes que regem o SUS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Educação e Saúde, Saúde da Família.

HEALTH AGENTS TRAINING IN COOPERALFA HEALTH PROJECT, 1980: WHAT METHOD WAS THAT?

ABSTRACT

This article analyses the training of Health Agents in a Health Project performed in the 1980s in Santa Catarina cities based on the principles of Primary Attention. Through a descriptive exploratory study with qualitative approach, theoretical and methodological referentials inserted in the training process are presented and discussed, as well as

present values. It was observed that the proposed methodology contributed to the linking and commitment of the Agent to the Project, boosting its potential to act on behalf of the community and enhancing its practice as a health educator, even if that was not a clearly proposed function. The results might serve as a subsidy to rethink the current training and practice of the Community Health Agent, based on the principles and directives that rule SUS.

Keywords: Primary Health Attention, Education and Health, Family Health

INTRODUÇÃO

Em 1980, a Cooperativa Regional Alfa (Cooperalfa) abrangia sete municípios do meio oeste catarinense, em uma região que apresentava características predominantemente minifundiárias, com a maioria dos habitantes residindo na zona rural e se dedicando ao cultivo da terra¹. O setor agro-pastoril apresentava-se como o mais importante da economia, predominando as culturas de milho, feijão e soja, junto aos rebanhos de suínos e ao grande rebanho avícola².

Os serviços de saúde se apresentavam centralizados em grandes municípios e constavam basicamente de hospitais que ofereciam uma prática privada e curativista de atenção. Desta forma, todos os problemas, dos simples aos mais complicados, eram resolvidos no mesmo nível a custos exorbitantes para a população. Portanto, serviços de saúde de qualidade e custo acessível, especialmente atendimento médico, que respondessem a maioria dos problemas das comunidades rurais era uma reivindicação constante dos associados da Cooperalfa.

Tentando minimizar os efeitos deletérios dessa situação, desde 1959 a Igreja Católica, através da Ação Social Diocesana (ASDI), buscava prestar alguma atenção na região, oferecendo serviços nas áreas de educação, cultura, atenção à saúde, entre outros, predominantemente em áreas carentes³. Entre os anos de 1979 a 1981, o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) de Florianópolis trabalhou em conjunto com alguns setores da Igreja e deste trabalho, associado à intensa reivindicação dos associados, surgiu a proposta de desenvolver um Projeto de Saúde ligado à Cooperalfa, baseado nos princípios da Atenção Primária.

Seguindo a lógica de hierarquização da atenção em saúde, os serviços foram, então, organizados no sentido de complexidade crescente, buscando resolubilidade de, no mínimo, 90% das demandas

programada e espontânea, e contando com dois níveis de atuação: o primeiro formado por Agentes de Saúde (AS) e o segundo pelo trabalho desenvolvido no Posto de Saúde por médicos e atendentes de enfermagem.

Através de uma ampla participação popular em todas as suas etapas, o Projeto de Saúde contou com recursos humanos adequados e educação continuada direcionada para todos os seus integrantes, apresentando alta resolubilidade com pouca utilização de recursos do complexo médico-industrial (equipamentos, laboratórios, hospitais e medicamentos).

Nesse processo, o Agente de Saúde era percebido como um sujeito capaz de promover a troca de informações entre o saber técnico e o saber popular, aperfeiçoando constantemente o serviço. Ele seria, assim, um interlocutor para a democratização dos conhecimentos, inscrevendo-se em um processo de libertação na medida em que as comunidades tomavam consciência da importância de sua cultura, assumindo uma atitude de maior independência com respeito aos cuidados de saúde².

Para desenvolver esse papel, era imprescindível que o AS fizesse parte da comunidade com a qual desenvolveria suas atividades, conhecendo e fazendo parte da dinâmica local. Além disso, deveria ser eleito pela comunidade, expressando o respeito desta pelo Agente de Saúde e o desejo deste em atuar em um Projeto desta natureza, sem instituição de vínculo salarial com a proposta – uma vez que continuaria desempenhando suas funções enquanto agricultor.

Para tanto, foi realizada uma formação específica para o desenvolvimento de suas ações com a comunidade. Neste processo, eram utilizados referenciais teóricos e metodológicos que pudessem instrumentalizá-los, através de uma metodologia horizontal, tanto para o desenvolvimento de atividades técnicas quanto para aquela que era considerada sua função mais importante no Projeto: promover a organização da comunidade, transformando-os em educadores em saúde, em agentes de transformação social.

Portanto, a metodologia empregada era considerada uma ferramenta potencial para fortalecer a população pela busca de melhores condições de vida naquela região. Esse desenho de formação era parte de um processo de aumento da criticidade, que buscava ampliar as condições de luta contra as injustiças existentes. Para isso, além do conhecimento de informações técnicas inerentes à sua função, os Agentes foram estimulados ao entendimento do processo sócio-

econômico como gerador de doença e da transformação social baseada na organização popular como perspectiva.

Tendo em vista a relevância do Agente Comunitário de Saúde (ACS) atualmente na Estratégia Saúde da Família, constitui-se objeto deste estudo identificar referenciais teóricos e metodológicos e valores inseridos no processo de formação dos Agentes de Saúde do Projeto de Saúde da Cooperalfa que possam contribuir para o fortalecimento do ACS enquanto sujeito educador em saúde na Atenção Básica atualmente.

PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, sendo respeitados os preceitos éticos contidos na Resolução nº 196/96 do CNS/MS⁴ e é parte de uma dissertação de mestrado intitulada “Prática educativa de Agentes de Saúde no Projeto de Saúde da Cooperalfa: revisitando a história após 30 anos”.

Caracterizada como um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, foi realizada através de pesquisa documental retrospectiva e pesquisa em campo, esta através de entrevista semi-estruturada.

A partir da seleção de dois coordenadores técnicos do Projeto de Saúde da Cooperalfa para atuarem como informantes-chave deste estudo, realizada por conveniência, foi efetivado o levantamento de um panorama do Projeto e de pessoas a serem entrevistadas e documentos a serem analisados.

Para a constituição do *corpus* da pesquisa, foram realizadas doze entrevistas semi-estruturadas e buscadas fontes bibliográficas (livros e artigos de imprensa, dentre outros), documentos oficiais e administrativos (como relatórios, fotografias e projetos) e documentos particulares (como relatos e fotografias) sobre o tema. Além da busca por subsídios para análise do processo histórico do Projeto de Saúde da Cooperalfa, procurou-se, também, a identificação de valores e referenciais que norteavam a formação dos Agentes de Saúde.

Ao final, foram encontrados documentos históricos diversos – um relatório, uma apostila incompleta de formação dos Agentes de Saúde, trinta e três matérias de imprensa, dezesseis fotos e setenta e cinco slides – e entrevistados quatro Agentes de Saúde, três médicos, um enfermeiro, dois gestores da Cooperalfa que estavam ligados ao Projeto de Saúde e dois coordenadores técnicos do Projeto.

Os documentos levantados através da pesquisa documental foram, inicialmente, mapeados a partir de temas-chave, possibilitando a organização da descrição dos dados encontrados. Fotos e slides foram analisados tanto no sentido de contribuir para a qualificação das informações escritas quanto na disponibilização de novas informações. Posteriormente, recorreu-se ao procedimento descritivo do *corpus* dos documentos recolhidos. As informações existentes nas entrevistas semi-estruturadas referentes à história do Projeto foram utilizadas também descritivamente, complementando as informações dos documentos.

Os demais dados das entrevistas semi-estruturadas foram tratados através da análise textual discursiva^{5,6}. Deste processo, emergiram três categorias distintas, intituladas “Afinal, que método era esse?”, “Da escolha ao cotidiano do AS: potencial educador em saúde” e “Do AS ao ACS”. Este artigo trata da primeira categoria referida e de suas respectivas subcategorias.

Para apresentar e discutir os resultados, os profissionais entrevistados foram identificados em seus depoimentos através de números entre parênteses ao final de cada colocação, como forma de garantir seu anonimato. Cada fala foi, então, apresentada fazendo parte do texto, entre aspas, seguida da indicação do profissional que a colocou.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Silva e Dalmaso⁷ identificaram duas dimensões principais como proposta de atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, inseridos atualmente na Estratégia Saúde da Família: a dimensão técnica e a dimensão política, não somente de solidariedade à população, mas também de promoção da organização da comunidade em prol de transformações das condições de vida que se façam necessárias.

Tais dimensões eram igualmente identificadas no escopo de ações previstas para o Agente de Saúde do Projeto de Saúde da Cooperalfa, onde a promoção da organização comunitária era entendida como a principal ação deste sujeito em uma proposta de Atenção Primária em Saúde.

Para desempenhar a função de mobilizador, os Agentes receberam uma formação que apresentava como eixo transversal de todos os temas trabalhados a determinação social do processo saúde-doença. Realizada após sua eleição pelas comunidades das quais faziam parte, tal formação, inicialmente prevista para durar 92 horas, estendeu-se pela

necessidade e desejo dos envolvidos para um curso com o total de 200 horas.

Um dos documentos utilizados neste processo foi a “Apostila de formação dos Agentes de Saúde”⁸, que tinha como conteúdo programático, sempre permeado pela determinação social, tópicos como: noções de anatomia e fisiologia; sistemas do corpo; doenças dependentes de saneamento e outras doenças comuns; planejamento familiar; gestação, parto e puerpério; cuidados no primeiro ano de vida; primeiros socorros; noções de administração do serviço; orientações sobre como encaminhar ao segundo nível; mapeamento da área; sinais vitais (aferição de pressão arterial, temperatura corporal e frequências cardíaca e respiratória); e, cuidados básicos de enfermagem (pequenos curativos, retirada de pontos, aplicação de injeções e cuidados de limpeza e esterilização de materiais).

Apesar de este material estar disposto em capítulos por sistemas ou doenças encontradas na região, procurava-se constantemente fazer a ligação entre os diferentes assuntos abordados e destes com o modo como a sociedade estava organizada, dando o entendimento de que são interdependentes e estão conectados. Neste caminho, buscava-se problematizar e refletir sobre a importância da organização comunitária na busca pela superação das iniquidades existentes no meio rural.

Foi, ainda, identificada a utilização de palavras e expressões comuns aos trabalhadores rurais para explicar questões técnicas abordadas, aproximando-se de sua linguagem na tentativa de desmonopolizar o saber científico, e percebida a concepção de que os AS tinham um conhecimento anterior que não poderia ser negado no processo de formação, inclusive no que se referia às questões relacionadas à saúde e ao adocimento.

Pode-se perceber que a metodologia proposta se configurava como uma metodologia dialética, buscando a horizontalidade da educação com intensa troca de informações, voltada para a transformação das condições de vida e fortemente embasada na educação popular proposta por Paulo Freire⁹.

Duarte *et. al.*¹⁰, visando o desenvolvimento de um trabalho comunitário participativo, reflexivo e transformador, relataram a construção de uma proposta semelhante para a formação de Agentes Comunitários de Saúde de um município do estado de São Paulo. A partir de uma metodologia problematizadora, incentivou-se que os Agentes reconhecessem e exercessem seu papel de líderes na comunidade, estimulassem a organização e a participação comunitária e

buscassem, em parceria com a comunidade, soluções para a melhoria de suas condições de vida.

Entretanto, como discutem diversos autores, essa não parece ser a tônica predominante na formação do ACS atualmente, que historicamente vem acontecendo fortemente embasada em referenciais biomédicos^{7,11,12,13}. Para Tomaz¹⁴, esse modelo apresenta-se desestruturado e fragmentado e geralmente insuficiente para responder às necessidades de formação destes sujeitos para o desempenho das funções esperadas no SUS.

Buscando fortalecer o papel do ACS enquanto sujeito educador em saúde, são apresentados neste estudo referenciais e valores da formação de Agentes de Saúde do Projeto da Cooperalfa, buscando subsídios que possam contribuir para modificar a atual realidade de formação do ACS.

Determinação social

O entendimento de saúde em seu conceito ampliado serviu de base para a discussão sobre a determinação social do processo saúde-doença, um dos eixos centrais da formação do AS no Projeto de Saúde da Cooperalfa. “A proposta era de discutir tudo de saúde junto [...], sempre o eixo era determinação social do processo saúde-doença” (1).

Reforçando a determinação social enfaticamente, buscava-se discutir, também, a responsabilidade do Estado diante da situação de saúde e adoecimento da população rural, inserida em um contexto em que havia difícil acesso aos serviços de saúde, falta de condições dignas de vida e desinformação da população sobre seu corpo. Conforme um entrevistado, a discussão era embasada na realidade vivenciada “tentando ampliar o máximo a discussão do por que as coisas aconteciam, que não era só a doença, mas o que levava àquela situação de eles adquirirem as patologias, de como eles resolverem as coisas” (8).

Nesta perspectiva, também era problematizada a importância de não culpabilizar a população pela falta de saúde e pela ocorrência de doenças, no sentido de fortalecer os AS para a luta social e a organização comunitária em prol de melhores condições de vida para a comunidade, como exemplificado a partir de um dos trechos retirados da Apostila de Formação do AS: “Sabemos que na maioria das vezes é muito difícil vacinar bem certinho os nossos filhos, isso porque a forma como são feitas as vacinas é bem errada, as vacinas são longe das nossas casas, não são feitas todos os dias e outras coisas. Devemos lutar para conseguir melhores condições de vacina”^{7, p.41}.

Ao fomentar a organização da sociedade enquanto sujeito na busca pela concretização de seus direitos e fazer o chamado ao Estado para assumir suas responsabilidades, o valor de justiça social era um daqueles que se faziam presentes na formação proposta para o Agente de Saúde do Projeto da Cooperalfa. Portanto, se fazia imperativa uma postura por parte do AS de promoção de conscientização e mobilização comunitária, atuando diretamente sobre a condição de iniquidade identificada na realidade em que estavam inseridos¹⁵.

A intenção de construir um conhecimento emancipatório, utilizando-se da determinação social enquanto eixo estruturante de formação, trazia à tona a necessidade de evitar a alienação muitas vezes identificada na prática do ACS, que reproduz ações determinadas por outros membros da equipe de Saúde da Família, exercendo-as de maneira conservadora e repetitiva^{16,17}.

Com este objetivo, a formação não atinha-se ao âmbito das condições de vida ou do modo como as pessoas vivem, buscando discutir também a estrutura da sociedade. Os resultados evidenciados demonstraram que, diferentemente do que Trape & Soares¹⁸ identificaram em seu estudo sobre a práxis educativa de Agentes Comunitários de Saúde, no Projeto de Saúde da Cooperalfa, buscava-se constituir não apenas uma atividade produtiva, mas principalmente uma ação política.

Problematização

Havendo o entendimento de que apenas o saber biomédico sistematizado e os instrumentos existentes na área da saúde não seriam suficientes para suprir as necessidades de trabalho do Agente de Saúde e poderiam reduzir a potencialidade de atuar em prol da promoção da organização comunitária por melhores condições de vida, a formação deste sujeito no Projeto de Saúde da Cooperalfa teve como um dos seus principais eixos norteadores a problematização⁷.

