

Atuação de agentes comunitários em favelas: um capítulo de sua história na área da saúde, em Manguinhos entre os anos de 1986 a 1989

André Luiz da Silva Lima*

Resumo

O uso de trabalhadores comunitários (auxiliares) em projetos governamentais e de organizações internacionais tem registros no Brasil desde os anos 1940, especialmente nas iniciativas que incorporaram ¹os preceitos da chamada Ideologia de Desenvolvimento de Comunidades. Nas duas últimas décadas do século XX, num contexto de convergência de discursos oriundos de diversas matrizes acerca da participação da população nos projetos de caráter público, a figura do agente comunitário enquanto mediador desponta como estratégico em diferentes projetos. Neste sentido, o presente artigo assume por objetivo tecer algumas considerações sobre a emergência e atuação de agentes comunitários, nas favelas de Manguinhos entre os ano de 1986 a 1989, quando da implementação de um projeto de saúde comunitária na UTGSF (Fiocruz), fruto da parceria do Unicef e Flasco.

Palavras- Chave: história da saúde; agentes comunitários de saúde; favelas de Manguinhos.

Action of community workers in slums: a chapter of its history in health in Manguinhos, between the years 1986-1989

Abstract

The use of community workers (assistants) in government projects and international organizations have records in Brazil since the 1940s , especially in the initiatives that have incorporated the principles of so-called Community Development Ideology . In the last two decades of the twentieth century , amid speeches of convergence from different arrays on the people's participation in public - oriented projects the figure of the community worker as a mediator emerging as strategic in different projects . In this sense , this article assumes intended to make a few observations about the emergence and role of community workers in the slums of Manguinhos between the year one thousand nine hundred eighty -six to 1989 , when the implementation of a community health project in UTGSF (Fiocruz) , the result of UNICEF and FLASCO partnership.

Keywords: health history; community health; agents slums of Manguinhos.

Recebido em: outubro de 2015
Aprovado em: dezembro de 2015

* Bacharel e Licenciado em História pelo IFCS/UFRJ; Mestre e Doutorando em História das Ciências e da Saúde pela COC/Fiocruz; Participante como bolsista de doutorado do Programa Brasil Sem Miséria CAPES/MDS.

Introdução

O presente artigo é um desdobramento de uma pesquisa histórica acerca do processo que possibilitou a emergência de agentes comunitários de saúde, em um projeto de saúde comunitária, entre os anos de 1986 e de 1989, nas favelas de Manguinhos (Rio de Janeiro / RJ). O referido estudo buscou observar como uma ocupação profissional, para além de suas práticas e definições, ganhou forma, tendo na atuação voluntária - em diferentes momentos e contextos – seu embrião. O foco de análise deste artigo será o processo de implantação do projeto, considerando: o porquê nas favelas de Manguinhos, as instituições envolvidas, os critérios adotados e a seleção das agentes.

Em Manguinhos, a presença de um profissional auxiliar, reconhecido como ‘agente comunitário’ na área de saúde se deu pela primeira vez numa parceria entre a Unidade de Treinamento Germano Sinval Farias (UTGSF)¹ e as Associações de Moradores das localidades, no início dos anos 1980. O termo ‘agente comunitário’², comumente, se aplicava – naquele contexto – a um morador da localidade disposto a ofertar parte de seu tempo em atividades e ações que beneficiariam a comunidade³ como um todo. A proposta inicial consistia no treinamento de moradores pela UTGSF para a realização de visitas domiciliares para atuarem junto às mulheres e crianças em ações educativas, como trabalho voluntário.

Diversas experiências e projetos incorporaram a identificação, seleção, treinamento e atuação de moradores de localidades populares para o empreendimento de ações educativas na área da saúde, não apenas no território brasileiro, mas também em outros países. Organizações internacionais como o Unicef (Fundo Internacional para a Infância) e a OMS (Organização Mundial da Saúde) atuaram fortemente entre os anos 1970 e 1990 no sentido de promover junto aos governos de países periféricos a adoção do agente comunitário de saúde como trabalhador estratégico para a implementação de seus programas de Atenção Primária. A nomenclatura deste trabalhador “comunitário” também variava conforme o contexto a que este estava inserido. Além de ser morador da área atendida, uma segunda característica chave destes trabalhadores era o papel assumido de mediador entre a comunidade e o sistema de saúde. Como confirma Joana Silva “historicamente, a ideia do agente de saúde envolve um conceito que, sob as mais diferentes formas e nomenclaturas, aparece em várias partes do mundo, ou seja, a ideia essencial de elo entre a comunidade e o sistema de saúde” (Silva, 2001:7). Essa mediação se processava de múltiplas formas, sendo a educação em saúde marcadamente presente.

