**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

AGLEILDES ARICHELE LEAL DE QUEIRÓS

**A Prática dos Agentes Comunitários de Saúde na América Latina: Origem,
Contradições e Desafios para o Cuidado em Saúde no Começo do Século**

XXI

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração Serviços de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Capel Narvai

**SÃO PAULO
2015**

**A Prática dos Agentes Comunitários de Saúde na América Latina: Origem,
Contradições e Desafios para o Cuidado em Saúde no Começo do Século XXI**

AGLEILDES ARICHELE LEAL DE QUEIRÓS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública da Universidade de São Paulo,
como requisito parcial para obtenção do título de
Doutor em Ciências.

Área de concentração Serviços de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Capel Narvai

SÃO PAULO
2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que, na reprodução, figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

Acho que vou precisar desaguar a sensação do dever cumprindo. A emoção de estar fazendo um trabalho que tanto acredito e agradecer a tantas pessoas generosas que me ajudaram. No Brasil: a todos vocês, amigos e amigas, que me acompanham e apoiam; à equipe do MS do Brasil; aos meus mestres; aos amigos e amigas que tenho aperreado muito nesta jornada; à minha família que sempre apoiou minhas “maluquices”. E um carinho especial aos irmãos latino-americanos, que generosamente me ajudaram em todos os países (trecho do caderno de anotações sobre a finalização da pesquisa de campo, 2013).

Dedico meus melhores sentimentos e a minha saudade molhada às duas mulheres mais importantes da minha vida: Chele e Mamãe (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

À Rua e às Instituições que tentam me educar: FSP/USP; UFPE;

Ao Professor Paulo Capel Narvai, pela paciência, apoio e cumplicidades.

À irmã Ingrid pelo apoio incondicional e por ser parte pulsante desta produção.

Ao vivido, pelo amor e pelos sonhos...

Aos familiares, pela ausência em momentos importantes.

Aos meus: a papai pelas orações e amor; a Aislan pelo estímulo e coragem; a Agna pelas orações e exemplo de bondade e resiliência; a Avelange pelo amor em família; a Sirlégia, Tia Beta, Gabriel, Sarinha e Ana Esther pelo carinho.

Ao amigo Mozart Salles e à equipe da SGTES/MS (Alex, Maria Alice, Juliano e Lucas) pelo incentivo, apoio e parceria.

À Fabiana Oliveira, Mariana Leal, Mateus, Ana Mielke, Rosário e Itamar Lages pelo apoio e companheirismo.

Aos mestres: Luci Praciano e Fábio Lessa (*in memoriam*); Laura Macruz, Márcia Valéria, Helena David, Ruben Mattos, Paulette, Roseni, Marcela Pronko, Vera Joana, Lacaz, Fernando Lefevre, Sônia Fleury, Áquilas Mendes, Ana Figueiredo, Ricardo Ayres e Ligia Bahia.

À Lorena, Livia, Charlene, Silvia, Osvaldo, Rodrigo Valente, Mari Pires, Thiago Pêda, Fran, Rubão, Juliana Sada, Adriana, Rafa Pannain e Sue, pelas mãos que apoiam e cuidam.

Aos diversos amigos latino-americanos: Natália, Castro, Javo, Júnior, Juliano, Jonatas, Vinicinho, Gladistone, Rogério, Mercedes, Susana e Nosley, Pato, Cristina, Mônica, Biby Rojas e Augustin; Vero, Lidia, Jacinto, Luís, Diana, Jaqueline, e em nome deles agradeço aos lutadores e lutadoras que sonham e constroem uma sociedade justa.

Aos amigos irmão e irmãs: Amanda, Luis, Pedro, Marcinho, Rafa Ruiva, Juliana Terribili, Antonio, Rose, Mônica, Fábio, Giliate, Bernardo, Cesar, Marcelo, Guapo, Luciana, Odete, Betinha pelo cuidado fraterno.

Ao MST e a Via Campesina por abrir portas e pela luta e resistência.

Aos sempre companheiros (as): Luiza, Shibata, Asas, Rodrigo, Pri, Gal, Américo, Lara, Suênia, Cal, Mari Vieira, Mi, Tati, Andrea e Bia, Fernandinha, Edson, Evelin, Ritinha, Aristides, Webster, Débora, Rafa Energia, Izaias, Gustavo, Jarbas, Luzi, Carlinha, Mari Martins, Rodolfo, Turla, Cariri, Carlos Silvan, Ju Ribas, Berta, Sofia, Lumena, Arthur Chioro, Pacheco, Dani Torres, Mari, Gaúcho, Lincoln, Cintia, Lucas, Fê, Edna, Beré, Ruy e Lu.