Conforme relato de um dos AS entrevistados, “eles [coordenadores técnicos e médicos do Projeto] tinham uma maneira de colocar muito eficiente, que deixava a pessoa balançando em cima de sua própria base” (3), ou seja, buscava-se a reflexão sobre a realidade vivenciada para a produção de um novo conhecimento, coletivamente, que pudesse contribuir para a modificação desta realidade.

Como defendido por Tomaz¹⁴, métodos inovadores, reflexivos e críticos precisam ser utilizados no processo de formação dos Agentes, com o objetivo de potencializar sua atuação enquanto sujeito para a transformação social. Ao contrário, centrar sua formação em saberes

biomédicos pode incentivar sua atuação enquanto vigilante da vida das pessoas, constituindo-se figura de polícia sanitária ao invés de educador em saúde¹³.

No Projeto da Cooperalfa, o objetivo era justamente potencializar sua ação enquanto mobilizador, sendo fomentados diversos temas que possibilitassem ampla discussão entre os Agentes, principalmente relacionados com o poder médico, a influência capitalista sobre as condições de vida e de saúde e adoecimento da população e o desrespeito ao saber e às práticas da população sobre o processo de cuidado em saúde.

A influência da busca incessante por grandes lucros pelas indústrias capitalistas sobre a saúde da comunidade rural e a falta de suporte governamental para viver com mais saúde foram amplamente discutidos, especialmente relatados na Apostila de Formação do AS, como no trecho a seguir: “Por que as mães deixam de amamentar os seus filhos? As grandes fábricas de leite, como a Nestlé, ajudam muito, com propaganda e pressão para diminuição do aleitamento materno. O governo também contribui para que as mães deixem de amamentar seus filhos. Como o governo faz isso? Distribuindo latas de leite no hospital e nos postos de saúde. Não obrigando as empresas onde trabalham mulheres a cumprir a legislação que manda construir as creches para que as mães possam ter seus filhos perto e dar de mamar quando sentem fome. O salário mínimo é tão pequeno que logo após o parto a mãe precisa voltar para o trabalho para trazer um pouco de dinheiro para casa. E a licença que a mãe tem para cuidar de seu filho depois do parto é só de 84 dias”^{7, p.55-56}.

Portanto, tendo-se como base a problematização visando a democratização dos saberes envolvidos com o processo de saúde e adoecimento no meio rural, buscava-se avançar para um entendimento coletivo dos chamados determinantes e condicionantes a fim de buscar possíveis ações também coletivas para seu enfrentamento¹⁵.

Neste caminho, o próprio saber era colocado em debate, discutindo-se sobre a existência de diferentes conhecimentos e que não há domínio possível de um ou outro. Neste contexto, a formação dos Agentes de Saúde também buscou desmistificar o poder médico, reforçando a democratização dos saberes científicos e a necessidade de “desmistificar essa coisa de quem sabe e quem não sabe” (7).

Esses posicionamentos denotam a intenção de fomentar a emancipação dos Agentes de Saúde no que se refere às suas práticas a partir de informações qualificadas sobre questões comuns ao cotidiano do campo, informações estas apoiadas em questões significativas para os

sujeitos envolvidos, como inscrito no trecho a seguir, retirado da Apostila de Formação dos AS: “muito raramente (uma pessoa em cada 100) tem que tirar o apêndice porque ele infecciosa (se chama apendicite daí). Se na sua comunidade tem mais que 1% das pessoas que operaram da apendicite é bom ficar com o pé atrás porque muitas vezes inventam que é apendicite só pra arrancar o dinheiro dos agricultores. Imagine que em Itaberaba tem uma pessoa que já fez 3 cirurgias de apendicite (o que não pode acontecer porque uma pessoa tem um apêndice só). Para saber ou conhecer que seja apendicite temos que saber o seguinte: 1. só dá uma vez na pessoa e quando dá tem que operar em menos de 3 dias se não ele estoura e daí a pessoa morre; 2. para saber se está com apendicite tem que dar dor muito forte do lado direito debaixo, na barriga. Quando a gente aperta a barriga dói muito, mas piora a dor quando a gente solta a barriga. As vezes a dor pega a perna direita. Dá febre alta e vômito junto”^{7, p.5-6}.

Conforme colocado por Trape & Soares¹⁸, nos moldes da educação emancipatória, a população passa a ter voz ativa, verificando-se seu caráter contra-ideológico ao contestar padrões bem estabelecidos para as classes dominantes, que se espera sejam aceitos de forma passível por aqueles que sofrem suas conseqüências. Duarte *et. al.*¹⁰, ao construir com Agentes Comunitários de Saúde uma proposta de formação através do que chamaram de “Educação Problematizadora”, identificaram que a metodologia fomentou o entendimento por parte dos Agentes de seu papel na luta e na concentração de forças em sua comunidade para a defesa de serviços públicos de saúde e educação e para a melhoria dos determinantes sociais de saúde.

No Projeto de Saúde da Cooperalfa, problematizar a realidade com base no cotidiano vivenciado no campo também significava oferecer subsídios para que o AS desenvolvesse suas práticas voltado para a melhoria das condições de vida e saúde na região abrangida pela Cooperalfa de forma crítica e emancipatória, inserindo-se como protagonista de um processo de transformação social.

Educação permanente: ação ⇔ reflexão

Além da formação inicial dos Agentes de Saúde, estava prevista sua supervisão, realizada periodicamente pelos médicos em reuniões com a presença de atendentes de enfermagem, onde eram discutidas fichas de atendimento diário, casos e outras situações vivenciadas no cotidiano.

A proposta estava baseada na idéia de que “esse processo de conscientização [...] era um movimento que vai se construindo e se desconstruindo e reconstruindo” (7), partindo das situações e das dificuldades enfrentadas pelos Agentes em sua prática cotidiana, a partir de um referencial teórico-metodológico problematizador. Eram rediscutidas e reconstruídas “as abordagens clínicas, abordagens terapêuticas, abordagens sociais também, como trabalhar com as comunidades, tudo” (11).

Duarte *et. al.*¹⁰ constataram que as práticas de Agentes Comunitários, inicialmente fortemente influenciadas por questões biológicas, foram sendo remodeladas para uma visão mais abrangente do processo saúde-doença na medida em que o movimento de formação destes sujeitos se constituiu através de uma metodologia dialética. Também nesta experiência, identificaram ser possível construir processos de educação permanente centrados no trabalho participativo, reflexivo e transformador, tendo como resultado maior engajamento do ACS para estimular a participação comunitária e estabelecer parcerias, identificando lideranças e recursos da comunidade através de diversas estratégias participativas e dinâmicas.

No Projeto da Cooperalfa, havia também esta proposta, centrada em “uma relação de ensino sempre, os Agentes estavam sempre evoluindo” (1), através de um movimento de ação, reflexão e ação sobre a realidade. Nesse processo, a relação entre a teoria e a prática centrava-se na articulação dialética entre ambas, envolvendo suas singularidades e contradições, e a reflexão e a ação eram entendidas como processos que não se dividiam em etapas estanques e diferenciadas, que não se separavam, e cujo vínculo formava um todo onde o saber passava a ter um caráter transformador¹⁹.

Relação sujeito-sujeito

A concepção teórica inscrita no processo de formação dos Agentes de Saúde valorizava o conhecimento como uma construção coletiva realizada através de uma relação horizontal centrada nas trocas entre os sujeitos envolvidos e permeada por valores de cidadania e solidariedade.

Os sujeitos entrevistados corroboram com essa afirmação, reiterando que “a proposta sempre foi de horizontalizar a educação” (1) e complementam colocando que “a relação era Freiriana, sem a gente ter muito conhecimento [...] e sem poder estar escrito porque [...] a gente estava em plena ditadura militar. Escrever Paulo Freire era perigoso” (1).

Um dos Agentes de Saúde entrevistados coloca que “eles [técnicos] falavam que nem a gente. A maneira como eles colocavam pra nós as coisas, a gente aprendeu muito sobre ervas, verificar PA, a conhecer as doenças e até tratar e até fazer [...] pequenas cirurgias nós fazíamos, ponto, fazer sutura, drenagem, a gente aprendeu tudo, tudo, tudo isso” (6).

Essa concepção de educação buscava recuperar as dimensões da educação e da saúde a partir de articulações entre esses dois campos e os movimentos sociais, fortalecendo a constituição de cidadãos¹⁹, as organizações populares, o controle e a participação social, pressupondo a compreensão do outro como sujeito também detentor de conhecimentos.

Para Gomes *et. al.*¹³, romper com a formação baseada na educação bancária discutida por Paulo Freire⁹, baseada na prática de transmitir conhecimentos a indivíduos ignorantes e sujeitos apenas a ajustamentos e ao seguimento das orientações prescritas, pode ser uma potencial ferramenta para o pleno desenvolvimento dos profissionais de saúde.

Essa proposta estava inscrita no Projeto, havendo o entendimento de que “todos eram iguais em circunstâncias diferentes, [...], isso já era uma introdução de um valor, [...], já era uma maneira de entrar na discussão de cidadania, de direito e etc.” (2). Era claro, portanto, que todos os sujeitos estavam inseridos em um processo de educação em que estavam passíveis, simultaneamente, a ensinar e aprender. Sem que fosse desvalorizado ou supervalorizado determinado conhecimento, a proposta era de reforçar “como eles [os Agentes] eram capazes, quanto conhecimento eles tinham e que a gente [os técnicos] não dominava e que podia ser uma troca” (7).

Educação conscientizadora para libertação

Uma metodologia que se propõe problematizadora, baseada em uma relação sujeito-sujeito e embasada pela dialética entre ação e reflexão, tem como objetivo promover a conscientização dos envolvidos, inserindo-os no contexto político e social vivenciado e buscando a constituição de cidadãos para a luta social.

No Projeto de Saúde da Cooperalfa, a população abrangida estava inserida em um contexto marcado por condições injustas de vida – no tocante à saúde, a injustiça relacionava-se tanto a seus determinantes quanto ao acesso aos serviços de atenção. Para que os Agentes de Saúde pudessem efetivamente se colocar como cidadãos co-participes do caminho de mudança da realidade vivenciada, a formação era baseada

em “muita discussão, era uma coisa bastante crítica, as pessoas pensavam sobre o assunto” (9).

Essa criticidade e conscientização aumentavam a possibilidade de emancipação e a confiança dos Agentes para atuarem sob uma lógica em que “a gente [Agentes de Saúde] tomava as decisões” (6) e fortalecidos para desenvolverem suas estratégias para inserir-se no contexto de luta. A formação era, então, desenvolvida por “pessoas absolutamente politizadas e de esquerda e que sabiam que tem que libertar pra conseguir enxergar”, “aí cresce, né, a consciência” (9).

Essa realidade, somada à caracterização do Agente de Saúde como comunidade e não como serviço de saúde, potencializava seu compromisso com a proposta de saúde e educação colocada, “então também era um elemento essencial do Projeto” (2).

Os resultados desta postura ética do Projeto foram sentidos por muitos dos sujeitos envolvidos. Um dos relatos trazidos por mais de um dos entrevistados foi a experiência de uma Agente de Saúde analfabeta que desenvolveu uma metodologia de relatar o que acontecia na comunidade através de desenhos, trazendo a questão social a tona para discutir sobre os problemas encontrados: “eu lembro de uma Agente de Saúde, [...], ela não sabia escrever e ela desenhava. Isso era muito fantástico. Ela botava o cara amarelão, uma cara, um desenho de uma pessoa amarela e ficava discutindo o que era, mas é que tinha o esgoto, mas é que tinha não sei o que... Então, eles falavam isso, entende? Não era simplesmente porque era verminose e tal e acabou. Tava claro pra eles [o social]. Claro que lá era uma vida muito diferente, né? [...] Então, acho que o treinamento era bastante crítico pra poder fazer um negócio desse tipo, né?” (9).

No tocante às ações de educação e saúde, discorre um dos entrevistados “eles tinham uma relação muito horizontal com a população e, com isso, [...] eles tinham diálogo de igual pra igual. Embora eles estivessem no papel de Agentes de Saúde, eles tinham sido delegados pra esse papel pela comunidade. Então, a comunidade confiava neles. Então, a comunidade procurava eles pra saber alguma coisa, eles diziam essa coisa, mas também iam ouvir a comunidade” (1).

Diferentemente da situação descrita por Maciel *et. al.*²⁰ ao identificarem que a concepção de educação e saúde dos Agentes Comunitários estava ancorada na concepção bancária baseada na transmissão de conhecimentos, restrita a orientar sobre cuidados em saúde, a concepção dos Agentes de Saúde estava mais voltada para a proposta de educação popular e saúde, baseada no diálogo, entendendo-a como instrumento para a construção de uma consciência crítica.

Apesar de não terem claramente instituídos o papel de educador em saúde e de suas ações restringirem-se, na maioria, às ações de caráter individual, os Agentes de Saúde foram considerados “educadores em saúde em sua essência. [...] As pessoas se tocaram a partir de uma ação de um Agente de Saúde, as pessoas mudaram hábitos, começaram a construir instalações sanitárias, passaram a entender que saúde tinha relação com alimentação, com modo de vida, etc.” (2).

Aspectos como confiança da comunidade, compromisso com a comunidade e conscientização para o desenvolvimento de práticas que promovessem a libertação possibilitaram que o Agente, mesmo que “não tivesse lá essa bagagem, mas a postura dele, o encontro com a comunidade, discutir, conversar com a comunidade fez com que houvesse alguma mudança. Eu acho que ocorreu alguma mudança de comportamento, de atitude, de cuidados, sabe? Então, eu acredito que, na verdade, o Agente da época ele, ele fez realmente uma diferença no Projeto no início, na mudança. [...]. Eu acho que o primeiro grupo de formados, [...], esse grupo fez uma grande diferença na sua comunidade” (5).

Esse mesmo grupo, como primeiro fruto de todo o processo vivenciado em sua formação, ao final do curso criou a Associação dos Agentes de Saúde, como uma forma de organização comunitária na região².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No cotidiano dos Agentes de Saúde do Projeto da Cooperalfa, a interação entre os diversos saberes, pautada em uma proposta que se aproximava da educação popular, constituiu-se como instrumento para a construção do conhecimento ao qual correspondia uma prática determinada – a produção de saúde na comunidade.

Nesta proposta, o conjunto de elementos teóricos e práticos vivenciado resultou em um novo projeto assistencial que procurou dar conta da complexidade das necessidades de saúde no local. Por este motivo e por parte significativa dos princípios e diretrizes que já se faziam presentes, no início da década de 1980, serem aqueles que, anos após, constituiriam a base do SUS, o Projeto se coloca na posição de proposta inovadora no âmbito da Atenção Primária no estado de Santa Catarina.

A riqueza de revisitar sua história permite ao olhar do presente retomar os elementos teóricos e metodológicos da formação do AS –

determinação social, problematização, educação permanente, dialética da ação e reflexão, conscientização e relação sujeito-sujeito – e os valores presentes de justiça social, cidadania e democratização dos conhecimentos para repensar a formação e a prática do Agente Comunitário de Saúde.