No Brasil, principalmente a partir da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, os agentes comunitários atuantes na área de saúde começaram a se organizar no sentido de serem incorporados às equipes onde atuavam, em busca do reconhecimento como profissionais do setor saúde, o que foi incluído como indicativo no documento final da referida Conferência. Este processo histórico, que institucionalizou a ocupação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e proporcionou sua posterior profissionalização, é fruto de um mosaico de diferentes fatores políticos, sociais e econômicos, contexto este, não linear e múltiplo, que se insere esta análise.

Em trabalhos acadêmicos produzidos recentemente, num contexto de reflexão intelectual sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a atuação dos ACS, são comuns na análise do processo histórico de institucionalização e profissionalização⁴ deste agente. São identificadas em espaços e temporalidades distintas, algumas práticas que compõem hoje o referencial de atuação preconizada para o Agente Comunitário de Saúde. Nestes estudos, em geral, a atuação das visitadoras sanitárias e das educadoras sanitárias que remonta à primeira metade do século XX são mencionadas. Também se encontram referências de agentes comunitários atuantes em diferentes projetos de Medicina Comunitária nos anos 1970, e da atuação dos auxiliares de saúde em projetos experimentais, como o desenvolvido em Montes Claros. A experiência do Governo do Ceará, na segunda metade da década de 1980, com agentes comunitários está presente, também, em vários trabalhos que envolvem os Agentes Comunitários de Saúde (Aguiar, 1998; Silva, 2001; Bornstein, 2007).

Estes apontamentos iniciais indicam a configuração de um processo histórico da emergência profissional do ACS não linear, onde por vezes não é mencionada a experiência destes agentes em Manguinhos nos anos 1980. Sendo assim, o presente trabalho pretende contribuir, entre outras questões, com reflexões sobre o processo de institucionalização e profissionalização destes agentes, destacando Manguinhos como exemplificação. Alguns personagens, como Karen Giffin, atuantes no momento pesquisado em Manguinhos participaram também do processo de planejamento e implantação do Programa de Agentes de Saúde (PAS) no Ceará. Este dado é relevante uma vez que o referido programa foi avaliado como bem-sucedido tanto pelos gestores da saúde nacional como pelo Unicef⁵, sendo considerado a primeira experiência com agentes de saúde, moradores das comunidades atendidas, implementada de maneira abrangente. Esta avaliação exitosa, sem deixar de mencionar as mobilizações e lutas políticas dos agentes cearenses, foi considerada

fundamental para que no ano de 1991 o governo federal, através da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), implantasse o Programa Nacional de Agentes de saúde (PNACS) (Silva, 2001; Bornstein, 2007). A criação do PNACS é indicada como um marco do processo de institucionalização dos Agentes Comunitários de Saúde (Lacerda, 2010; Silva & Dalmaso, 2002).

O projeto de saúde comunitária – UTGSF /UNICEF / FLASCO /KELLOG

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

Naquele ano, apesar de outros projetos e iniciativas coletivas incorporarem agentes comunitários já atuantes como voluntários, a utilização deste tipo de mão de obra ainda era tida como experimental. O projeto do Unicef apresentava como raízes conceituais as proposições de Alma Ata (1978) e estava impregnado pelos ideais que iriam compor a Reforma Sanitária⁶. O modelo administrativo-burocrático e de treinamento das agentes advinham do Programa de ‘*Serviços Básicos para a infância em países em desenvolvimento*’ do Unicef, das experiências voluntárias de agentes comunitários no âmbito do UTGSF (1982/1984) assim como na proposta do Programa de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM). Cabe ainda destacar a presença dos alunos de pós-graduação da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) neste cenário, onde alguns de seus professores participaram de projetos que tinham no uso dos moradores da localidade como mediador algo estratégico, como o de Montes Claros, do Vale do Ribeira e no PIASS.

Antecedentes do projeto

Através das bibliografias e fontes estudadas é possível afirmar que a presença inicial de agentes comunitários atuantes na saúde nas comunidades de Manguinhos deu-se como resultado do diálogo entre moradores das comunidades e a equipe da Unidade de Treinamento Germano SINVAL Faria (UTGSF)/ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ Fiocruz,

no início da década de 1980. Fundada no ano de 1966, a Unidade de Treinamento Germano Sinval Faria manteve na história de sua atuação três características básicas. A primeira, de ser um campo de práticas e pesquisas para alunos da ENSP, outra, de prestar assistência primária a região de seu entorno, neste caso Manguinhos. Como consequência destas duas primeiras características, emerge um terceiro traço que é a atuação permanente em atividades extramuros (Zancan, 2002).

No ano de 1980, os responsáveis pelo curso de residência multiprofissional na UTGSF identificaram como necessária a realização de uma pesquisa sobre a situação de saúde da população que era cliente da referida unidade de saúde, no que, contou com o financiamento da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). Tal pesquisa denominada “Estudo de morbidade e utilização de serviços de saúde pela população favelada da X – Região Administrativa⁷” retrata na introdução de seu relatório que:

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

O primeiro movimento da pesquisa buscou aproximação junto aos dirigentes das associações de moradores existentes no território. Estes foram entrevistados e colaboraram na elaboração de mapas para orientação dos entrevistadores que realizaram o trabalho de pesquisa em campo, que teve início no mês de julho daquele ano. Neste canal de diálogo entre a direção da UTGSF e os presidentes das Associações de Moradores, os gestores sinalizaram que a “pesquisa não deveria ocorrer como um fato isolado, mas deveria servir ao relacionamento entre serviço e população” (UTGSF/ENSP/Fiocruz, 1981:02).