Aos entrevistados que compartilharam seus saberes.

À SMS de São Bernardo do Campo (SP) e ao Ministério da Saúde do Brasil.
A CAPES pelo apoio financeiro.

ESQUADROS (Adriana Calcanhotto)

*Eu ando pelo mundo
Prestando atenção em cores
Que eu não sei o nome
Cores de Almodóvar
Cores de Frida Kahlo
Cores!*

*Passeio pelo escuro
Eu presto muita atenção
No que meu irmão ouve
E como uma segunda pele
Um calo, uma casca
Uma cápsula protetora
Ai, Eu quero chegar antes
Pra sinalizar
O estar de cada coisa
Filtrar seus graus*

*Eu ando pelo mundo
Divertindo gente
Chorando ao telefone
E vendo doer a fome*

*Nos meninos que têm fome
Pela janela do quarto
Pela janela do carro
Pela tela, pela janela
Quem é ela? Quem é ela?
Eu vejo tudo enquadrado
Remoto controle*

*Eu ando pelo mundo
E os automóveis correm*

*Para quê?
As crianças correm
Para onde?
Transito entre dois lados
De um lado
Eu gosto de opostos
Exponho o meu modo
Me mostro
Eu canto para quem?*

*Pela janela do quarto
Pela janela do carro
Pela tela, pela janela
Quem é ela? Quem é ela?
Eu vejo tudo enquadrado
Remoto controle*

*Eu ando pelo mundo
E meus amigos, cadê?
Minha alegria, meu cansaço
Meu amor, cadê você?
Eu acordei
Não tem ninguém ao lado*

RESUMO

QUEIRÓS, A. A. L. *A Prática dos Agentes Comunitários de Saúde na América Latina: Origem, Contradições e Desafios para o Cuidado em Saúde no Começo do Século XXI*. 2015. 145 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

Muitos países da América Latina contam com pessoal de saúde cujas competências ora se aproximam, ora se afastam, do perfil do que no Brasil se vem denominando de Agente Comunitário de Saúde (ACS). Neste artigo, derivado de uma pesquisa qualitativa, ancorada no materialismo histórico e dialético, buscou-se compreender os arranjos que constituem a prática do ACS em suas variantes de atribuições e competências em seis países da região: Bolívia, Brasil, Cuba, Equador, Peru e Venezuela. Apenas como recurso dialógico, neste estudo todos esses trabalhadores são denominados ACS. Os elementos em comum em todos os países são que o ACS: a) aparece como um potente articulador e mobilizador dos interesses da comunidade; b) o processo de trabalho se desenvolve buscando criar estratégias para ampliar a capacidade das comunidades para reagir às desigualdades sociais; c) articula possibilidades internas aos países e as ancora estrategicamente nas diretrizes de órgãos internacionais que apoiam o fortalecimento dessas experiências; d) busca a definição de um espaço específico no quadro de trabalhadores da saúde, priorizando nesse sentido sua participação nas estratégias de cuidado comunitário das políticas de saúde realizadas pelo Estado; e) vivenciam e buscam superar a dicotomia entre a biomedicina e as práticas tradicionais defendendo-as como parte integrante, e não subordinada, das práticas institucionais de saúde. Nesse processo, os ACS buscam a recuperação e valorização, no cotidiano das ações de saúde, de elos e vínculos comunitários, solidariedade entre pessoas e grupos sociais, respeito ao ambiente e às diferentes explicações do mundo e do viver.

PALAVRAS-CHAVES: Viver Bem. Cuidado em Saúde. Agente Comunitário de Saúde. Regulamentação Profissional. Gestão do Trabalho. Medicina Tradicional. Interculturalidade. América Latina. Atenção Primária em Saúde.