Atualmente, o processo de formação do ACS ainda apresenta-se desestruturado, fragmentado, e, na maioria das vezes, insuficiente para a superação da realidade social evidenciada nas comunidades em que se encontra inserido. Uma postura crítica por parte deste profissional implica no enfrentamento de inúmeras barreiras, relacionadas tanto com o próprio receio de atuar sem o conhecimento valorizado no setor saúde quanto ao conflito de poder que se instaura quando passa a dividir um lugar de prestígio na comunidade com os outros membros da equipe, conflito este que se mostra geralmente de forma indireta ou velada¹¹.

A metodologia inovadora da formação dos Agentes de Saúde do Projeto da Cooperalfa pode contribuir, na atualidade, para superar essa situação e atuar no fortalecimento do compromisso do ACS com a transformação social, pois integra, valoriza, conscientiza, provoca reflexões e conseqüentemente co-responsabiliza e compromissa o trabalhador com a proposta.

Através deste caminho, o ACS poderá se inscrever de forma privilegiada na dinâmica de implantação e consolidação de um novo modelo assistencial, sem desconsiderar ser esta uma tarefa dependente de um conjunto de fatores políticos, técnicos e sociais e do envolvimento de outros atores, retirando unicamente de sua responsabilidade o papel de ser a mola propulsora de consolidação do SUS^{11,14}.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Cella EM, Fernandes JA, Silva, MEK. Experiência do Programa Saúde Rural Cooperalfa. *Contact* 1984; 34:9-10.
- 2 Cooperativa Regional Alfa (Cooperalfa). *Relatório Anual*. Chapecó: Cooperalfa; 1982. Mimeografado.
- 3 Kleba E. *Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil: limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento*. Chapecó: Argos; 2005.
- 4 Resolução nº 196/96 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 1996; 10 out.

- 5 Moraes R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. *Rev C&E* 2003; 9(2):191-211.
- 6 Moraes R, Galiazzi MC. Análise textual discursiva: processo reconstrutivo de múltiplas faces. *Rev C&E* 2006; 12(1):117-28.
- 7 Silva JA, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface (Botucatu)* 2002; 16(10):75-83.
- 8 Cooperativa Regional Alfa (Cooperalfa). *Apostila de formação dos Agentes de Saúde*. Chapecó: Cooperalfa; 1981. Mimeografado.
- 9 Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983.
- 10 Duarte LR, Silva DSJ, Cardoso SH. Construindo um programa de educação com Agentes Comunitários de Saúde. *Interface (Botucatu)* 2007; 11(23):439-47.
- 11 Nunes MO, Trad LB; Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O Agente Comunitário de Saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18(6):1639-46.
- 12 Ferreira VSC, Andrade CS, Franco TB, Merhy EE. Processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde e a reestruturação produtiva. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(4):898-906.
- 13 Gomes KO, Cotta RMM, Cherchiglia ML, Mitre SM, Batista RS. A práxis do Agente Comunitário de Saúde no contexto do Programa de Saúde da Família: reflexões estratégicas. *Saúde soc.* 2009; 18(4):744-55.
- 14 Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um super-herói. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 2002; 6(10):84-7.
- 15 Giffin K, Shiraiwa T. O Agente Comunitário de Saúde: a proposta de Manguinhos. *Cad. Saúde Pública* 1989; 5(1):24-44.
- 16 Correia EMA. *Agente comunitário de saúde: a construção de um poder capturado [dissertação]*. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social; 2008.
- 17 Freitas GT. *Conflitos éticos do processo de tomada de decisão no trabalho de Agentes Comunitários de Saúde [dissertação]*. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.
- 18 Trape CA, Soares CB. A prática educativa dos Agentes Comunitários de Saúde à luz da práxis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2007; 15(1):142-49.
- 19 Chalhoub S. *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial*. São Paulo: Companhia das Letras; 1996.
- 20 Maciel MED, Borges PKO, Sales CB, Renovato RD. Educação em saúde na percepção de Agentes Comunitários de Saúde. *Cogitare Enferm* 2009; 14(2):340-5.

ARTIGO 2

DA ESCOLHA AO COTIDIANO DO AGENTE DE SAÚDE DA COOPERALFA: EDUCADOR EM SAÚDE?

Título resumido: Da escolha ao cotidiano do Agente de Saúde

Thaís Titon de Souza¹; Marco Aurélio Da Ros²

UFSC, Departamento de Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, CCS. Trindade – Florianópolis, SC. CEP 88.040-970.

¹ Nutricionista, Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e Núcleo de Telessaúde-SC. Especialista em Saúde da Família (modalidade Residência) e Mestre em Saúde Coletiva. thayyts@yahoo.com.br

² Médico, professor do Departamento de Saúde Pública/UFSC. Residência em Medicina Comunitária, Especialista e Mestre em Saúde Pública, Doutor em Educação e Pós-Doutor em Educação Médica. ros@ccs.ufsc.

RESUMO

A partir de uma revisão histórica, este artigo pretende analisar a prática de Agentes de Saúde do Projeto de Saúde da Cooperalfa, desenvolvido na década de 1980 em municípios catarinenses baseado nos princípios da Atenção Primária, especialmente no que se refere à função de educador em saúde destes sujeitos. Através de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, buscou-se embasar a análise a partir de diferentes aspectos conjunturais e estruturais que influenciavam ou poderiam influenciar a prática de educação e saúde. Observou-se que o Agente era considerado um educador em saúde, ainda que esta função não estivesse clara no Projeto, incorporando às suas práticas referenciais teóricos e metodológicos utilizados em seu próprio processo de formação. Desta forma, desenvolveu uma postura educativa ética, voltada ao respeito e à troca de diferentes saberes com comunidade e profissionais de saúde, transformando-se em um verdadeiro agente de transformação social. Os resultados encontrados neste estudo podem servir de subsídio para repensar o papel do Agente Comunitário de Saúde atualmente, tendo-se como base os princípios e as diretrizes que regem o SUS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Educação e Saúde, Saúde da Família.

FROM THE DAILY CHOICE OF THE COOPERALFA HEALTH AGENT: HEALTH EDUCATOR?

ABSTRACT

Starting from a historical revision, this article intends to analyse the practice of Cooperalfa Health Project Health Agents developed in the 1980s in Santa Catarina cities and based on the principles of Primary Attention, specially where the function of the health educator over these subjects is concerned. Through an exploratory descriptive study with qualitative approach, an attempt to create bases for this analysis from different conjunctural and structural aspects that did or might influence the practice of the health educator was made. It was observed that the Agent was considered a health educator, even if this function was not clear in the Project, incorporating to its theoretical and methodological referential practices used in its own formation process. Thus an ethical educational stance was developed, focused on respect and the exchange of different knowledges between community and health professionals, transforming the Agent into a true agent for social transformation. The results found in this study might serve as subsidy to rethink the current role of the Community Health Agent, based on the principles and directives that rule SUS.

Keywords: Primary Health Attention, Education and Health, Family Health

INTRODUÇÃO

No início da década de 1980, a Cooperalfa – Cooperativa Agroindustrial Alfa (chamada de Cooperativa Regional Alfa na época) - abrangia sete municípios da região oeste de Santa Catarina. A maioria da população residia em área rural e possuía pouco atendimento de suas necessidades básicas de saúde com dificuldade de acesso a serviços, deficiência ou mesmo ausência de saneamento básico e diminuição progressiva de seu poder aquisitivo.

O descaso do poder público era visível, com condições precárias de habitação, baixa cobertura realizada através de recursos do Funrural, concentração das instituições de atenção à saúde em grandes centros urbanos e priorização do modelo biomédico de atenção. Desta forma, todos os problemas, dos simples aos mais complicados, eram resolvidos no nível hospitalar, a custos exorbitantes para a população.

Havia uma elevada proporção de patologias redutíveis por saneamento básico e imunizações que se tornavam graves pela falta de

diagnóstico precoce e pronto atendimento, determinando, com isso, altos coeficientes de morbimortalidade, baixa esperança de vida ao nascer e maior demanda por serviços de atenção médica hospitalar. O descontentamento era grande e uma melhor atenção em saúde era uma reivindicação constante da população rural¹.

Tentando minimizar os efeitos deletérios dessa situação, desde a década de 1950 a Igreja Católica buscava prestar alguma atenção na região, oferecendo serviços nas áreas de educação, cultura, atenção à saúde, entre outros, predominantemente em áreas carentes². Atuando em conjunto em algumas destas ações, o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) de Florianópolis trabalhou com setores da Igreja entre os anos de 1979 e 1981 e, a partir deste contato, nasceu a perspectiva de desenvolvimento de um Projeto de Saúde vinculado à referida cooperativa.

Buscando responder à crescente demanda dos associados por serviços de saúde, a Cooperalfa inicialmente planejou a construção de um hospital que facilitasse o atendimento aos produtores rurais, insatisfeitos com a atenção recebida nos vários hospitais da região por serem onerosos e, inclusive, pela má qualidade do atendimento prestado. Entretanto, o contato com o CEBES consolidou a perspectiva de um projeto de atenção à saúde baseado nos princípios e pressupostos da Atenção Primária como uma proposta de organização de serviços mais adequada às características da região e, principalmente, às necessidades dos associados¹.

Foram, então, contratados três sanitaristas pertencentes ao CEBES e professores da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) para realizar um diagnóstico apropriado para a organização de um serviço desta natureza, com consultas à própria população no intuito de conhecer seus desejos em relação à saúde e de fazer um levantamento de recursos físicos que facilitassem sua implantação nos municípios abrangidos¹.

A partir deste diagnóstico, o Projeto foi desenhado contendo dois níveis de atuação – o primeiro formado por Agentes de Saúde (AS) e o segundo pelo trabalho desenvolvido no Posto de Saúde por médicos e atendentes de enfermagem –, contando com um organizado esquema de coordenação e supervisão das ações desenvolvidas.

Com um forte cunho preventivo/curativo e procurando utilizar o mínimo possível os recursos do complexo médico-industrial, os serviços foram organizados no sentido de complexidade crescente buscando resolubilidade de, no mínimo, 90% das demandas programada e

espontânea nas quatro áreas básicas de atendimento curativo: toco-ginecologia, pediatria, clínica médica e cirurgia¹.

Para desenvolver as ações, os integrantes do Projeto contavam com um programa de educação continuada, que ocorria quinzenal ou mensalmente. Nestes encontros, eram debatidas as maiores dificuldades encontradas no cotidiano das comunidades, procurando oferecer subsídios para uma melhor prática clínica e social no território.

Dados apresentados no relatório de avaliação elaborado pelos coordenadores técnicos do Projeto em 1982 demonstram alta resolubilidade alcançada, com pouca utilização de recursos do complexo médico-industrial (equipamentos, laboratórios, hospitais e medicamentos). No tocante aos atendimentos realizados pelos Agentes de Saúde, em um total de 13.799 no ano de 1981, apenas 0,44% foram encaminhados ao nível secundário. Os AS participaram, ainda, de 824 reuniões com a comunidade e de campanhas de vacinação anti-pólio, feitas casa a casa, atingindo 100% de cobertura vacinal¹.

Implantado em março de 1981, o Projeto se estendeu até meados dos anos 1990, finalizando suas ações com mais de 48 Postos de Saúde construídos e um milhão de atendimentos realizados³. Entretanto, com a saída dos coordenadores técnicos em 1982, seus objetivos e sua forma de operar foram se modificando. Aos poucos, o Projeto de Saúde passou a se configurar como um Programa, descaracterizando o ideário inicial da proposta voltado para as mudanças sociais através de uma metodologia dialética e transformando-se basicamente em um serviço ambulatorial, preventivista e curativista.

Devido a esta mudança, este artigo busca focar o período compreendido entre os anos de 1980 – 1982, que compreendem o Projeto de Saúde inicialmente proposto, considerado uma experiência não-estatal, rural e de baixo custo voltada para a transformação do setor saúde e colaboradora para a transformação social.

Nesta proposta, deu-se ênfase à participação da comunidade, que se constituiu basicamente em dois níveis: um informal, representando a expressão política e cultural das comunidades; e, outro mais institucionalizado, marcado pela prática dos próprios Agentes de Saúde, eleitos pelas comunidades e sem instituição de vínculo salarial.

No Projeto, o AS era percebido como um sujeito capaz de promover a troca de informações entre o saber técnico e o saber popular, aperfeiçoando constantemente o serviço. Ele seria, assim, um interlocutor para a democratização dos conhecimentos, inscrevendo-se em um processo de libertação na medida em que as comunidades

tomavam consciência da importância de sua cultura, assumindo uma atitude de maior independência com respeito aos cuidados de saúde¹.

Constituiu-se, então, objeto deste estudo identificar a prática de Agentes de Saúde do Projeto de Saúde da Cooperalfa a partir de diferentes aspectos conjunturais e estruturais que influenciavam ou poderiam influenciar a prática de educação e saúde destes sujeitos. Tendo em vista a relevância do Agente Comunitário de Saúde (ACS) atualmente na Estratégia Saúde da Família, são buscados, a partir desta experiência, subsídios para seu fortalecimento enquanto sujeito educador em saúde na Atenção Básica.

PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo é parte de uma dissertação de mestrado intitulada “Prática educativa de Agentes de Saúde no Projeto de Saúde da Cooperalfa: revisitando a história após 30 anos”. Os preceitos éticos contidos na Resolução nº 196/96 do CNS/MS⁴ foram respeitados em todas as etapas de seu desenvolvimento.

Caracterizado como um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, foi realizado através de pesquisa documental retrospectiva e pesquisa em campo, esta através de entrevista semi-estruturada.

Inicialmente, foram convidados dois sanitaristas da UFSC que – em sua concepção e desenvolvimento – coordenaram tecnicamente o Projeto de Saúde da Cooperalfa a atuarem como informantes-chave, permitindo o levantamento de um panorama do Projeto e vislumbrando previamente pessoas a serem entrevistadas e documentos a serem analisados. A seleção dos informantes-chave ocorreu por conveniência, a partir de sua disponibilidade e interesse em colaborar com o estudo.

O *corpus* da pesquisa foi, então, formado por documentos históricos (um relatório, uma apostila incompleta de formação dos Agentes de Saúde, trinta e três matérias de imprensa, dezesseis fotos e setenta e cinco slides) e doze entrevistas semi-estruturadas realizadas com pessoas que fizeram parte do Projeto de Saúde, especificamente aquelas que estiveram presentes entre os anos de 1980 e 1982. Foram entrevistados quatro Agentes de Saúde, três médicos, um enfermeiro, dois gestores da Cooperalfa que estavam ligados ao Projeto de Saúde e dois coordenadores técnicos do Projeto (sanitaristas da UFSC).

Os documentos levantados através da pesquisa documental foram, inicialmente, mapeados a partir de temas-chave, a fim de possibilitar a

organização da descrição dos dados encontrados. Fotos e slides foram analisados tanto no sentido de contribuir para a qualificação das informações escritas quanto na disponibilização de novas informações. Posteriormente, recorreu-se ao procedimento descritivo do *corpus* dos documentos recolhidos. As informações existentes nas entrevistas semi-estruturadas referentes à história do Projeto foram utilizadas também descritivamente, complementando as informações dos documentos.