A UTGSF, desde 1980, vinha reorganizando e ampliando os serviços básicos prestados a esta população, a partir de uma prioridade dada ao segmento materno-infantil. Algumas Associações de Moradores reivindicaram consultas médicas e odontológicas dentro da comunidade e parte da equipe de enfermagem começou a trabalhar numa sala cedida por uma igreja. (Karen e Giffin, 1989:27)

No ano de 1982, a partir dos diálogos travados entre lideranças comunitárias de Manguinhos, jovens ligados à Campanha da Fraternidade e a Direção da UTGSF, delineou-se um programa de capacitação de mulheres para que estas atuassem na prevenção de certos agravos junto à comunidade em que residiam. Era um dos embriões do agente comunitário atuante em saúde na região de Manguinhos, porém a ausência de vínculo empregatício destes

agentes com o órgão público simbolizou importante entrave à consolidação da proposta e manutenção do trabalho junto à população (Giffin e Shiraiwa, 1989).

Tizuko Shiraiwa, em entrevista à pesquisadora Tania Fernandes⁸, menciona a atuação das agentes voluntárias:

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

No mesmo momento da realização desta experiência voluntária em Manguinhos, outra desenvolvida na Rocinha, através de um convênio entre a recém-criada Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e o Unicef, já demandava remuneração para os agentes comunitários nas ações de saúde. Segundo o consultor do Instituto Brasileiro dos Municípios (IBAM),⁹ Paulo Henrique de Almeida Rodrigues, desde sua concepção a remuneração foi preconizada como meio de romper com a descontinuidade presente em muitos projetos realizados nas favelas cariocas (Rodrigues, 1988). A experiência de Manguinhos reflete também esta expectativa como explicita Karen Giffin e Tizuko Shiraiwa:

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

Entretanto, apesar desta primeira iniciativa com agentes comunitários ter sido considerada não viável, o diálogo entre lideranças comunitárias e a UTGSF permaneceu ativo na busca por ações articuladas, inclusive no contexto das Ações Integradas de Saúde – AIS que teve sua proposta de implementação no âmbito nacional no ano de 1983. No Rio de Janeiro, resultou num movimento de regionalização dos serviços de saúde por parte do Departamento de Saúde Pública da Prefeitura do Rio de Janeiro, que dividiu a cidade em

Áreas Programáticas (AP). Em paralelo também foram criados os Grupos Executivos Locais (GEL) que eram formados pelos diretores e funcionários das Unidades de Saúde e por representantes de Associações de Moradores e de Favelas na circunscrição de uma determinada AP. Deste modo, cada Área Programática possuía seu Grupo Executivo Local correspondente. Vale mencionar, que neste período, em consequência da luta dos movimentos sociais, a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro propôs ainda a criação de Conselhos Comunitários de Saúde, e também dos Conselhos Governo Comunidade (Mattos, 1989). Os debates sobre Manguinhos que predominavam no Grupo Executivo Local correspondente a Área Programática 3.1 diziam respeito ao processo de dragagem nos rios locais, e eram motivados pelos problemas enfrentados pela população em função das frequentes inundações dos rios.

Para Eymard Mourão Vasconcelos, as lutas travadas pelos movimentos sociais durante o período ditatorial ganham espaço na segunda metade dos anos 1970. Para este autor, “o Estado brasileiro, diante do crescimento das reivindicações e da pressão popular, passa a reconhecer os movimentos sociais como legítimos, tornando-se mais flexível às suas demandas” (Vasconcelos, 2005:36). Já para Joaquim Alberto Cardoso de Melo, estudioso dos temas relativos à educação em saúde, na segunda metade da década de 1970, o Estado brasileiro incorporou em seus discursos o tema “participação comunitária” como forma de “diminuir e aliviar as tensões sociais geradas pelos modelos econômicos e pela crise que se inicia com o fim do milagre” (Melo, 1984:39).

Os discursos produzidos pelos atores envolvidos no movimento pela Reforma Sanitária, pela Declaração de Alma Ata (1978) e da proposta do Unicef diferiam quanto ao entendimento de participação popular preconizada. A Declaração de Alma Ata via na participação popular a condição para a implantação e organização dos serviços de saúde no âmbito da Atenção Primária. O Unicef, por sua vez, identificava a participação comunitária na ‘ponta’, apenas no local de realização dos projetos direcionados às crianças e mães, trazendo consigo os métodos verticais presentes nas ações de Desenvolvimento de Comunidades. Os enunciados dos participantes da Reforma Sanitária exigia uma participação irrestrita e abrangente na concepção, promulgação e execução das políticas públicas na área da saúde.