ABSTRACT

QUEIRÓS, A. A. L. *The practice of Community Health Workers in Latin America: origin, contradictions and challenges for health care in the early twenty-first century*. 2015. 145 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

Many Latin American countries have health personnel whose skills sometimes converge or diverge, on the profile that Brazil defines of Community Health Workers (CHW). In this article, derived from a qualitative research, anchored in historical and dialectical materialism, we sought to understand the arrangements that constitute the practice of ACS in variants of powers and tasks in six countries in the region: Bolivia, Brazil, Cuba, Ecuador, Peru and Venezuela. Just as dialogical resource, in this study all these workers are called ACS. The common elements in all countries are the ACS: a) appears as a powerful community's interests in coordinating and mobilizing ; b) the work process develops seeking to create strategies to increase the capacity of communities to respond to social inequalities; c) provides an internal possibilities to countries and strategically anchored in the guidelines of international organizations that support the strengthening of these experiences; d) seeks to define a specific space in the health workers framework, prioritizing accordingly their participation in community care strategies of health policies made by the State; e) experience and seek to overcome the dichotomy between biomedicine and traditional practices defending them as an integral part, and not subject, institutional health practices. In the process, the ACS seek recovery and recovery in the daily health activities, links and community ties, solidarity between people and social groups, respect the environment and offer different explanations of the world and living.

KEYWORDS: Living Well, Health Care, Community Health Agent, Professional Regulation, Work Management, Traditional Medicine, Interculturality, Latin America, Primary Health Care.

SUMÁRIO

PARTE I – CONTEXTO E CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	18
1 INTRODUÇÃO	19
a) Bolívia	23
b) Brasil	23
c) Cuba	24
d) Equador	25
e) Peru	25
f) Venezuela	26
2 OBJETIVOS	29
2.1 Objetivo Geral	29
2.2 Objetivos Específicos	29
3 CAMINHO METODOLÓGICO	30
PARTE II – PRODUTOS DA PESQUISA	36
4 PRODUTOS	37
4.1 O PARADIGMA DO VIVER BEM NA BOLÍVIA: O CUIDADO EM SAÚDE E O PLURALISMO ECONÔMICO	38
1 INTRODUÇÃO	39
2 CAMINHO METODOLÓGICO	41
3 MATRIZ DE PROBLEMATIZAÇÃO DO OBJETO	43
3.1 O CONTEXTO ÉTNICO-POLÍTICO NA AMÉRICA LATINA	43
3.2 O PARADIGMA DO VIVER BEM	45
4 DISCUSSÕES E ANÁLISE	47
4.1 A PLURALIDADE NO SETOR ECONÔMICO BOLIVIANO	47
4.2 O CUIDADO EM SAÚDE NA BOLÍVIA	49
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
4.2 A MEDICINA TRADICIONAL E A INTERCULTURALIDADE NA POLÍTICA E NAS PRÁTICAS DE SAÚDE NA BOLÍVIA NO INÍCIO DO SÉCULO XXI: LIMITES E DESAFIOS	56
1 INTRODUÇÃO	57
2 CAMINHO METODOLÓGICO	59
3 A MEDICINA TRADICIONAL NA BOLÍVIA	60
4 AS ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS E A SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS	62
5 A INTERCULTURALIDADE NA BOLÍVIA: LIMITES E DESAFIOS	67
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
4.3 METAMORFOSES E CONTRADIÇÕES NO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO BRASIL	74
1 INTRODUÇÃO	75
2 METODOLOGIA	76
3 MATRIZ DA PROBLEMATIZAÇÃO DO OBJETO	78
4 ANÁLISE E SISTEMATIZAÇÃO	80

4.1 TRABALHO E CUIDADO – A PRÁXIS NECESSÁRIA.....	80
4.2 “O ACS É O SUS ANDANDO” – O DESAFIO NO TRABALHO DO ACS	84
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
4.4 AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO CONTEXTO LATINO-AMERICANO: CONTRADIÇÕES E DESAFIOS	94
1 INTRODUÇÃO.....	95
2 METODOLOGIA.....	96
3 CATEGORIAS ANALÍTICAS – A MATRIZ DE INVESTIGAÇÃO.....	98
4 DISCUSSÃO E SISTEMATIZAÇÃO: O SURGIMENTO E A INSERÇÃO DA PRÁTICA DO AGENTE COMUNITÁRIO NA BOLÍVIA, BRASIL, CUBA, EQUADOR, PERU E VENEZUELA	104
5 SÍNTESE E ANÁLISE: OS ARRANJOS QUE PERMEIAM A PRÁTICA DO ACS NA ATUALIDADE	109
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115
5 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO E OS RESULTADOS DA PESQUISA	119
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	122
APÊNDICES	125
APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	125
APÊNDICE 2: CARTA DE CONVITE.....	126
APÊNDICE 3: ROTEIRO DA ENTREVISTA.....	127
APÊNDICE 4: DOCUMENTO SOBRE A PESQUISA PARA OS ENTREVISTADOS.....	128
ANEXOS	138
ANEXO 1: PARECER DO COEP/FSP/USP, DE 26 DE MARÇO DE 2008	138
ANEXO 2: PÁGINA INICIAL DO CURRÍCULO LATTES DO AUTORA.....	139
ANEXO 3: PÁGINA INICIAL DO CURRÍCULO LATTES DO ORIENTADOR.....	140
ANEXO 4: SUBMISSÃO DO ARTIGO NA REVISTA <u>TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE</u>	141
ANEXO 5: SUBMISSÃO DO ARTIGO NA REVISTA <u>PHYSIS</u>	142