Os demais dados das entrevistas semi-estruturadas foram tratados através da análise textual discursiva, que pode ser compreendida como um processo auto-organizado de construção de compreensão em que os novos entendimentos emergem de uma seqüência de três componentes: desconstrução ou unitarização (representa um movimento para o caos, de desorganização de verdades estabelecidas); estabelecimento de relações entre os elementos unitários, ou categorização (movimento construtivo de uma ordem diferente da original); e, o captar do novo emergente em que a nova compreensão é comunicada e validada^{5,6}.

A desconstrução realizada através da leitura flutuante das entrevistas semi-estruturadas, associada à análise dos materiais documentais encontrados, possibilitou a descoberta de diversas unidades de análise, que emergiram do material analisado. Estes elementos unitários foram agrupados, possibilitando a conformação de três grandes categorias analíticas que foram chamadas de (a) Afinal, que método era esse?; (b) Da escolha ao cotidiano do Agente de Saúde – sobre a qual trata este artigo; e, (c) Do Agente de Saúde ao Agente Comunitário de Saúde.

Os profissionais entrevistados foram identificados em seus depoimentos através de números entre parênteses ao final de cada colocação, como forma de garantir seu anonimato. Cada fala foi, então, apresentada fazendo parte do texto, entre aspas, seguida da indicação do profissional que a colocou.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Projeto de Saúde da Cooperalfa, o AS era uma pessoa da comunidade e por ela eleita, gozando de respeito e confiança daquela que seria a população sob sua responsabilidade. Suas principais funções eram promover a organização comunitária, em primeiro plano, e desenvolver atividades técnicas específicas.

Desta forma, os Agentes conformavam o primeiro nível de atenção, devendo encaminhar ao segundo nível, o Posto de Saúde, casos

individuais ou comunitários que não pudessem ser resolvidos ou em que se fizesse necessária uma intervenção, de certo modo, especializada. Esperava-se, portanto, que o AS fosse o alicerce do Projeto, realizando o atendimento inicial à população (resolvendo os problemas mais comuns ou encaminhando ao segundo nível) e participando ou promovendo reuniões de comunidade⁷.

Para isso, após sua eleição, os Agentes receberam uma formação inicialmente prevista para durar 92 horas, mas que se estendeu pela necessidade e desejo dos envolvidos para um curso com o total de 200 horas, com o objetivo de instrumentalizá-los para o desenvolvimento de suas funções através de uma metodologia horizontal, sempre permeada pela determinação social do processo saúde-doença. Após a formação, era, ainda, prevista educação continuada, através de encontros quinzenais ou mensais com médicos, enfermeiros (inseridos na equipe de supervisão do Projeto) e atendentes de saúde.

Não sendo considerados empregados da Cooperativa, mas parte da comunidade, os AS não faziam desta a sua profissão e, portanto, não recebiam salário e não tinham horário fixo para desempenharem suas funções, mantendo suas atividades como agricultores. Em parte, este modelo de organização era baseado no trabalho já desenvolvido anteriormente pela Igreja Católica na região abrangida pela Cooperalfa, fundamentando-se basicamente na solidariedade comunitária.

Estes e outros aspectos estruturais e conjunturais estão relacionados com os resultados apresentados neste artigo, que buscam elucidar como se dava a prática em saúde destes sujeitos, especialmente sob o prisma da educação e saúde. Da análise das entrevistas, então, foi conformada a categoria “Da escolha ao cotidiano do AS”, de que trata este artigo e da qual emergiram as seguintes subcategorias: Modelo e critérios de escolha do AS; Acreditar na proposta: compromisso com a comunidade; Relação com a Igreja Católica; Formação do AS; Remuneração do AS: apoiadores ou trabalhadores?; e, Ações desenvolvidas: educador em saúde?.

Modelo e critérios de escolha do Agente de Saúde

Desde o início do Projeto de Saúde da Cooperalfa, foram realizadas reuniões com cada uma das comunidades abrangidas pela cooperativa, onde o Projeto inicialmente proposto era apresentado e colocado em discussão, ocorrendo sua readequação a partir das necessidades e dos contextos colocados pelas pessoas que dele seriam usuárias.

Neste processo, estava incluída a escolha, através de eleição, de um Agente de Saúde que seria imprescindível para sua execução. Era claro, então, que o AS seria uma pessoa da comunidade, por ela eleita para com ela desenvolver suas atividades, conhecendo e fazendo parte da dinâmica local. Este modelo de escolha deveria expressar o respeito da comunidade pelo Agente de Saúde e o desejo deste em atuar em um Projeto desta natureza.

Como colocado por Nunes *et. al.*⁸, a escolha de residentes da própria localidade para desempenhar o papel de Agentes de Saúde tem por finalidade, dentre outras, a construção de um melhor diálogo com a comunidade, procurando estabelecer relações de educação e saúde mais eficazes. Compartilhando de um mesmo contexto, poderia ser possível “garantir a vinculação com a identidade cultural de grupo com as famílias sob sua responsabilidade”⁹, p.357.

Com base nas falas dos entrevistados, verificou-se que os critérios estabelecidos, em geral, para a eleição do Agente estavam estreitamente relacionados com essa identidade, mas principalmente com um compromisso prévio deste sujeito com a comunidade. “A grande maioria deles era alguém que, de alguma maneira, cuidava de saúde. Era parteiro, era homeopata, [...], eram lideranças políticas, eram líderes de alguma maneira. Os Agentes eram, em tese, lideranças locais” (2).

Essa liderança era exercida, em alguns casos, através das “influências religiosas também, as pessoas, a Pastoral da Saúde já tinha meio mapeado algumas pessoas” (11) ou da participação em movimentos sociais organizados, como sindicatos e associações comunitárias. Ou seja, o Agente de Saúde eleito, em geral, era uma pessoa “que tinha uma participação na comunidade, que tinha um destaque, que tinha uma liderança na comunidade [...] e que tinham disponibilidade de tempo” (12).

Algumas exceções a estes critérios foram encontradas, como casos em que os Agentes eram eleitos, “às vezes por indicação de lideranças também da cooperativa – olha, fulana de tal gostaria de aprender, é uma pessoa que a gente pode prestigiar ou a filha de um líder” (11), por falta de disponibilidade de outras pessoas em assumirem a função – “as pessoas não tinham aquela disponibilidade, a maioria, me elegeram e eu aceitei. [...] Eu pensei, alguém tem que abraçar essa causa, né?” (3) – ou, ainda, porque o Agente era uma pessoa que “não tinha a saúde muito pra trabalhar na lavoura” (4).

Apesar disso, encontramos neste estudo uma noção, de certa forma unânime, de pertencimento do AS à comunidade e por terem “sido delegados pra esse papel pela comunidade, então a comunidade

confiava neles. Então, a comunidade procurava eles pra saber alguma coisa, eles diziam essa coisa, mas também iam ouvir a comunidade” (1).

Partindo desta relação de pertencimento e empatia com as situações e os problemas vivenciados por aqueles que seriam atendidos, o Agente poderia se colocar a partir de uma relação horizontalizada em sua prática educativa, prática esta inerente ao processo de cuidado em saúde designado por sua comunidade, fortalecendo-a e promovendo a organização comunitária.

Entretanto, ao contrário disso, Pedrosa e Teles¹⁰ identificaram que pessoas com liderança e participação prévia em movimentos sociais mudavam sua forma de se relacionar com a comunidade na medida em que se tornavam Agentes Comunitários de Saúde, ou seja, conforme assumiam as regras instituídas e os discursos essencialmente técnicos valorizados no setor.

Essa relação não foi identificada no Projeto de Saúde da Cooperalfa, onde o posicionamento na relação de educação estabelecida entre Agentes de Saúde e comunidade potencializava uma mudança efetiva nas condições de saúde da população, como colocado por um dos entrevistados: “de repente, o Agente, na verdade, ele não tinha lá essa bagagem, mas a postura dele, o encontro com a comunidade, discutir, conversar com a comunidade fez com que houvesse alguma mudança” (5).

Acreditar na proposta: compromisso com a comunidade

Esta subcategoria nos traz a concepção de que acreditar na proposta de saúde desenvolvida é fator determinante para a qualidade do cuidado. No Projeto de Saúde da Cooperalfa, os Agentes eram parte do coletivo para o qual se direcionavam os serviços oferecidos, ou seja, eram parte daqueles que sofriam com a falta de acesso aos serviços de saúde decorrente da precária organização do setor no Brasil na década de 1980.

Sendo parte da população privada de acesso à saúde, os AS compreendiam que “o objetivo desse Projeto era melhorar a saúde rural” (4) e, exerciam suas funções a partir de seu “lado social e solidário” (7). Salvo algumas exceções, apesar de não receberem salário para fazer parte do Projeto de Saúde, “os Agentes se sentiam orgulhosos de estar participando desse processo” (11).

Além do orgulho em desempenhar essa função, os relatos das entrevistas trazem também a noção de que o compromisso assumido com a comunidade era um dos elementos mais fortes do Projeto e minimizador do conflito possível por conta da não remuneração. Um

dos entrevistados discorre sobre esta temática ao relatar o processo de decisão sobre o horário da formação dos Agentes, realizada no seminário aos finais de semana: “nós nos reunimos, levantou um agricultor, nós nos reunimos e achamos que um horário bom é das sete ao meio dia e da uma às sete e das oito e meia às dez. [...] Dissemos não é possível tanta carga de aula, não é possível, isso aí não vai dar certo. Levanta outro agricultor e diz não, é porque a gente foi eleito pela nossa comunidade pra ser Agente de Saúde, enquanto nós estamos aqui sendo treinados ou tendo aula, os agricultores tão lá plantando por nós. A gente vai se sentir muito mal de estar aqui sem fazer nada” (1).

Por outro lado, como em qualquer proposta desta natureza, é lembrado que esse posicionamento comprometido era universal entre os Agentes, existindo exceções em que as pessoas eram Agentes “pra tirar proveito, né, que ali também era um espaço político e aí, assim, era um espaço onde a pessoa podia se projetar, ser reconhecida na comunidade” (7). Como colocado por Nunes *et. al.*⁸, também hoje o Agente Comunitário de Saúde pode ocupar uma função de poder na comunidade, podendo formar alianças ou favorecimentos relativos aos serviços de saúde disponíveis, dependendo das diferentes relações estabelecidas.

Essa postura, entretanto, foi pouco evidenciada nas falas dos entrevistados. Em um contexto de privação de cidadania, somando-se a confiança dispensada pela comunidade na escolha de um cidadão como AS, em geral conformava-se um sentimento de orgulho por parte destes sujeitos em fazer parte da proposta em questão, ao mesmo tempo em que ser Agente de Saúde “era um status positivo na comunidade” (12).

Para Mendonça⁹, a percepção de que o trabalho tem uma dimensão de solidariedade social e a adesão dos profissionais à dimensão ideológica da proposta de atenção à saúde são fatores positivos para sua implementação.

No Projeto da Cooperalfa, era claro que o Agente de Saúde era comunidade, muito mais do que serviço, o que fortalecia os laços comunitários no Projeto. Este entendimento resultava na defesa ao sistema conformado, “eles [os AS], inclusive, se manifestaram quando foi necessário em reuniões de assembléia da cooperativa que, às vezes quando a cooperativa tinha o interesse em não mais continuar, eles eram defensores, eles sentiam o quanto isso era importante, eles viviam lá na comunidade e viam os efeitos de ter um médico ou não ter um médico, né? Claro, a dimensão era menor, né? Mas, eu não vejo os Agentes Comunitários defendendo o SUS, eu vejo eles hoje defendendo o seu emprego” (11).

Relação com a Igreja Católica

Em uma conjuntura marcada pelo descaso do poder público com relação aos direitos dos cidadãos rurais, desde 1959 a Igreja Católica, através da Ação Social Diocesana (ASDI), prestava alguma atenção na região. Até meados dos anos 1970, a ASDI prestou serviços na área da saúde focalizando a atenção sobre problemas individuais e familiares, sem a devida associação com os determinantes sociais que os influenciavam².

Após 1976, foi proposta uma mudança de foco, passando-se a desenvolver cursos de formação para lideranças nas comunidades para o enfrentamento dos problemas de saúde mais comuns, que se transformaram, em 1979, em cursos de formação de Agentes de Saúde².

Praticamente toda a população abrangida pelo Projeto de Saúde da Cooperalfa era católica, havendo, também, o desenvolvimento de trabalhos de Comunidades Eclesiais de Base e grupos de reflexão na região¹. Havia, portanto, uma tradição existente de “cuidado que as pessoas têm uns com os outros, né? [...], essa tradição de participação comunitária no interior” (12) e toda uma experiência acumulada pela Igreja que antecedeu o Projeto de Saúde da Cooperalfa.

Esses trabalhos favoreciam a organização comunitária e, em parte, supriam a deficiente organização existente entre os trabalhadores rurais, que também colaborava para a situação precária de saúde e atendimento encontrada. Os Agentes de Saúde da Cooperalfa, em sua maioria, eram pessoas que “já tinham um envolvimento com a Igreja, eram pessoas doadoras” (10), e, por isso, a experiência desenvolvida pela Igreja na região foi um dos fatores relacionados com o modelo educativo desenvolvido pelos Agentes no Projeto de Saúde posteriormente.

Formação do Agente de Saúde

A formação dos Agentes de Saúde foi preponderante para a maneira de desempenharem seu papel no Projeto da Cooperalfa. Baseada em preceitos fortemente ligados à educação popular proposta por Paulo Freire¹¹, eram utilizados referenciais teóricos e metodológicos que envolviam a concepção de uma relação horizontalizada, ou seja, uma relação sujeito-sujeito, a necessidade de problematizar a realidade para promover a conscientização dos envolvidos e a determinação social como base para a discussão dos problemas de saúde da população.

Era central também a proposta de “desmistificar que o médico não era o sabe-tudo, que eles tinham muito conhecimento popular, [...], que era preciso resgatar o conhecimento popular deles” (5). Para isso, utilizava-se a dialética da ação e reflexão, envolvendo “uma coisa que

era muito central do ponto de vista metodológico, que era teoria e prática, prática e teoria” (2).

A proposta, então, era fortalecer o Agente para uma prática social voltada para o desenvolvimento das ações técnicas esperadas e para aquela que era considerada sua função mais importante no Projeto: promover a organização da comunidade¹². Assim, além do aprendizado das noções técnicas básicas da função, os Agentes foram estimulados ao entendimento do processo sócio-econômico como gerador de doença e da transformação social baseada na organização popular como perspectiva. Para isso, utilizavam-se também de valores presentes nas ações desenvolvidas pela Igreja Católica na região, como os de justiça social, cidadania e democratização dos conhecimentos, considerados marcos para as relações sociais¹³.

Todo esse processo promovia a criticidade dos sujeitos envolvidos e possibilitava sentirem-se mais autônomos para o desenvolvimento de suas práticas, ainda que não tivessem formalmente o conhecimento biomédico, valorizado no setor saúde. Essa concepção teórica guiou uma atividade prática característica de uma práxis emancipatória, política em sua essência, em que os Agentes buscaram transformar a realidade em que estavam inseridos¹⁴. A compreensão de que “eles tinham que estar preparados pra eventualmente fazer” (1), ainda que com limites claros sobre sua prática profissional, fez com que eles pudessem “avançar, se tornaram pessoas com maior capacidade de se expressar, de falar sobre a saúde” (11).