A implantação do projeto de saúde comunitária em Manguinhos

Ao final do ano de 1985, a então Diretora¹⁰ da UTGSF, Tizuko Shiraiwa conhece Karen Giffin, que coordenava pelo Unicef, no âmbito da Secretaria Municipal de

Desenvolvimento Social, a parte do Projeto de Expansão dos Serviços Públicos no que se referia à saúde. Tizuko Shiraiwa havia coordenado o projeto com agentes comunitários voluntários, mencionados anteriormente neste artigo. Segundo Paulo Henrique de Almeida Rodrigues, durante todo o ano de 1985, ocorreram tensões entre as equipe técnica do Unicef e da SMDS quanto à metodologia implementada no Projeto de Expansão dos Serviços Básicos. É possível que tais tensões tenham colaborado para que o Unicef se desvinculasse da SMDS e assim atuasse em parceria direta com a Fiocruz (Rodrigues, 1988; Karen e Giffin, 1989).

Vale registrar alguns traços das trajetórias profissionais de Tizuko Shiraiwa e Karen Giffin no estudo dos agentes comunitários, aqui empreendido. Tizuko é médica, descendente de imigrantes japoneses, nascida no estado de São Paulo. Veio para o Rio de Janeiro em meados dos anos 1970, segundo seu depoimento, por dois motivos: o primeiro deles era o medo de se trabalhar em saúde pública em São Paulo por conta da repressão da ditadura e, o segundo foi a falta de oportunidades de trabalho para o seu conjugue. Quando entrevistada, relatou sua simpatia pelos preceitos da Medicina Comunitária, que certamente a inspirou na incorporação de moradores de Manguinhos para a realização de ações educativas junto à comunidade. Nesta entrevista, descreve sobre sua formação em Saúde Pública¹¹ na ENSP, mencionando o pioneirismo da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz em inserir os debates das Ciências Sociais na aplicação e estudo da Saúde Pública. Relata a influência recebida por alguns de seus antigos professores, onde na entrevista cita Lenita Peixoto, Hélio Uchoa e Elza Paim, oriundos do SESP, referenciado com destaque Lenita Peixoto que havia trabalho diretamente com Paulo Freire no nordeste brasileiro. Este mosaico de experiências, segundo a entrevistada, contribuiria para o surgimento de novas práticas e produção de novos saberes no seio da ENSP (Shiraiwa, 2010).

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

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

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

Eu voltei¹² com os muitos exilados brasileiros, porque voltei em 79. Tinha se formado essa Secretaria de Desenvolvimento Social porque ia ter eleições, finalmente. Então eles começaram a prestar atenção nas favelas, que nunca tinham sido mapeadas até então, nem apareciam em mapas, nem eram fotografadas, era como se não existissem (Giffin, 2010).

Karen Giffin atuou enquanto representante do Unicef na Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social em função do convênio estabelecido entre estas duas instituições. Observa-se que a referida Secretaria recém criada tinha por objetivos não a promoção ou a difusão de serviços de saúde de forma ampliada, mas a atuação específica junto à população em situação de vulnerabilidade social da cidade do Rio de Janeiro, que no início dos anos 1980 concentrava-se nas favelas. A proposta do Unicef junto à SMDS estruturava-se segundo diretrizes do Programa de “Serviços Básicos para a Infância em Países em Desenvolvimento”, que tinha por objetivos empreender ações de educação, saúde e saneamento à partir da identificação, seleção e treinamento de moradores das regiões atendidas para desenvolverem ações consideradas simples, mas de impactos considerados significativos na vida das crianças.

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

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

uma vez que o Projeto se estruturava no contexto da prestação de serviços em saúde na UTGSF.

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

O Projeto de Saúde Comunitária de Manguinhos estava circunscrito às favelas que compunham Manguinhos: Parque Carlos Chagas, Democráticos 30¹³ (CHP2), Parque João Goulart, Parque Oswaldo Cruz (Amorim) e Vila Turismo. A Vila União que fica localizada nas proximidades do Conjunto Ex-Combatentes não é mencionado em nenhum documento como sendo atendida pelos agentes. No entanto, nos relatórios anuais da UTGSF, apesar de estar situada no Bairro de Benfica, é mencionada como pertencente à área de cobertura da citada Unidade de Saúde (UTGSF/ENSP/Fiocruz, 1986; UTGSF/ENSP/Fiocruz, 1987)

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

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

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

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

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

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

Quem eram os agentes de saúde?

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

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

O perfil dos agentes de saúde, na Rocinha era ser mulher, mãe, maior de idade, saber ler e escrever e, ter disponibilidade de tempo para cumprir as atividades programadas. Em Manguinhos, a experiência com voluntárias, diferentemente não exigia escolaridade, e não previa a distinção de gênero. Segundo Tizuko Shiraiwa, havia homens entre os voluntários (Shiraiwa, 2010). Porém, já no contexto do Projeto de Saúde Comunitária, havia um diferencial neste perfil, com a exigência de escolaridade, “no mínimo 1º Grau

Completo”¹⁴. Esta exigência já contemplava a possibilidade da incorporação dos agentes aos serviços de saúde (Vargas e Domingues, 1992:151).