LISTA DE SIGLAS

ACAPS – Agente Comunitário de Atenção Primária a Saúde
ACD – Auxiliar de Consultório Dentário
ACE – Agentes de Combate às Endemias
ACIS – Agente Comunitário Indígena de Saúde
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIS – Ações Integradas de Saúde
BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento
BM – Banco Mundial
CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensão
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEPAL – Comissão Econômica para a América Latina e Caribe
CD – Cirurgião-Dentista
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
EAIS – Equipe de Atenção Integral em Saúde
ECO-92 – Conferência sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento
AMS – Auxiliares de Medicina Simplificada
ESSALUD – Seguro Social de Saúde do Peru
ESF – Estratégia da Saúde de Família
FENAJU – Federação das Juntas Vecinales
FMI – Fundo Monetário Internacional
FMC – Federação de Mulheres Cubanas
IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensão
IESS – Instituto Equatoriano de Segurança Social
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
IPSFA – Instituto de Ação Social das Forças Armadas
IPASME – Instituto Bem-estar e Bem-Estar Social, Ministério da Educação, Cultura e Esportes
ISSFA – Instituto de Segurança Social das Forças Armadas
ISSPOL – Instituto de Segurança Social da Polícia Nacional
IVSS – Instituto Venezuelano de Seguro Social
LMG – Lei da Maternidade Gratuita
MAS – Movimento para o Socialismo
MAIS – Modelo de Atenção Integral de Saúde
MIES – Ministério da Inclusão Econômica e Social

MINSa – Ministério da Saúde
MINSa – Ministério da Saúde Pública
MOPS – Movimento Popular de Saúde
MSAS – Ministério da Saúde e Assistência Social
MSD – Ministério da Saúde e Desportes
MSP – Ministério da Saúde Pública
MSP – Ministério da Saúde Pública
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organização Não Governamental
ONU – União das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde
OPS – Organização Pan-americana de Saúde
OSCIP – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS – Organizações Sociais de Saúde
PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde
PDVSA – Petróleos de Venezuela
PEAS – Plano Essencial de Asseguramento em Saúde
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste
PMAQ-AB – Programa de Melhoria do Acesso da Qualidade na Atenção Básica
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNACS – Programa Nacional de Agente Comunitário de Saúde
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PRO-AUS – Projeto do Seguro Social Universal
PRONATEC – Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego
PSF – Programa Saúde da Família
PT – Partido dos Trabalhadores
RPS – Responsáveis Populares de Saúde
SAFCI – Saúde Familiar e Comunitário Intercultural
SIS – Seguro Integral de Saúde
SOBOMETRA – Sociedade Boliviana de Medicina Tradicional
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SPNS – Sistema Nacional de Saúde Pública

SUS – Sistema Único de Saúde

TAPS – Técnico de Atenção Primária em Saúde

TCO – Terras Comunitárias de Origem

TIOC – Território Indígena de Origem Campesino

UDP – Unidade Democrática Popular

UNESCO – Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNICEF – Fundação das Nações Unidas para a infância

URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

UNASUL – União de Nações Sul-Americanas

USAID – Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional

USP – Universidade de São Paulo

VMTI – Vice-Ministério de Medicina Tradicional e Intercultural

APRESENTAÇÃO

Soy lo que sostiene mi bandera
 La espina dorsal del planeta, es mi cordillera
 Soy lo que me enseñó mi padre
 El que no quiere a su patria, no quiere a su madre
 Soy América Latina, un pueblo sin piernas, pero que camina
 René Pérez, 2011

A tese é um produto das diversas buscas, atravessamentos e sínteses. É a exposição de algumas trajetórias vividas, apreendidas enquanto produção de conhecimento. O resultado deste trabalho é parte do que sou: uma sertaneja que acredita que o mundo pode ser mais feliz e mais justo. Essa pesquisa tem o compromisso de – na busca por novos conhecimentos e experiências – contribuir para uma práxis transformadora da realidade. Ela é a minha interpretação da história e, portanto, um retrato a partir das minhas lentes. Espero que esta consiga contribuir para o contexto científico que assume uma responsabilidade histórica com a luta contra as desigualdades e iniquidades e pelo fim de todos os tipos de opressão.