Remuneração do Agente de Saúde: apoiadores ou trabalhadores?

No Projeto da Cooperalfa, a remuneração dos Agentes de Saúde era considerada contraditória, tendo-se a opção de desenvolver um modelo de cuidado em que o AS não faria deste trabalho uma profissão, ou seja, ele continuaria desenvolvendo suas tarefas rotineiras e ocasionalmente seria chamado a intervir pela comunidade.

Portanto, não tinha um horário fixo de trabalho, não recebendo salário da cooperativa para desenvolver suas atividades e atuando em sua própria residência, na comunidade ou através de visitas domiciliares. De acordo com um dos entrevistados, previa-se o atendimento de “cento e vinte pessoas e aí a gente imaginava que a demanda era 20% ao mês. [...] Vinte em um mês seria mais ou menos uma por dia. Uma por dia ele poderia continuar fazendo o que ele fazia, ele era agricultor, ele continuava sendo agricultor” (1).

Os associados da Cooperalfa tinham a opção de remunerar seus Agentes através de critérios próprios ou por meio de uma tabela de

serviços prestados e valores a serem cobrados, criada em comum acordo entre as comunidades envolvidas, mas em poucos momentos isso ocorreu de fato. Houve, também, a criação por parte de um dos associados de um sistema de “hora de compensação. [...] Sem que a gente tivesse dito nada, isso foi se espalhando. A remuneração do Agente de Saúde era ter alguém da família que ele atendeu ajudando porque ele deixou de cumprir uma tarefa. Veja todo o poder socializante que esse troço tem” (2).

Percebe-se, portanto, que apesar de terem uma ligação clara com a cooperativa – eram parte de um serviço em que outras pessoas recebiam um salário para o desenvolvimento de suas funções –, o Agente de Saúde não era considerado um empregado da Cooperalfa, mas parte da comunidade. Nesta lógica, ele estaria subordinado à comunidade e não à cooperativa, como colocado a seguir, o que lhe daria mais liberdade, por exemplo, para exercer a função de mobilizador social: “eles tinham muito esse, essa coisa que a gente defende até hoje, que, no discurso, a gente defende pro Agente Comunitário de Saúde, que o Agente de Saúde seja o elo entre o serviço e a comunidade. Eles faziam isso maravilhosamente, eles eram comunidade, eles não eram Unidade Básica” (1).

Em revisão de literatura realizada por Bornstein & Stotz¹⁵, identificou-se que o papel do ACS como mediador é unanimidade em diversos estudos, mas são levantadas questões sobre o modo como tal mediação se efetiva, podendo assumir um caráter vertical na medida em que o Agente prioriza orientações técnicas e busca convencer a população sobre mudanças essencialmente relacionadas com o chamado estilo de vida, ou um caráter transformador, ao promover maior compartilhamento de conhecimentos e permeabilidade dos serviços no tocante às necessidades e demandas da população.

No Projeto de Saúde da Cooperalfa, era claramente identificada a função de elo do Agente mais alinhada à proposta transformadora descrita pelos autores. Essa proposta estava, também, embasada na idéia de que os Agentes teriam a função mais específica de “apoiadores do que propriamente executores de processos assistenciais mais complexos. Então, acho que era essa a idéia de ser aquele educador em saúde, aquela pessoa que vai propagar o discurso, né?” (11).

Em parte, esta concepção vinha do modelo já desenvolvido anteriormente pela Igreja Católica na região. Existia, entretanto, um risco maior de algum grau de conflito diante da não remuneração no Projeto pelo fato de que através de uma cooperativa haveria uma maior institucionalização do Agente de Saúde, enquanto aqueles ligados à

Igreja tinham um vínculo mais claro de caridade e solidariedade com a população atendida.

De acordo com Cella, Fernandes & Silva⁷, em alguns momentos o papel do Agente, a forma de escolha destes sujeitos e a questão da não remuneração foram reavaliados. Segundo os autores, inicialmente houve expectativa quanto a algum vínculo empregatício com a cooperativa. Alguns Agentes colocavam como dificuldades para o desenvolvimento de suas ações a falta de tempo (uma vez que não faziam deste seu emprego), a dificuldade de obter colaboração da comunidade e a ausência de remuneração. “A falta de esclarecimento sobre o que iria ser realizado, o desejo de alcançar mais influência junto à comunidade ou de ajudar pessoas necessitadas” foram também fatores identificados como prejudiciais ao desenvolvimento do trabalho dos Agentes de Saúde^{6.p.9}.

Um dos entrevistados corrobora com esta visão sobre a falta de remuneração, colocando que este era um dos fatores desmotivadores no Projeto. Fazendo ressalvas quanto à época em que o Projeto foi desenvolvido, ele complementa colocando que “na verdade, isso é um papel do Estado, né? Não é um papel do indivíduo, não é um papel da Cooperativa. Apesar de que a participação da comunidade também vai ajudar bastante” (12).

Entretanto, os dados obtidos a partir das demais entrevistas semi-estruturadas contradizem as informações anteriores, indicando que não haveria conflitos decorrentes da não remuneração dos Agentes de Saúde no Projeto. A contrapartida para estes agricultores, de acordo com um dos entrevistados, se daria através de “alguns benefícios indiretos recebidos da cooperativa, eles recebiam geladeira pra conservar os alimentos, ganhavam a maleta de Agente de Saúde e tinham um privilégio na entrega da produção agrícola. Então, tinham alguns benefícios para serem Agentes, mas nenhum problema com o salário, tá? Era muito glorioso para eles isso, eu sou Agente de Saúde” (1).

Por fim, essa condição indicava que o vínculo estabelecido pelos Agentes com a proposta de atenção à saúde era político-ideológico, e não financeiro. A avaliação de um dos administradores do Projeto sobre a questão da não remuneração dos Agentes é de que não havia um sentimento de “exploração porque havia uma adesão muito forte. Era um desejo deles pensar algo porque eles eram as vítimas do processo, né? Porque 70% da população ou mais, [...] eram agricultores. Então, eu acho que brotava também esse desejo de pensar e tal. E quando a gente tem esse envolvimento político, o dinheiro passa a ser um pouco secundário” (11).

Ações desenvolvidas: educador em saúde?

Além da promoção da organização comunitária, constavam, ainda, no escopo de ações a serem realizadas pelos Agentes de Saúde: a) cuidados elementares de enfermagem, tais como, aferição de sinais vitais, curativos e injeções; b) educação e saúde, especialmente em relação a determinantes de doenças; c) doenças comuns de fácil resolução (verminoses, diarreia, piodermites, etc.); d) cuidados mínimos materno-infantil; e) auxílio no processo de imunização; f) primeiros socorros; g) auxílio na prevenção decorrentes da falta ou deficiência de saneamento básico; h) mapeamento de sua área de atuação; i) preenchimento de Prontuário de Família; j) envio de relatórios sobre os casos atendidos, para o segundo nível; l) encaminhamento dos casos não resolvidos para o segundo nível¹.

Especificamente no tocante ao atendimento de doenças comuns, era esperado, conforme um dos entrevistados, que o Agente de Saúde oferecesse cuidado “em algumas patologias que a gente considerava que eram de tarefa do trabalhador primário de saúde – tem muito a ver com aquele livro ‘onde não há médico’. Então, tratavam o impetigo, davam soro na diarreia antes de mandar pro médico, se não funcionasse mandava pro médico, gargarejo quando a amidalite não era purulenta. Então, tinham algumas coisas que a gente considerava que eles podiam tratar [...]. Ele podia ver aquela pessoa no outro dia, se não adiantava, ele encaminhava pro Posto, onde teria um médico” (1).

Com relação à educação e saúde, outra ação esperada do Agente, não havia definições para seu desenvolvimento, mas havia clareza de que “o foco era ensinar. [...] Mais educação do que ser uma enfermeira” (10). De acordo com um dos entrevistados, “a gente queria que eles fizessem isso [que fossem educadores em saúde], a gente dizia que a tarefa principal deles não era tratar os doentes, que era tentar colaborar com a saúde da população, embora não tivessem ferramentas para isso” (1).

O que se percebe é que a função de educador em saúde não estava tão explícita no Projeto, mas implícita em sua proposta ideológica e metodológica, aproximando-se do que Apple¹⁶ denomina currículo oculto. Nesse sentido, pode-se dizer que as ferramentas que os Agentes possuíam eram aquelas utilizadas em sua própria formação. Tais ferramentas se configuravam a partir da noção de que a prática de saúde, que é essencialmente educativa em suas diferentes dimensões, deve ocorrer através de uma relação baseada na horizontalidade, em uma relação sujeito-sujeito, em valores de solidariedade e cidadania e assim sucessivamente.

Somavam-se às ferramentas disponibilizadas na formação, o compromisso assumido diante de uma realidade por eles também vivenciada, do respeito e confiança a eles designado por sua comunidade e toda uma conjuntura de práticas de organização comunitária e social existente, em parte fruto das ações desenvolvidas pela Igreja Católica na região, que resultavam em sua caracterização como educadores, ainda que esta função não estivesse claramente institucionalizada no Projeto.

As ações de educação e saúde desenvolvidas pelos Agentes estavam, em geral, restritas às orientações individuais, principalmente voltadas às práticas assistenciais e curativas, não sendo habitual realizarem ações de cunho coletivo. Os grupos eram realizados a partir de “algumas iniciativas, então, de alguns Agentes que reuniam a comunidade nesses espaços, assim, e muito essa orientação individual quando ele era chamado lá na casa da pessoa ou quando a pessoa vinha na sua casa pra receber uma orientação também” (7).

Na avaliação de um dos entrevistados, “eles tinham um foco muito clínico [...]. Até hoje a prática educativa está muito mais voltada às práticas assistenciais e curativas mesmo do que qualquer outra coisa e lá também não era diferente. Apesar de que ficava lá no fundinho da cabecinha deles que precisa refletir sobre o problema, como a Agente de Saúde que fazia desenhos [AS analfabetas], ela botava o cara amarelo e ficava discutindo o que era ali, mas é que tinha o esgoto, mas é que tinha não sei o que... [...] Então, eles falavam isso, entende? Não era simplesmente porque era verminosa e tal e acabou” (9).

Percebe-se que a formação dos Agentes buscava instrumentalizá-los para uma prática circunstanciada pela realidade histórica e social cuja problematização visava a instrumentalização dos sujeitos para sua modificação. Desta forma, a atividade prática poderia tornar-se um “princípio educativo na perspectiva de uma práxis transformadora”^{14,p.149}.

No tocante às ações coletivas de educação e saúde no Projeto de Saúde, geralmente aconteciam a partir da identificação pelo Agente de um problema coletivo, que acionava o médico ou o enfermeiro para realizarem uma reunião com a comunidade. A condução destas reuniões, portanto, seria de responsabilidade dos profissionais de nível superior e os Agentes seriam co-participantes. Então, “não eram eles que davam o receituário, o que fazer, e não era programático, acho que esse é que é o ponto. Não era das tarefas fazer reuniões com a comunidade, a gente não tinha isso claro na época” (1).

Portanto, não era dada ênfase a esta possibilidade de ação do Agente e nem reprimido aquele que desenvolvesse, a partir de sua iniciativa, ações de educação e saúde de cunho coletivo. Um dos entrevistados coloca que “alguns Agentes de Saúde fizeram trabalhos que hoje seriam top, tipo fazer grupos de gestantes, fazer grupos mesmo que eles tocavam, tá? Fazer saneamento básico, conscientizar acerca do que eram as esterqueiras, alguns Agentes de Saúde se envolveram com biodigestão” (2). Ou seja, “Eles faziam. Se achavam que podiam fazer, eles faziam” (6).

Por fim, pensando na prática educativa como uma ação para a transformação, podemos considerar que o Agente de Saúde do Projeto da Cooperalfa era um educador em saúde, em sua essência. Mesmo que a transformação de uma sociedade marcada por iniquidades em uma sociedade mais justa pudesse se configurar como algo utópico na realidade em questão, muitas das ações realizadas pelos AS puderam melhorar a vida das pessoas atendidas.

Essas ações foram reflexos de “uma relação muito horizontal estabelecida com a população e, com isso, eles conseguiam ter uma prática educativa do jeito que a gente considera legal. Tipo, eles tinham diálogo de igual pra igual. [...]. Eles faziam individual e era promoção, prevenção sem dúvida nenhuma, muito de prevenção [...], dava muito essa idéia de reforçar o ego das pessoas e não empurrar o ego pra baixo. Então, eu acho que isso é uma mensagem boa pra ajudar a promover saúde” (1).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, o trabalho educativo do Agente de Saúde da Cooperalfa é caracterizado com algo inerente às suas funções, ainda que não estivesse claramente colocado no escopo de ações previstas oficialmente. Tal prática estava relacionada com fatores conjunturais, como o envolvimento comunitário prévio e a relação com a Igreja Católica, e estruturais relacionados ao Projeto de Saúde da Cooperalfa, como o compromisso assumido com a comunidade ao serem eleitos, o acreditar na proposta de atenção à saúde e, principalmente, com o modelo de formação utilizado, que se transformou no próprio modelo de trabalho do AS.

A prática educativa, de cunho essencialmente individual, era caracterizada pela discussão baseada na determinação social do processo saúde-doença e na horizontalidade das relações, fazendo do AS

potencial agente de transformação da realidade local. Portanto, caracterizava-se como uma prática diferenciada daquela em que a ação de educação e saúde é entendida como meramente culpabilizadora e prescritora de comportamentos ideais, fortemente centrada nos saberes técnicos do setor saúde.

Não se limitando apenas a informar sobre cuidados de saúde à população, a prática educativa dos Agentes inseria-se em um contexto em que os AS estavam ligados à proposta política e ideologicamente e se caracterizavam, então, como comunidade muito mais do que como serviço, tendo clareza do que eram e do papel que precisavam desempenhar como agentes de transformação.

Ao mesmo tempo, tinham mais possibilidades de atuarem na busca por modificação das condições de saúde e vida da população, uma vez que, sem vínculo salarial com a cooperativa, eram menos vulneráveis à coerção da poder político local. Como primeiro fruto desse processo, ao final de sua formação os próprios AS criaram uma Associação, como uma forma de organização comunitária na região¹.

Uma configuração deste tipo em um Projeto desta natureza é dependente de iniciativas de solidariedade na busca por cidadania, algo ainda pouco existente em nosso país, mas que se apresentava na proposta em questão. Na análise de um dos entrevistados, os associados eleitos para a função de Agentes de Saúde “já eram um grupo antes, já eram um coletivo antes. Então, eles já eram um coletivo que pensava no coletivo, então isso faz toda a diferença, né? Um coletivo que pensa no coletivo, isso faz educação horizontal, faz promoção da saúde, faz a transformação” (1).