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

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

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

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

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

Observa-se que os critérios adotados visavam otimizar o processo de mediação que se processa de múltiplas maneiras e em diferentes circunstâncias no cotidiano do indivíduo na sociedade moderno-contemporânea. No caso dos agentes comunitários, a atuação em educação em saúde é uma delas e a facilitação do acesso da população ao serviço de saúde é

outra. Neste sentido, há um processo de mediação entre os conhecimentos populares e o conhecimento técnico–científico, entre o universo favelado e a não favelado, como ressaltam Gilberto Velho e Karina Kuschnir:

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

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

Pensar nesta educação enquanto processo de mediação demandaria entender que seriam pelo menos duas as dimensões do trabalho dos agentes de saúde, todas operacionalizadas sob a bandeira da educação. Uma destas dimensões é a técnica, processada nas visitas domiciliares e na orientação sexual, por exemplo. A segunda pode ser entendida como uma dimensão política, onde os agentes de saúde se apresentam como mobilizadores nas comunidades atendidas (Silva e Dalmaso, 2002).

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

Neste caso, a importância da agente de saúde ser moradora da área deriva não só da necessidade da presença intensa na favela, mas também pela metodologia proposta na prática educativa. Tanto no nível da capacitação de agentes de saúde como na sua atuação com a clientela, a discussão da vivência própria é a base do processo educativo transformador. Por esta razão, igualmente, argumenta-se que as agentes de saúde que atuam nesta linha devem ser mulheres, e de preferência mães, que têm a experiência vivida de criação de filhos nas condições em que a clientela se encontra (Giffin e Shiraiwa, 1989:29).

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

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

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

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

A exigência de que os agentes de saúde fossem do sexo feminino se dava pelo foco de atuação na saúde da mulher, dado que questões sobre sexualidade e reprodução compunham os temas a serem trabalhados junto às mulheres da comunidade, da mesma forma que as Visitadoras Sanitárias. O médico **Evandro** Serafim Gomes **Chagas**, então chefe do Laboratório Oswaldo Cruz em 1938, considerava que apenas as mulheres seriam capazes de “vencer as tradições e os preconceitos das populações rurais, mais habituadas a verem na obra pública a ação perseguidora do que a atividade protetora e benfazeja” (Chagas apud Faria, 1938:5-7).

Na Conferência de Alma Ata, o papel do agente de saúde da comunidade foi apontado como estratégico na implementação da Atenção Primária pelas nações, sendo o perfil deste agente dependeria da região onde ocorresse sua atuação, ficando sugestionado que este, além de morar na comunidade onde trabalhasse, fosse do sexo feminino(OMS, 1978:52).

Existe ainda um entendimento de que há um processo de “naturalização” das atribuições dos agentes comunitários de saúde, que verifica a incorporação de discursos que

veem as mulheres como dotadas de certas habilidades obtidas fora do universo do trabalho, como os cuidados com recém nascidos, aleitamento materno, entre outras, e que desta forma tais atribuições não são valorizadas pela divisão de trabalho construída histórica e socialmente (Durão et al, 2010; Kergoat, 1987). O fato de ser mãe, por exemplo, não era um pré-requisito intransponível na seleção das agentes, todavia era considerado um fator de grande importância.

A participação comunitária é uma condição essencial para a implantação dos projetos segundo o Programa de ‘Serviços Básicos para a infância em países em desenvolvimento’ do Unicef, que influenciou também o projeto em Manguinhos. No caso da UTGSF/ENSP, o diálogo com os moradores era indicado como fundamental, e neste mesmo sentido, após a definição dos critérios, a seleção dos agentes e a divulgação do processo seletivo ficaram sob a responsabilidade das Associações de Moradores. A seleção dos agentes se deu através de entrevista coletiva, prova de língua portuguesa e matemática, e ao final, de uma entrevista individual (Giffin e Shiraiwa, 1989; Vargas, 1992). Nesta mesma perspectiva, um considerável número de manuais referentes à trabalhos comunitários com agentes de saúde aponta que estes deveriam ser selecionados pela própria comunidade (WHO, 1989). Desta maneira, considerava-se que: se todos participassem do processo seletivo, provavelmente o agente seria mais aceito; a participação no processo de escolha daria uma maior responsabilidade à comunidade e; para o agente escolhido, a comunidade seria sua maior responsabilidade (Valladares et al, 1987: 100).