A análise do contexto geral permitia visualizar, na época, que a metodologia utilizada na seleção, na formação e na condução do trabalho dos Agentes era uma ferramenta potencial para fortalecer a comunidade naquela região. Finalizamos, então, concluindo que o Projeto possibilitou a descoberta da dimensão política da educação popular a partir da prática de Agentes de Saúde, contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população atendida, o que pode ser resgatado atualmente para a conformação do Agente Comunitário de Saúde, respeitando-se, obviamente, a conjuntura atual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Cooperativa Regional Alfa. Relatório Anual. Chapecó: Cooperalfa, 1982. Mimeografado. (Relatório)

- 2 Kleba ME. Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil: limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento. Chapecó: Argos, 2005.
- 3 Cooperativa Regional Alfa. Cooperalfa fez um milhão de atendimentos na saúde. *Jornal Cooperalfa* 1994;13.
- 4 Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Estabelece Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. Brasília, 10 out. 1996.
- 5 Moraes R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. *Ciência & Educação* 2003;9(2):191-211.
- 6 Moraes R, Galiuzzi MC. Análise textual discursiva: processo reconstrutivo de múltiplas faces. *Ciência & Educação* 2006;12(1):117-28.
- 7 Cella EM, Fernandes JÁ, Silva MEK. Experiência do Programa Saúde Rural Cooperalfa. *Contact* 1984;(34):9-10.
- 8 Nunes MO, Trad LB; Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O Agente Comunitário de Saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18(6):1639-46.
- 9 Mendonça MHM. Profissionalização e regulação da atividade do Agente Comunitário de Saúde no contexto da Reforma Sanitária. *Trabalho, Educação e Saúde* 2004;2(2):353-65.
- 10 Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública* 2001;35(3):303-11.
- 11 Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983.
- 12 Cooperativa Regional Alfa. *Apostila de formação dos Agentes de Saúde*. Chapecó: Cooperalfa, 1981. Mimeografado.
- 13 Silva JA, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface (Botucatu)* 2002; 16(10):75-83.
- 14 Trape CA, Soares CB. A prática educativa dos Agentes Comunitários de Saúde à luz da práxis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2007; 15(1):142-49.
- 15 Bornstein VJ, Stotz EN. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: uma revisão de literatura. *Ciênc. saúde coletiva* 2008;13(1):259-68.
- 16 Apple M. *Ideologia e currículo*. São Paulo: Brasiliense, 1982.

ARTIGO 3

DO AGENTE DE SAÚDE AO AGENTE COMUNITÁRIO: NUANÇAS PARA A PRÁTICA EDUCATIVA EM SAÚDE

Thaís Titon de Souza¹; Marco Aurélio Da Ros²

^{1,2} Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Departamento de Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Endereço para correspondência: Rod. Amaro Antônio Vieira, 2008, 14 – Apto 203 – Itacorubi – Florianópolis/SC – CEP 88.034-102. Fone: (48) 8418-5912

Notas biográficas

¹ Nutricionista, Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e Núcleo Telessaúde-SC. Especialista em Saúde da Família (modalidade Residência) e Mestre em Saúde Coletiva. Florianópolis/SC, Brasil. thayts@yahoo.com.br

² Médico, professor do Departamento de Saúde Pública/UFSC. Especialista em Medicina Comunitária (modalidade Residência), Especialista e Mestre em Saúde Pública, Doutor em Educação e Pós-Doutor em Educação Médica. Florianópolis/SC, Brasil. ros@ccs.ufsc.br

RESUMO

Este artigo pretende analisar nuances entre a concepção e a prática do Agente de Saúde do Projeto de Saúde da Cooperalfa, desenvolvido na década de 1980 em municípios catarinenses baseado nos princípios da Atenção Primária, e o Agente Comunitário de Saúde inserido na Estratégia Saúde da Família. Através de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, buscou-se discutir potencialidades e fragilidades para o desenvolvimento da ação educativa destes sujeitos, com base em aspectos conjunturais e estruturais que influenciavam ou poderiam influenciar sua prática de educação e saúde. Os resultados deste estudo demonstram que, enquanto o Agente de Saúde desenvolvia com clareza seu papel de elo entre comunidade e serviço de saúde e potencialmente seu papel de agente de transformação, sendo um educador em saúde em sua essência, o Agente Comunitário desponta atualmente como serviço para a comunidade, o que pode, em parte, reduzir seu potencial enquanto agente de transformação.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Educação e Saúde, Saúde da Família.

FROM THE HEALTH AGENT TO THE COMMUNITY AGENT: NUANCES FOR AN EDUCATIONAL PRACTICE IN HEALTH ABSTRACT

This article intends to analyse nuances between the conception and practice of Cooperalfa Health Project Health Agents, developed in the 1980s in Santa Catarina cities and based on the principles of Primary Attention, and the Community Health Agent inserted in the Family Health Strategy. Through a descriptive exploratory study with qualitative approach, an attempt to discuss potencialities and frailties to the development of educational action in these subjects was made, based on conjunctural and structural aspects that did or might influence its health and education practices. The results show that, while the Health Agent clearly evolved its role of link between community and health service and potentially its role as a transformation agent, being a health educator in its essence, the Community Agent currently rises as a service to community, which might, partially, reduce its potential as a transformation agent.

Keywords: Primary Health Attention, Education and Health, Family Health

INTRODUÇÃO

O Projeto de Saúde da Cooperativa Regional Alfa (Cooperalfa), uma parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), surgiu no início da década de 1980 a partir de intensa reivindicação dos associados. A realidade vivenciada na região abrangida, formada por sete municípios do meio oeste catarinense, era de intensa centralização dos serviços de saúde em grandes municípios e atenção oferecida basicamente em hospitais através de uma prática privada e curativista. Desta forma, todos os problemas, dos simples aos mais complicados, eram resolvidos no mesmo nível a custos exorbitantes para a população, tornando o acesso aos serviços de saúde extremamente difícil para os produtores rurais.

Buscando modificar este contexto marcado por intensa privação de cidadania, foi criado o Projeto de Saúde da Cooperalfa que, inspirando-se na proposta de Atenção Primária, contou com um forte cunho preventivo/curativo, considerado apropriado para a região naquela época. Seguindo a lógica da hierarquização da atenção em saúde, os serviços foram organizados no sentido de complexidade

crescente, buscando resolubilidade de, no mínimo, 90% das demandas programada e espontânea.

Seu desenho estava baseado em dois níveis de atuação – o primeiro formado por Agentes de Saúde e o segundo pelo trabalho desenvolvido no Posto de Saúde por médicos e atendentes de enfermagem –, contando com um organizado esquema de supervisão e coordenação das ações desenvolvidas realizada por sanitaristas da UFSC que desempenhavam a função de coordenadores técnicos do Projeto.

De acordo com o Relatório Anual de 1982 do Projeto de Saúde da Cooperalfa, “foi enfatizada a necessidade de horizontalidade das decisões e execução das atividades programáticas”, sendo considerado como principal elemento em sua elaboração o processo de escuta da população, uma vez que seria ela quem receberia o serviço e, por isso, o Projeto deveria estar perfeitamente ajustado às características e expectativas locais (Cooperativa Regional Alfa, 1982, p. 5).

Portanto, desde sua implantação, as ações foram pautadas em um trabalho social, dialeticamente. Desta forma, a relação educativa preconizada entre os técnicos e a população baseou-se na concepção de que esta era sujeito das ações e não mero objeto de trabalho daqueles, mais alinhada à educação popular e saúde do que com a proposta da educação sanitária tradicional, baseada na chamada “educação bancária” discutida amplamente por Paulo Freire (Cooperativa Regional Alfa, 1982; Freire, 1983).

A participação da comunidade constituiu-se basicamente em dois níveis: um informal, representando a expressão política e cultural das comunidades; e outro mais institucionalizado marcado pela prática de Agentes de Saúde (AS) eleitos pelas comunidades, sem instituição de vínculo salarial – condição entendida como resultante do vínculo essencialmente ideológico, e não financeiro, destes sujeitos com a proposta de atenção à saúde (Cooperativa Regional Alfa, 1982).

Oficialmente no Brasil, a figura deste Agente originou-se a partir da criação do PACS (Programa dos Agentes Comunitários de Saúde) em 1991, após a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 – entretanto, outras experiências no país e em outras localidades do mundo remontam à história deste sujeito.

No escopo de ações previstas atualmente como de responsabilidade do Agente Comunitário de Saúde (ACS), hoje inserido na Estratégia de Saúde da Família (ESF), está o desenvolvimento de ações educativas individuais e coletivas, apesar de não serem descritas diretrizes para essa prática na Política Nacional de Atenção Básica –

PNAB – e, não obstante, pouco se ter desenvolvido a função de educador deste sujeito (Brasil, 2011).

Uma questão fundamental para isso são os aspectos referentes aos limites profissionais, que têm condicionado um campo de luta em que o embate se dá justamente para o estabelecimento de espaços de poder na área da saúde, ao invés da qualificação da atenção (Leopardi, 1999). Ainda hoje é vigente a concepção de que práticas de educação e saúde devem ser desenvolvidas exclusivamente por profissionais de nível superior, como se fosse parte do trabalho sanitário apenas destes, uma idéia que precisa ser modificada. Se o que se busca é a integralidade da atenção, há que se pensar em caminhos em que os diferentes conhecimentos envolvidos nas relações que se estabelecem para e com a comunidade possam efetivamente produzir saúde e cuidado na Atenção Básica.

Recentemente, publicação do Ministério da Saúde considera que a educação e saúde é inerente a todas as práticas desenvolvidas no setor, sendo necessário repensá-la na perspectiva da participação e do controle social e da mobilização em defesa do SUS, o que poderia ser aplicado também à prática do ACS (Brasil, 2007).

Sendo o ACS um educador, seria possível o desenvolvimento de uma lógica relacional com a comunidade e com outros profissionais de saúde diferente daquela predominante atualmente, ainda baseada na hierarquia de poder entre as diferentes profissões que compõem o escopo da Atenção Básica, estruturado a partir do nível de formação e da categoria dos profissionais.

No cotidiano dos Agentes de Saúde do Projeto da Cooperalfa, a interação entre os diversos saberes, pautada na educação popular, constituiu-se como instrumento para a construção do conhecimento ao qual correspondia uma prática determinada – a produção de saúde na comunidade (Cooperativa Regional Alfa, 1982).

Nesse processo, o Agente era percebido como um sujeito capaz de promover a troca de informações entre o saber técnico e o saber popular, aperfeiçoando constantemente o serviço. Ele seria, assim, um agente de transformação da realidade vivenciada no campo, promovendo a emancipação das pessoas no que diz respeito aos cuidados de saúde a partir da democratização dos conhecimentos técnicos e do respeito aos conhecimentos populares.

Para isso, receberam uma formação de 200 horas, onde, além do aprendizado das noções técnicas básicas da função, foram estimulados ao entendimento do processo sócio-econômico como gerador de doença e da transformação social baseada na organização popular como

perspectiva. Eles eram, ainda, instigados a participar ativamente do processo de organização de sua comunidade, adotando a mesma metodologia utilizada em sua formação. Configuravam-se, portanto, como educadores em saúde, ainda que esta função não estivesse claramente institucionalizada no Projeto.

Implantado em março de 1981, o Projeto se estendeu até meados dos anos 1990, finalizando suas ações com mais de 48 Postos de Saúde construídos e um milhão de atendimentos realizados (Cooperativa Regional Alfa, 1994). Entretanto, a partir de 1982, com a saída dos coordenadores técnicos do Projeto, sua forma de operar foi, aos poucos, sendo modificada. Percebe-se que o ideário proposto, voltado para as mudanças sociais através de uma metodologia dialética, foi sendo descaracterizado, transformando-se basicamente em um serviço ambulatorial preventivista e curativista.

Devido a esta mudança, este artigo busca focar o período compreendido entre os anos de 1980 – 1982, que compreendem o Projeto de Saúde inicialmente proposto, considerado uma experiência não-estatal, rural e de baixo custo voltada para a transformação do setor saúde e colaboradora para a transformação social.

Nesta proposta, o conjunto de elementos teóricos, metodológicos e de valores resultou em um novo projeto assistencial que procurou dar conta da complexidade das necessidades de saúde no local. Por este motivo e por parte significativa dos princípios e diretrizes que já se faziam presentes, no início da década de 1980, serem aqueles que, anos após, constituiriam a base do SUS, o Projeto se coloca na posição de proposta inovadora no âmbito da Atenção Primária no estado de Santa Catarina.

Com base no exposto, este estudo procura investigar nuances identificadas entre a concepção e a prática, especialmente de educação, do Agente de Saúde do Projeto de Saúde da Cooperalfa e o Agente Comunitário de Saúde atualmente na Estratégia Saúde da Família. Partise do pressuposto de que uma relação educativa horizontal baseada em valores de solidariedade, cidadania e respeito fortalece o compromisso dos sujeitos enquanto educadores, sendo capaz de contribuir para a redução de iniquidades sociais.

PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo é parte dos resultados da dissertação de mestrado intitulada “Prática educativa de Agentes de Saúde do Projeto de Saúde

da Cooperalfa: revisitando a história após 30 anos”, não havendo conflito de interesses para seu desenvolvimento e recebendo parecer positivo do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC. Foram respeitados os preceitos éticos contidos na Resolução nº 196/96 do CNS/MS em todas as suas etapas (Brasil, 1996).

Caracterizado como um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, foi realizado através de pesquisa documental retrospectiva e pesquisa em campo, esta através de entrevista semi-estruturada.

Por conveniência, a partir da disponibilidade e interesse em colaborar com o estudo, foram convidados dois sanitaristas da UFSC que coordenaram tecnicamente o Projeto de Saúde da Cooperalfa a atuarem como informantes-chave, permitindo o levantamento de um panorama do Projeto e de pessoas a serem entrevistadas e documentos a serem analisados.

A partir do contato com os informantes-chave e demais sujeitos entrevistados, o *corpus* da pesquisa foi formado por documentos históricos (um relatório, uma apostila incompleta de formação dos Agentes de Saúde, trinta e três matérias de imprensa, dezesseis fotos e setenta e cinco slides) e doze entrevistas semi-estruturadas realizadas com pessoas que fizeram parte do Projeto de Saúde, especificamente aquelas que estiveram presentes entre os anos de 1980 e 1982 (quatro Agentes de Saúde, três médicos, um enfermeiro, dois gestores da Cooperalfa que estavam ligados ao Projeto de Saúde e dois coordenadores técnicos do Projeto).

Inicialmente, os documentos foram mapeados a partir de temas-chave, possibilitando a organização da descrição dos dados encontrados. Fotos e slides foram analisados tanto no sentido de contribuir para a qualificação das informações escritas quanto na disponibilização de novas informações. Posteriormente, recorreu-se ao procedimento descritivo do *corpus* dos documentos recolhidos. As informações existentes nas entrevistas semi-estruturadas referentes à história do Projeto foram utilizadas também descritivamente, complementando as informações dos documentos.

Os demais dados das entrevistas semi-estruturadas foram tratados através da análise textual discursiva, definida como uma metodologia de análise que transita entre duas metodologias muito utilizadas em pesquisas qualitativas – a análise de conteúdo e a análise de discurso (Moraes, 2003; Moraes e Galiazzi, 2006).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No contexto brasileiro, marcado por enormes iniquidades sociais, a forma como se tem estabelecido a relação educativa no setor saúde tem reforçado o reducionismo e a fragmentação das práticas, centrando esforços sobre a doença e pouco contribuindo para a integralidade da atenção e a efetiva promoção da saúde dos usuários do SUS. Tais ações têm se configurado como práticas de convencimento, de transmissão repetitiva de informações e, ainda, de estratégias de amedrontamento visando, basicamente, a mudança de comportamentos (Trapé & Soares, 2007).