Diante destes pressupostos, ocorreram debates¹⁵ entre os gestores do projeto. Primeiro, no que tange à participação da comunidade como “um todo” na seleção, e questionava-se como aplicar um modelo proposto para áreas rurais pouco povoadas a favelas urbanas com populações superiores a 10 mil pessoas? Uma outra questão que surgia era que o processo de escolha se processaria, talvez, pelas pessoas mais ativas naquele momento, tomando como preocupação o caráter transitório das lideranças comunitárias. (Valladares et al, 1987: 101)

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

Por um lado, a remuneração atenta contra a ideologia do trabalho comunitário enquanto ação voluntária da qual, supostamente, não derivam benefícios individuais ou pessoais. Para esta ideologia o trabalho

comunitário é basicamente desinteressado: puro ato de amor á coletividade. Por outro lado, a remuneração introduz uma diferenciação material e simbólica real: as agentes obtêm benefícios que, para as condições de trabalho e remuneração da maioria da população, são significativos. Assim o projeto introduz um processo real de diferenciação social (Valladares et al, 1987: 101).

Entretanto, se o projeto ao propor remuneração significava para alguns da comunidade um processo de “cooptação”, para outros, a não remuneração era compreendida como um processo de “exploração” da mão de obra local (Valladares et al, 1987:34).

O PAISM: atenção à mulher em Manguinhos

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

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

A análise de Maria José Duarte Osís (1994), sobre a origem do conceito de Atenção Integral à Saúde da Mulher (AISM) a partir das ideias e experiências de ginecologistas da Universidade de Campinas, lança algumas considerações sobre o PAISM. Para a referida autora, o PAISM pode ser enquadrado como um dos desdobramentos de uma tendência na política pública brasileira que objetivava, entre outros, a ampliação dos serviços básicos de saúde por meio de ações integradas e da prestação de serviços em atenção primária, de modo simplificado e horizontal. Aponta ainda que o PAISM também apresentava, como segundo objetivo, atuar junto à demanda pela atenção à saúde do grupo materno-infantil e na oferta de serviços de planejamento familiar. Esta demanda era fruto de acordos e tratados internacionais assinados pelo governo brasileiro e de reivindicações formuladas por diferentes atores sociais. Cecília Chagas de Mesquita em consonância com Maria José Duarte Osís aponta também que

o governo tentou, com a implementação do PAISM, neutralizar as tensões existentes no debate polêmico sobre controle da natalidade em momento delicado da conjuntura econômica e política do Brasil, nos primeiros anos da década de 1980 (Osis, 1994; Mesquita, 2010).

Para Ana Maria Costa, uma das elaboradoras do programa:

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

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

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

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

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

envolvimento da mulher na solução de seus problemas de saúde. A relação entre as mulheres e os profissionais de saúde era, também, detectada em muitos momentos como problemática e era trabalhada principalmente nas atividades educativas em grupo (Vargas e Romeiro, 1992).

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

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

Metodologia unicef: possibilidades ou limites à atuação do agente comunitário?

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

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

O estabelecimento deste programa (e a criação da própria SMDS) refletiu uma postura do governo municipal e uma tentativa de encontrar novas

formas para incluir as áreas faveladas como clientes legítimos do município (Valladares et al, 1987: 31).

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

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

A proposta de utilização de mão de obra comunitária nesta metodologia concebia a atuação em algumas frentes: a de saúde, com práticas de educação e prevenção de doenças; a de educação, na alfabetização de crianças e também de adultos; no saneamento básico, com organização de mutirões para construção de poços e fossas adequadas; na produção de alimentos e no aprimoramento de técnicas de cultivo de certas sementes e hortaliças. A proposta sugere, ainda, que “caberia, naturalmente, ao governo, ao resolver implantar um programa de serviços básicos e determinar o sistema adequado de organização e direção” (Unicef, 1976:45).

No âmbito da Rocinha, o projeto em parceria com a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social tinha três frentes de atuação: saúde, educação e saneamento. Um dado relevante é que a implementação do Projeto não contava com o apoio das demais secretarias e órgãos governamentais da época, e sendo assim, a identificação de um agravo em saúde por um agente comunitário não incluía o seu devido encaminhamento, pela ineficaz comunicação com a Secretaria Municipal de Saúde. Na frente de saneamento, por vezes, a rede de esgotamento construída em regime de mutirão necessitava de adaptações da rede geral pela CEDAE, o que nem sempre ocorria (Rodrigues, 1988; Valladares et al, 1987). Apesar de parecer este ser um problema isolado, o caráter intersetorial dos projetos e das políticas

públicas no âmbito da saúde ainda nos dias atuais é um desafio a ser enfrentado (Zancan, 2002). As ações preconizadas pelo Unicef na referida metodologia se reportavam à Conferência de Alma Ata e perpassavam, como ressalta Samuel Jorge Moysés, por três ideias chave. A primeira, diz respeito ao uso de tecnologia em saúde adequada às demandas de cada localidade, a segunda, é uma ênfase na formação e na prática profissional de modo a fazer uma contraposição ao excesso de especialização e a terceira ideia baseia-se na compreensão do conceito saúde como um instrumento para o desenvolvimento (Moysés, 2011).