A concepção de educação e saúde predominante, ainda hoje, comumente desconsidera a relação educativa como uma constante possibilidade de trocas e de promoção de mobilização social, identificando-a como uma relação de normatização e imposição de modos ideais de viver pelos profissionais *versus* ignorância e incorporação submissa das orientações pelos cidadãos, em um contexto onde a população não tem voz ativa.

Inserido nesse processo, o ACS está situado em uma zona de nebulosidade na Estratégia Saúde da Família. Sendo um profissional que não possui formação técnica específica para atuar no setor, geralmente não lhe é permitido desenvolver ações educativas (principalmente de cunho coletivo), ainda que os documentos ministeriais indiquem-nas dentro do escopo de ações previstas para o Agente Comunitário.

Quando realizadas, em geral tais ações têm se caracterizado como uma repetição do modelo de educação e saúde tradicionalmente desenvolvido no setor (Trapé & Soares, 2007). Portanto, como colocado por Trapé (2005), as ações mais relacionadas com o saber operante do ACS têm se revestido acentuadamente de um caráter conservador, também identificado na prática dos demais profissionais da equipe de Saúde da Família, configurando uma práxis que não produz o novo, condição essencial para a transformação da realidade de saúde.

Para Nunes *et. al.* (2002), o fato de assumir o discurso técnico do setor demonstra certa contradição, uma vez que o conhecimento característico do ACS é o saber popular em saúde e o conhecimento da dinâmica social da comunidade em que está inserido. Parece haver consenso de que, voltado para a ação comunitária, o trabalho do ACS pode ampliar o olhar da equipe e sua ação sobre os chamados determinantes sociais do processo saúde-doença e fortalecer a comunidade para a transformação de suas condições de vida.

Entretanto, muitas vezes a falta de atribuições claras e de formação deste profissional acaba resultando no entendimento de seu papel como elo entre o serviço de saúde e a comunidade no sentido de ser um “leva-e-traz” de exames e consultas, um vigilante do seguimento de normas e condutas como “polícia sanitária”, enfim, um facilitar para o serviço de saúde sem desempenhar um protagonismo efetivo (Tomaz, 2002; Gomes *et. al.*, 2009).

Para Bornstein & Stotz (2008, p.266), o caráter transformador desta mediação “se daria à medida que existisse um maior compartilhamento de conhecimento e maior permeabilidade dos serviços com relação às necessidades e demandas da população”, o que foi buscado na experiência de Agentes de Saúde inseridos no Projeto de Saúde da Cooperalfa, na década de 1980. Compreendendo que a prática de educação voltada para a transformação das condições de saúde de uma comunidade não poderia estar pautada em uma relação de poder, desde sua implantação, pretendeu-se pautar a proposta de atenção à saúde em um trabalho social, dialeticamente.

Desta forma, a relação educativa preconizada entre técnicos e Agentes de Saúde e entre estes e a população baseou-se na concepção de que esta era sujeito das ações e não mero objeto de trabalho daqueles, mais alinhada à educação popular e saúde do que com a proposta da educação sanitária tradicional. O AS era considerado, então, um interlocutor para a democratização dos conhecimentos, inscrevendo-se em um processo de libertação na medida em que as comunidades tomavam consciência da importância de sua cultura, assumindo uma atitude de maior independência com respeito aos cuidados de saúde (Cooperativa Regional Alfa, 1982).

Pretendendo buscar subsídios para a retomada desta relação no SUS, a partir da reflexão sobre o papel do ACS na Estratégia Saúde da Família enquanto educador em saúde, este artigo trata de uma categoria construída a partir de entrevistas semi-estruturadas realizadas em uma dissertação de mestrado e intitulada “Do AS ao ACS” e de suas respectivas subcategorias – Vinculação com a Comunidade; Vinculação com a proposta de saúde; e, Papel na Atenção Básica/Atenção Primária: educador em saúde?.

Para apresentação e discussão dos dados, os profissionais entrevistados foram identificados em seus depoimentos através de números entre parênteses ao final de cada colocação, como forma de garantir seu anonimato. Cada fala foi, portanto, apresentada fazendo parte do texto, entre aspas, seguida da indicação do profissional que a colocou.

Vinculação com a comunidade

Para desenvolver o papel de agente de transformação, havia o entendimento no Projeto da Cooperalfa de que seria imprescindível que o Agente de Saúde fizesse parte da comunidade com a qual desenvolveria suas atividades, sendo por ela eleito, conhecendo e fazendo parte da dinâmica local e demonstrando seu desejo em atuar em um Projeto desta natureza.

Com este entendimento, realizou-se a eleição de Agentes de Saúde em cada uma das comunidades envolvidas, a partir de critérios que estavam relacionados principalmente com um envolvimento comunitário prévio deste sujeito. Em geral, os AS eram pessoas que já exerciam certa liderança local, envolvidos em movimentos sociais ou com a Igreja Católica na região, ou eram sujeitos que desempenhavam funções relacionadas à saúde, como parteiras, benzedeiras ou pessoas que ensinavam o uso de plantas medicinais.

Nessa conjuntura, o Agente de Saúde “tinha um compromisso, uma responsabilidade muito maior com a comunidade do que com a instituição que estava dando respaldo” (10) e, portanto, não era considerado “um funcionário do governo, era uma pessoa indicada pela comunidade, um líder comunitário” (10).

Essa relação, na análise dos sujeitos entrevistados, era um fator positivo para o desenvolvimento da ação educativa do AS, uma vez que “as pessoas eram absolutamente conhecidas da população. Então, com isso, tu conseguias a horizontalidade e o trânsito dos Agentes de Saúde pra o que precisasse. [...]. Então, a respeitabilidade, a confiança de um lado e do outro, da comunidade em relação a eles e deles em relação à comunidade, porque eles representavam a comunidade, fazia com que eles se sentissem comunidade e valorizados, gostavam do que faziam” (1). Não sendo empregados da cooperativa, os AS “eram pessoas que espontaneamente aderiam à história. Enfim, era um envolvimento por adesão” (11), sentindo-se orgulhosos em desempenhar uma função a eles designada a partir de um laço de confiança estabelecido.

Para Giffin & Shiraiwa (1989), transportar a proposta de escolha dos Agentes pela comunidade para grandes centros urbanos parece ser totalmente inviável e até mesmo desnecessário. Para os autores, na medida em que este sujeito passa a se caracterizar como serviço à comunidade e não somente como conscientizador, mobilizador e promotor de organização comunitária, não é justificável abrir mão de critérios não-políticos para sua seleção.

Entretanto, no Projeto analisado neste estudo – desenvolvido no meio rural e cujo entendimento era de que, justamente, a principal

função do Agente de Saúde em uma proposta baseada nos princípios da Atenção Primária seria a de promover a organização comunitária –, a escolha dos Agentes pela comunidade é colocada como fator preponderante para sua consolidação. Como discorre um dos entrevistados, no Projeto da Cooperalfa, “a pessoa que estava indicada pra entrar na minha casa era uma pessoa que eu conheço há dez anos, vinte anos, trinta anos [...]. Então, é outro astral, é outro astral. E a presença do Agente de Saúde do SUS é uma coisa um pouco clientelista parece, né? É, de certa forma, uma invasão. Eu não tô abrindo a porta pra alguém que eu quero bem, eu tô abrindo a porta pra uma pessoa que eu não sei o que quer de mim” (10).

Portanto, na análise dos envolvidos com o Projeto, é forte a noção de que esta vinculação permitia a construção de um compromisso assumido pelo AS, identificado como um dos elementos mais fortes da proposta e minimizador do possível conflito por conta da não remuneração destes sujeitos, conflito este não evidenciado neste estudo. Esse compromisso era determinante para sua atuação enquanto agente de transformação, configurando-o como verdadeiro educador em saúde.

Atualmente, o ACS deve residir em sua própria comunidade, ter perfil mais social que técnico, ser maior de dezoito anos e possuir disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades (Brasil, 2006). Para Nunes *et. al.* (2002), espera-se que a vinculação do Agente à comunidade em que atua possa contribuir para aumentar a eficácia das ações de educação e saúde, uma vez que compartilham um mesmo contexto social e cultural.

Entretanto, a percepção dos entrevistados é de que os Agentes Comunitários atualmente “não são pessoas que conhecem alguma coisa de saúde, não são lideranças necessariamente da comunidade que tenham um respeito instituído” (7). Sua vinculação ao Sistema de Saúde ocorre, então, através de vínculo empregatício formalmente estabelecido, buscando construir sua identidade a partir de suas duas faces: o serviço e a própria comunidade.

Nesse fogo cruzado, as expectativas depositadas em torno de suas funções inscrevem demandas complexas, que muitas vezes se sobrepõem, registrando-se de forma eminentemente pessoal com a comunidade, mas técnico-pedagógica com os demais profissionais da equipe de Saúde da Família (Nunes *et. al.*, 2002). Essas faces ora estabelecem ações de caráter social, ora determinam ações normatizadoras e até mesmo de vigilância sobre a vida dos cidadãos. Para Zanchetta *et. al.* (2005), essa situação implica em uma dupla representação do ACS para a comunidade: ser a voz da população e,

simultaneamente, a presença do Estado, formando um paradoxo complexo que pode dificultar sua vinculação à comunidade e à própria equipe.

Essa realidade também não é simples para o ACS. Carente do conhecimento técnico valorizado no setor, envolvendo essencialmente saberes biomédicos, desvalorizado financeira e profissionalmente, o ACS tem dificuldade em estabelecer um lugar claro entre serviço e comunidade: apesar de ser morador do local, sente-se diferente por poder ajudar os outros, mas sente-se também diferente dentro da Unidade de Saúde quando encontra barreiras que inviabilizam o atendimento às demandas da população (Zanchetta *et al.*, 2005).

Como colocado por Nunes *et al.* (2002), supostamente por pertencer ao mesmo universo da comunidade, o ACS deveria compreender a complexidade existente na relação educativa em saúde, mas o que comumente se observa é a incorporação do discurso predominante, ou seja, o de que as pessoas não querem ou não sabem modificar hábitos e condutas e seguir a cartilha normatizadora do setor. Os autores complementam questionando o quão “conscientes são os Agentes do conhecimento que lhes é genuíno para a transformação das condições de saúde da população e quão favorável é a dinâmica das equipes de saúde da família para a real incorporação desse conhecimento” (Nunes *et al.*, 2002, p. 1642).

Vinculação com a proposta de saúde

No Projeto de Saúde da Cooperalfa, era claro que o Agente de Saúde era comunidade, mais do que serviço, o que fortalecia os laços comunitários no Projeto. Este entendimento resultava na defesa do AS ao sistema conformado, “eles, inclusive, se manifestaram quando foi necessário em reuniões de assembléia da cooperativa que, às vezes quando a cooperativa tinha o interesse em não mais continuar, eles eram defensores, eles sentiam o quanto isso era importante, eles viviam lá na comunidade e viam os efeitos de ter um médico ou não ter um médico, né? Eles eram apoiadores de um sistema. Claro, a dimensão era menor, né? Mas, eu não vejo os Agentes Comunitários defendendo o SUS, eu vejo eles hoje defendendo o seu emprego” (11).

Rosa, Cavicchioli & Bretas (2004) identificaram em seu estudo que os ACS eram pessoas que procuravam tal atividade empregatícia por falta de perspectiva, desconhecendo o SUS e tendo uma visão da saúde enquanto serviço a ser prestado de forma gratuita, não como um direito constitucional. Portanto, tais resultados reforçam o entendimento de que, enquanto a vinculação do AS com a proposta de saúde

caracterizava-se como político-ideológica, a vinculação do ACS atualmente é financeira, em primeira instância, “ele ganha o pão de cada dia” (4). Ou seja, “o ACS na sociedade, [...] ele é um subfuncionário da saúde e lá eles eram uma pessoa de referência, de respeito naquela sociedade” (2).

Trapé & Soares (2007) corroboram com esta visão, colocando que os ACS apresentam-se como pseudotécnicos por reproduzirem as orientações dos demais profissionais de saúde, sem ter o domínio sobre o conhecimento que as sustenta. É possível, então, visualizar o ACS como um trabalhador que emerge das comunidades e se integra às equipes de saúde visando à reorientação do modelo de saúde, sem possuir, necessariamente, qualquer bagagem técnica na área. Por esse motivo, “há um certo, pra algumas camadas da saúde, algumas categorias profissionais, há um certo, diríamos assim, pouco respeito porque acham de pouca qualificação. Um profissional de pouca qualificação que, por ser de pouca qualificação, talvez não ajude tanto, né? Que não se sabe pra que vai ser usado” (11).

Como discutido por Ferreira *et. al.* (2009, p.902), “é como se, no imaginário dos outros profissionais da equipe, o ACS representasse o lugar do trabalhador manual, aquele que não detém um núcleo especializado de saber, e um núcleo profissional específico. E por isto mesmo os outros trabalhadores o colocam em um plano em que o seu trabalho tem menor valorização em relação aos outros”. Entretanto, esse trabalhador se destacaria por possuir maior conhecimento empírico sobre valores, crenças e linguagens presentes no território, o que possibilitaria que tivesse uma significativa vantagem, quando comparado aos demais profissionais, na formação de vínculo entre o serviço de saúde e a comunidade (Nunes *et. al.*, 2002).

Ocorre que a incorporação deste conhecimento não se dá facilmente, pois a relação estabelecida no setor saúde é, ainda, hierárquica, com pouca valorização dos saberes populares e da dinâmica social. Os demais profissionais da equipe de saúde e o próprio ACS acabam por supervalorizar o conhecimento biomédico, dificultando uma prática educativa voltada para a organização comunitária e para a busca por melhores condições de vida.

Para Freitas (2010), baseando-se na discussão realizada por Elias & Scotson (2000), essa situação configura um modelo denominado pela autora de “estabelecidos-*outsiders*”. Derivando de importantes conflitos éticos situados no setor saúde, os estabelecidos seriam os profissionais de saúde de nível superior, especialmente os médicos, que se auto-percebem e são reconhecidos como “mais poderosos”, membros de uma

“boa sociedade”, construindo sua identidade a partir de uma combinação entre tradição, autoridade e influência que os colocam na posição de modelo moral para os outros. Por outro lado, os ACS configurar-se-iam como *outsiders*, ou excluídos, fora dos processos de decisão da equipe, subordinados em detrimento de sua autonomia profissional, tendo seus saberes e práticas desvalorizados e exercendo um papel contraditório junto à comunidade.

Tal conjuntura não era identificada no Projeto de Saúde da Cooperalfa, onde esta relação se dava de maneira diferenciada: “a relação que eles [médicos e enfermeiros] estabeleceram com os Agentes, a gente não tem nenhuma dúvida da relação horizontalizada que os médicos tinham com os seus Agentes, era uma outra lógica, não é a lógica do Agente Comunitário de Saúde daqui. É outra coisa. Uma confiabilidade, eles tinham, a gente tinha uma confiança nos Agentes de Saúde que era uma barbaridade porque eles nos ensinavam um monte de coisas da comunidade” (1).

Para um dos entrevistados, “o grande ponto, a diferença do que existe hoje e do que existiu na nossa época é que, na realidade, a gente tinha uma interação muito maior com eles porque nós participávamos do trabalho deles e eles participavam da gente. Era uma questão de troca de conhecimentos e troca de valores, a gente conhecia eles. E hoje o que acontece, as pessoas não conhecem os Agentes de Saúde e os Agente de Saúde têm um desvio de percepção, eles não sabem o que eles são, eles têm um emprego” (8).

Essa interação fazia com que o AS fosse considerado o elemento de referência do segundo nível de atenção, “ele seria a pessoa fundamental no Projeto porque ele tinha o contato, ele conhecia o local onde ele estava trabalhando, ele conhecia as pessoas, ele conhecia o dia-a-dia, ele conhecia o que acontecia na comunidade” (8). Essa postura do Projeto fazia com que os Agentes desenvolvessem “muita autonomia” (7) para atuarem enquanto sujeitos educadores em saúde e, portanto, tinham também papel decisório no processo de trabalho da equipe de saúde da qual faziam parte.

Esse modo de se relacionar era reflexo, em parte, do referencial teórico e metodológico utilizado na própria formação dos Agentes de Saúde e nas ações de educação continuada realizadas com todos os envolvidos. Baseada em preceitos fortemente ligados à educação popular proposta por Paulo Freire, a formação envolvia a concepção de uma relação horizontalizada, ou seja, uma relação sujeito-sujeito, a necessidade de problematizar a realidade para aumentar a

conscientização dos envolvidos e a determinação social como base para a discussão dos problemas de saúde da população.

A proposta, então, era fortalecer o Agente para uma prática social voltada para o desenvolvimento das ações técnicas esperadas e para aquela que era considerada sua função mais importante no Projeto: promover a organização da comunidade (Cooperativa Regional Alfa, 1981). Assim, além do aprendizado das noções técnicas básicas da função, os Agentes foram estimulados ao entendimento do processo sócio-econômico como gerador de doença e da transformação social baseada na organização popular como perspectiva. Para isso, utilizavam-se também de valores presentes nas ações desenvolvidas pela Igreja Católica na região, como os de justiça social, cidadania e democratização dos conhecimentos.

Essa proposta educativa se diferencia da maioria das ações de formação e educação continuada direcionadas ao ACS atualmente, que pouco fomentam a criticidade e a emancipação destes sujeitos para fortalecê-los enquanto agentes de transformação, fato corroborado por Silva & Dalmaso (2002). Como colocado por um dos entrevistados, “a supervisão deles [...] é punitiva, não é pro cara crescer, ela é inquisitiva, então é muito diferente” (1). Diante deste panorama, enfim, questiona-se “o papel desses Agentes [ACS], eu fico pensando, até quando eles são agentes modificadores?” (11).

Papel na Atenção Básica/Atenção Primária: educador em saúde?

O contexto em que estão inseridos os Agentes Comunitários de Saúde origina diferentes expectativas em torno de seu papel na Atenção Básica, suscitando grandes discussões sobre o que se espera efetivamente deste sujeito. Muitas vezes, a falta de clareza sobre suas atribuições acaba resultando em um excesso de ações a ele demandadas que nem mesmo todo o serviço de saúde tem condições de resolver.

Como coloca Tomaz (2002), na maioria das vezes qualquer ação que deva ser desenvolvida nas famílias e nas comunidades é atribuída ao ACS – da limpeza de caixas de água à resolução de conflitos entre vizinhos, da entrega de requisição de exames ao aviso de consultas agendadas. Desta forma, os Agentes Comunitários são vistos como sujeitos que “só levam e traz e muito mais levam do serviço para a comunidade” (1).

Percebe-se, portanto, a existência de diversos conflitos nas relações estabelecidas entre equipe e com a comunidade: sem possuir formação técnica específica para o desempenho de suas funções, ao mesmo tempo em que é esperado que instrumentalize a equipe de saúde

a partir de seu capital social – que, conforme Lima e Moura (2005), refere-se às redes sociais informais estabelecidas entre indivíduos que podem estar referenciadas à vida em comunidade ou não –, o dito déficit de conhecimento técnico destes sujeitos acaba por cercear a realização de diferentes ações, como as de educação e saúde, especialmente aquelas de cunho coletivo.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2000), a ação educativa deve ser a alma de seu trabalho, através do compartilhamento do saber do ACS com a comunidade ao mesmo tempo em que aprende com as pessoas, auxiliando-as a encontrar soluções mais eficazes para os problemas identificados, configurando uma prática educativa alinhada à educação popular e saúde, o que, entretanto, não é tão comumente evidenciado em estudos que analisam a ação educativa deste sujeito.

No tocante às concepções e práticas educativas de Agentes Comunitários de Saúde, Trapé (2005) identificou certo equilíbrio no entendimento sobre educação entre as concepções mais conservadoras e transformadoras, mas no que se refere aos temas de saúde e educação e saúde - mais diretamente relacionados com o saber operante do ACS – percebeu que revestiam-se acentuadamente de um caráter conservador: a saúde era entendida de forma multifatorial e a educação e saúde como transmissão de informações para se adquirir saúde. Com este entendimento, os Agentes passavam a assimilar os conhecimentos dos demais profissionais de saúde e os reproduziam de maneira mecânica, desenvolvendo essencialmente uma prática educativa fortemente influenciada por questões biológicas, sem a vinculação com uma prática realmente transformadora (Fernandes, 1992; Duarte *et. al.*, 2007)

Recentemente, Lanzoni (2007) demonstrou fatos levantados pelos ACS em seu processo de trabalho que poderiam influenciar sua prática educativa e na maneira de posicionar-se frente à equipe de saúde: por ser uma atividade criada recentemente, pelas mudanças na legislação ou pela falta de informação sobre suas atribuições e, algumas vezes, nenhuma formação para realizar seu trabalho. Assim, a maior parte destes trabalhadores percebe-se cumprindo tarefas, sem saber ao certo qual postura tomar diante de algumas situações e como suas ações poderiam influenciar na promoção da saúde, sem identificar-se como um educador em saúde.

Uma postura crítica por parte do ACS implica no enfrentamento de inúmeras barreiras, relacionadas tanto com o próprio receio de atuar sem o conhecimento valorizado no setor quanto ao conflito de poder que se instaura quando o ACS passa a dividir um lugar de prestígio na comunidade com os outros membros da equipe, conflito este que se

mostra de forma indireta ou velada. Nunes *et. al.* (2002) identificaram essa situação especialmente em casos onde os ACS se revelavam pessoas muito atuantes, dotados de grande habilidade política, de grande autonomia para a resolução de problemas de saúde e de fácil trânsito na comunidade.

Esse e outros conflitos verificados atualmente não eram percebidos na prática dos Agentes do Projeto de Saúde da Cooperalfa. A confiança da comunidade e o compromisso estabelecido com ela, a clara postura de ser comunidade e não instituição de saúde, a relação horizontalizada e não hierárquica estabelecida com os demais envolvidos com a proposta de saúde e com a comunidade, permeada pelos referenciais teóricos e metodológicos utilizados no referido Projeto, faziam com que o AS tivesse claramente uma postura de educador em saúde, no sentido de se colocar enquanto agente de transformação na comunidade.

A análise realizada é a de que esta postura ética do Projeto, somada ao modelo de formação e educação continuada, permitia que os Agentes estivessem preparados para lidar com as questões sociais e biológicas que envolviam o cuidado, tendo mais autonomia para trabalhar a saúde localmente.

Embora suas ações de saúde fossem realizadas geralmente no plano individual, havia também a discussão de que a organização comunitária deveria ser enfaticamente promovida, enquanto hoje, a percepção é de que “eles estão mais restritos ao que a enfermeira mandar fazer” (6). Por fim, a percepção de um dos entrevistados é de que “essa é a grande diferença, na verdade. [...]. Os Agentes Comunitários estão vetados de fazer um monte de coisas. Então, eu acho que a tarefa deles aqui é uma tarefa muito, muito pobre dentro da potencialidade que o Agente Comunitário de Saúde pode ter” (1).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência do Projeto de Saúde da Cooperalfa, anterior à criação do SUS no País, retrata um modelo diferenciado de concepção de formação e de função do Agente de Saúde em comparação ao panorama atualmente vislumbrado para o Agente Comunitário de Saúde. Para compreender com maior clareza essa diferença, é importante considerar, como colocado por Nunes *et al.* (2002), a dinâmica relacional comunitária que se desenvolve em torno desse sujeito.

No contexto em que estavam inseridos, os AS “já eram um grupo antes, já eram um coletivo antes, eles já eram um coletivo que pensava

no coletivo, então isso faz toda a diferença, né? Um coletivo que pensa no coletivo, isso faz educação horizontal, faz promoção da saúde, faz a transformação” (1). Essa proposta fez com que fosse estabelecido um compromisso diferenciado do Agente com a comunidade atendida, no sentido de buscar a melhoria da vida daquela população assumindo uma postura de agente de transformação, de educador em saúde.

O primeiro ponto a ser colocado, então, é a discussão sobre a vinculação comunidade *versus* emprego colocada de maneira peculiar em cada proposta. Enquanto o AS era considerado comunidade e por ela escolhido para desempenhar essa função, sem vinculação salarial com a cooperativa que mantinha o Projeto, o ACS é um profissional institucionalizado e, portanto, parte do serviço de saúde.

A não vinculação do Agente de Saúde com a cooperativa possibilitava que esse sujeito tivesse mais liberdade para se colocar na luta por melhores condições de vida, uma vez que estava menos vulnerável à coerção do poder político local, o que não se observa na realidade do ACS. Considera-se que, na atualidade, ele já não se configura como o elo entre a comunidade e o serviço de saúde, mas desponta como serviço para a comunidade, o que pode, em parte, reduzir seu potencial de agente de transformação.

Por outro lado, existem possibilidades de potencializar o ACS enquanto educador, que podem ser resgatadas através de uma revisão dos moldes de formação destes sujeitos na Atenção Básica e do estabelecimento das ações esperadas, priorizando uma ação educativa transformadora. Portanto, é imprescindível que, embasando-se na discussão dos chamados determinantes sociais do processo saúde-doença e buscando o fortalecimento dos Agentes para responderem às demandas da comunidade, seja promovida uma repolitização do setor saúde e a emancipação dos Agentes no processo de cuidado, respeitando-se os limites profissionais estabelecidos legalmente.

Da mesma forma, é necessário transformar as atuais relações estabelecidas entre a equipe de saúde, caracterizadas pela existência de hierarquias e disputas de poder, em relações horizontalizadas, permeadas por solidariedade, companheirismo, trocas e democratização de conhecimentos em prol da qualificação do cuidado oferecido.

Por fim, o vínculo ideológico do Agente de Saúde com a proposta de saúde em questão denota a importância de que os profissionais da Atenção Básica, incluindo o ACS, acreditem no SUS como uma ferramenta para a redução das iniquidades sociais, tendo clareza de que o acreditar é uma mola propulsora para o fazer acontecer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- COOPERATIVA REGIONAL ALFA. *Relatório Anual do Projeto de Saúde*. Chapecó, 1982. Mimeografado.
- FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: MS, 2006.
- LEOPARDI, M. T. *Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Papa-livros, 1999.
- BRASIL. *Caderno de Educação Popular em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- COOPERATIVA REGIONAL ALFA. Cooperalfa fez um milhão de atendimentos na saúde. *Jornal Cooperalfa*, Chapecó, p. 13, abr. 1994.
- BRASIL Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Estabelece Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 out. 1996.
- MORAES, R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. *Ciência & Educação*, v. 9, n. 2, p. 191-211. 2003.
- MORAES, R.; GALIAZZI, M.C. Análise textual discursiva: processo reconstrutivo de múltiplas faces. *Ciência & Educação*, v. 12, n. 1, p. 117-28. 2006.
- TRAPE, C.A.; SOARES, C.B. A prática educativa dos Agentes Comunitários de Saúde à luz da práxis. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 15, n. 1, p.142-49, 2007
- TRAPE, C.A. *A prática educativa dos Agentes Comunitários de Saúde do PSF à luz da categoria Práxis*. Mestrado [Dissertação] – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.
- NUNES, M.O; TRAD, L.B; ALMEIDA, B.A *et. al.* O Agente Comunitário de Saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad. Saúde Pública*, v. 18, n. 6, p. 1639-46. 2002.
- TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um super-herói. *Interface (Botucatu)*, v. 6, n. 10, Botucatu, fev, 2002.
- BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: uma revisão de literatura. *Ciência saúde coletiva*, v. 13, n. 1, p. 259-68, 2008.

- GOMES, K. O.; COTTA, R. M. M.; CHERCHIGLIA, M. L. *et. al.* A práxis do Agente Comunitário de Saúde no contexto do Programa de Saúde da Família: reflexões estratégicas. *Saúde soc.*, v. 18, n. 4, p. 744-55, 2009.
- GIFFIN, K.; SHIRAIWA, T. O Agente Comunitário de Saúde: a proposta de Manguinhos. *Cad. Saúde Pública*, v. 5, n. 1, p.24-44, 1989.
- BRASIL. Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 mar. 2006.
- ZANCHETTA, M. S.; LEITE, L. C.; PERREAULT, M. *et. al.* Educação, crescimento e fortalecimento profissional do Agente Comunitário de Saúde – estudo etnográfico. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 4, n. 3, 2005.
- ROSA, A. S.; CAVICCHIOLI, M. G. S.; BRETAS, A. C. P. O significado que o Agente Comunitário de Saúde atribui ao seu trabalho no processo de construção do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Acta paul.enferm.*, v. 17, n. 3, p.255-61, 2004.
- FERREIRA, V. S. C; ANDRADE, C. S.; FRANCO, T. B. *et. al.* Processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde e a reestruturação produtiva. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n. 4, p.898-906, 2009.
- FREITAS, T. G. *Conflitos éticos do processo de tomada de decisão no trabalho de Agentes Comunitários de Saúde*. 2010. 92p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.
- SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface (Botucatu)*, v. 16, n. 10, fev. 2002b.
- LIMA, J.C; MOURA, M.C. Trabalho atípico e capital social: os Agentes Comunitários de Saúde na Paraíba. *Sociedade e Estado*, v. 20, n. 1, p. 103-33. 2005.
- FERNANDES, J. C. L. Agentes de Saúde em comunidades urbanas. *Cad. Saúde Pública*, v. 8, n. 2, p. 134-39, 1992.
- DUARTE, L. R.; SILVA, D. S. J.; CARDOSO, S. H. Construindo um programa de educação com Agentes Comunitários de Saúde. *Interface (Botucatu)*, V. 11, N. 23, p.439-47, 2007.
- LANZONI, G.M.M. *Vislumbrando a rede complexa de relações e interações do Agente Comunitário de Saúde*. Mestrado [Dissertação] – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis; 2009.