Atenção primária em saúde: norteador do projeto em Manguinhos?

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

Alguns governos, agências e indivíduos entenderam a visão idealista da OMS como "irrealista" e inalcançável. O processo de redução do idealismo de Alma-Ata a um conjunto prático de intervenções técnicas mais facilmente implementáveis, geridas e mensuradas, teve início em 1979 numa pequena conferência com forte influência dos Estados Unidos, realizada em Bellaggio, na Itália, e financiada pela Fundação Rockefeller, com apoio do Banco Mundial (Brown, Cueto e Fee, 2006:633).

Nesta conferência, os participantes não criticaram a ‘Declaração de Alma-Ata’ de modo direto, mas apresentaram um modelo de atuação reducionista, onde poderiam ser desenvolvidos serviços básicos de saúde. Na prática, isso significava intervenções técnicas de baixo custo, de modo a resolver os principais problemas de saúde materno-infantil de países pobres. O Unicef abraçou esta estratégia seletiva, operacionalizada sob o acrônimo GOBI – *Growth monitoring to fight malnutrition in children, Oral rehydration techniques to defeat diarrhea diseases, Breast feeding to protect children; and Immunizations*¹⁶ (Unicef, 1983; Cueto, 2004). Pouco tempo depois, segundo Samuel Jorge Moysés, o acrônimo tornou-se Gobi-FFF (para contemplar a suplementação alimentar, a escolarização de mães e o planejamento familiar). Com o predomínio da APS seletiva, conforme o decidido em Bellággio, o compromisso internacional firmado pelos governos nacionais em Alma-Ata foi atendido de modo precário (Moysés, 2011).

A atuação dos Agentes Comunitários em Manguinhos sobrepujou alguns limites operacionais postos pela Metodologia Gobi-FFF do Unicef. A UTGSF estava imersa nos

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

Considerações finais

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

A complexidade das questões imbricadas, neste processo, demandou o estabelecimento da centralidade desta pesquisa ao período de 1986-89 delimitado, inicialmente pela implantação da parceria da UTGSF com o Unicef e, por fim pela incorporação de agentes comunitários ao quadro funcional da Fiocruz. A configuração do agente comunitário (1986-1989) se diferenciava do perfil das Visitadoras Sanitárias e das Auxiliares de Enfermagem atuantes na UTGSF desde sua criação, entre outros aspectos, pelo fato de serem obrigatoriamente moradores de Manguinhos, e de possuírem um instrumental laborativo exclusivamente direcionado a práticas educativas em saúde, não havendo, previsão, na atuação em ações curativas.

Na década de 1980, identifica-se também, outras iniciativas / projetos, que incorporam a mesma lógica, afinados com alguns dos preceitos que direcionaram o Movimento Pela Reforma Sanitária, como a participação comunitária, a educação popular e o entendimento ampliado da saúde. Apesar desta afinidade, e do desejo explícito da chefia do serviço da UTSGSF (1989) em incorporar o agente comunitário de saúde, este não esteve atuante, em

Manguinhos, na maior parte dos anos 1990. Este hiato, aliás, pode servir de base para futuras pesquisas. Certamente o interstício, entre os anos de 1989 a 1999, quanto à adoção do agente comunitário, nas ações de saúde em Manguinhos, se processou, entre outros fatores, pelo desalinhamento político entre os representantes dos poderes executivos municipal, estadual e federal, pela disputa (política e acadêmica) do modelo em Atenção Primária a ser implementado, dos problemas de econômicos que vivenciava a nação (e por consequência os entraves de financiamento da saúde), e localmente, pela intensificação do domínio de grupos armados atuantes no varejo do narcotráfico na localidade de Manguinhos, inibindo ações que tenham por base a visita domiciliar.

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

Por fim, as considerações enunciadas neste artigo, é fruto de uma pesquisa que buscou a construção de uma narrativa histórica capaz de abordar as práticas dos agentes comunitários de saúde em Manguinhos, na segunda metade dos anos 1980, considerando suas potencialidades e limites, dentro de um enquadramento que aprecia o movimento histórico de profissionalização desta ocupação, deixando em aberto a possibilidade de novos olhares e reinterpretações. Espera-se com este estudo contribuir, para a ampliação da compreensão da atuação pública em saúde nos territórios favelizados com o uso de recursos humanos locais, apreciando a reflexão histórica como agente de transformação social.

Referências bibliográficas

AGUIAR, Dayse Santos de. *A “saúde da família” no sistema único de saúde: um novo paradigma?* Rio de Janeiro, 1998. Dissertação (mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz.

BODSTEIN, Regina. *Serviços Locais de Saúde: Construção de Atores e Políticas*. Relume-Dumará, 1993, Rio de Janeiro

BORNSTEIN, Vera Joana; STOTZ, Eduardo Navarro. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde : entre a mediação convencidora e a transformadora. *Trabalho, educação e saúde*, Rio de Janeiro, v.6, n.3, p.457-480, nov.2008 /fev.2009.

BORNSTEIN, Vera Joana. *O agente comunitário de Saúde na mediação de saberes*. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

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

CANESQUI, Ana Maria. A saúde da mulher em debate. *Revista Saúde em Debate* 15/16:29-36, 1984.

CANESQUI, Ana Maria. Assistência Médica e à Saúde e Reprodução Humana. Campinas, *NEPO-UNICAMP*, 1987 (textos NEPO 13).

COSTA, Ana Maria. *Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil*. In Giffin, Karen e Costa, Sarah H. (orgs). *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1999.

COSTA, Ana Maria. *O PAISM: Uma Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher a Ser Resgatada*. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução, 1992.

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

CUETO, Marcos. The origins of primary health care and selective primary health care. *American journal of public health*, v. 94, p. 1864-74, 2004.

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

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

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

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

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

GIFFIN, Karen. Entrevista concedida no âmbito do Projeto Agentes comunitários e o

treinamento em educação em saúde: a experiência da Fiocruz (1980-1990) a Dra. Tania Fernandes (COC/Fiocruz). Rio de Janeiro, 02/08/2010.

LACERDA, Alda Maria. *Redes de Apoio Social no Sistema da Dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde*. Rio de Janeiro, s.n., 2010. Tese de Doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz).

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

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

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

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

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

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

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

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

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. *Extensão dos serviços públicos às Comunidades de baixa renda do município do Rio de Janeiro*. IBAM/Unicef. Rio de Janeiro: IBAM/CDM, 1988.

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

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

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

Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VARGAS, Eliane Portes e DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. *Documento de referência sobre: saúde da mulher para agentes de saúde – mulher Manguinhos* in:

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

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

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

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

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

VELHO, Gilberto e KUSCHNIR, Karina (orgs.). *Mediação, Cultura e Política*. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2001.

ZANCAN, Lenira. (org.) *Promoção de Saúde como caminhos para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos – RJ*. Organizado por Lenira Zancan, Regina Bodstein e Willer B. Marcondes. Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ, 2002

NOTAS

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

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

³ O termo Comunidade traz consigo uma série de interpretações, cujo significado está intrínseco ao seu lugar de fala. Alguns trabalhos sobre favelas identificaram, nas narrativas dos moradores, a incorporação do termo comunidade em substituição ao termo favela, que traz consigo inúmeros estigmas (Alvito, 2006; Fernandes e Costa, 2009). Neste trabalho, o termo será considerado nativo, pelo fato dos atores estudados se reconhecerem como moradores das ‘comunidades de Manguinhos’.

⁴ No aspecto jurídico-legislativo seguem enumerados alguns diplomas legais que possibilitaram a concepção da profissão agente comunitário de saúde: Portaria 1886 de 18 de dezembro de 1997 - Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família; Decreto 3189 de 4 de outubro de 1999 - Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agentes Comunitários de Saúde, e dá outras providências; Lei 10507 de 10 de julho de 2002 - Cria a profissão de ACS, e dá outras providências; Portaria 648 de 28 de março de 2006 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde; Lei 11350 de 5 de outubro de 2006 - Regulamenta o § 5 do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Conforme previsto no artigo 1, essa lei regulamenta as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias no SUS.

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

⁶ O Movimento Sanitário ou Movimento Pela Reforma Sanitária é descrito pela literatura como a junção de diversos atores coletivos em torno da remodelação da atenção à saúde no Brasil. No campo do saber médico emerge a Saúde Coletiva com a redefinição conceitual do processo saúde-doença, incorporando a ideia de determinação social nesta dinâmica. No âmbito político, a produção intelectual e atuação militante (por vezes de membros do Partido Comunista na clandestinidade) apregoava a democratização da sociedade brasileira.

⁷ Apesar de o título sugerir uma pesquisa que abarcasse as várias localidades da X RA, apenas as localidades de Manguinhos, Comunidade Monsenhor Brito e Vila União foram pesquisadas.

⁸ Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz;

⁹ A referida instituição produziu um relatório quanto ao uso de agentes comunitárias de saúde na Rocinha em ações focadas na saúde da mulher no Projeto desenvolvido pelo UNICEF e SMDS.

¹⁰ Permaneceu na Direção do UTGSF entre os anos 1979 e 1989.

¹¹ Especialização Lato Sensu

¹² Referência ao retorno se refere ao fato de já ter estado no Brasil durante suas pesquisas de doutorado.

¹³ Os documentos se referiam à Comunidade CHP2 também como Democráticos 30, em virtude deste ser o endereço referencial das correspondências direcionadas aos moradores daquela localidade.

¹⁴ De acordo com a legislação atual, seria o equivalente ao Ensino Fundamental.

¹⁵ Estes debates não serão aprofundados neste artigo.

¹⁶ Monitoramento do crescimento para combater a desnutrição em crianças, Técnicas de re-hidratação oral para combater doenças diarreicas, Amamentação para proteção das crianças, e Imunização.