O compromisso é com a luta política em torno da produção de conhecimento no que se desafia a partir da realidade, transformá-la. Nesse sentido, busquei analisar o agente de saúde da comunidade e alguns promotores e curandeiros comunitários, pelo reconhecimento de que eles são, dentro do campo da saúde, um tipo de trabalhador estratégico para se estudar as novas morfologias do trabalho em serviço, e da saúde na comunidade.

O início do trabalho, ainda durante a escolha do objeto, é marcado pelo resgate das minhas raízes: o sertão e o mangue. Cenários forjados por contradições e desequilíbrios causadores de desigualdades e opressões. Mas também fonte de histórias de resistência e de luta. A decisão foi a de desbravar um tipo de território com estas características. Para isso foi preciso redesenhar o objeto do estudo que apresentei ao ingressar no doutorado e encarar a empreitada percorrendo seis países na América Latina: Cuba, Bolívia, Brasil, Equador, Peru e Venezuela; para estudar uma prática de saúde forjada no ambiente comunitário, a prática do Agente Comunitário de Saúde – ACS.

Reafirmo minhas concepções nas sábias palavras de Leandro Konder, que diz: “se queremos crescer, precisamos evitar a tentação de nos aferrar a modos de sentir e de pensar que estão funcionando mal, precisamos fazer um esforço cansativo, difícil, incômodo, no sentido de abrir nossas cabeças para a aventura de pensar o novo” (1992, p. 14). Precisei renovar os meus sonhos por um mundo justo. E, a partir das palavras de um libertário chamado Paulo Freire que

disse certa vez “pela coragem da rebeldia e pela valentia de amar”, recoloco meu desejo.

Por uma nova sociedade que, sendo sujeito de si mesma, tivesse no homem e no povo sujeitos de sua história. Opção por uma sociedade parcialmente independente ou opção por uma sociedade que se “descolonizasse” cada vez mais. Que cada vez mais cortasse as correntes que a faziam e fazem permanecer como objetos de outras, que lhe são sujeitos (FREIRE, 2011, p. 51-52).

Decido caminhar em direção a um horizonte pouco conhecido e de alguma forma contribuir com a produção do conhecimento no campo da sociologia do trabalho em saúde, dando visibilidade às nossas semelhanças regionais, buscando compartilhar as diversidades apreendidas – muitas delas, alternativas para resolver problemas similares. Ao olhar para os meus primeiros registros, reconheço minhas inquietudes. Também reconheço a grande generosidade e solidariedade com as quais fui acolhida pelo povo latino-americano.

O meu coração está ansioso e cheio de emoções. Pareço uma criança ingênua, que vai passear no mato e fica encantada com tudo; perde até a hora de voltar para casa. Mas ela lembra que tem ‘coisas’ na floresta e o coração fica tenso, com muito, muito medo. Ela é uma sobrevivente, uma mulher nascida e criada no sertão, que saiu e caminhou, caminhou muito. Às vezes para. Tem vontade de voltar; não esqueceu o caminho, ele é marcado por fortes lembranças, mas ela sabe que não cabe mais, que precisa continuar andando. Enxuga as lágrimas e olha para o horizonte; ela ver o pôr do sol e fica ali, até a lua chegar; ela gosta muito da lua. Daqui a pouco o lugar parece familiar, ela já tem histórias com o povo e com sua comunidade. Mas tem que ir novamente. E agora? Ela está igual-diferente, mas onde ela vai pendurar a rede? Sei não, esta menina! (QUEIRÓS, 2013).

Como diz a canção: “[...] Soy América latina, un pueblo sin piernas pero que camina. [...] Aquí estamos de pie;”. E é com o espírito desbravador que sigo tentando entender as superações de um povo diante de tanta opressão e exploração; suas históricas de luta e resistências populares contra as iniquidades políticas e sociais. Nas últimas duas décadas estes acúmulos têm forjado governos progressistas na região. Alguns deles foram selecionados para compor este estudo. Como parte do método de pesquisa, optamos por referências teóricas que possuem um pensamento crítico alicerçado no materialismo histórico e dialético além do paradigma do Viver Bem/Bem Viver, que é ancorado na cosmovisão dos povos indígenas originários da região. A síntese do processo de aprendizagem sobre o paradigma do Viver Bem gera um artigo desse manuscrito, o 4.1.

Além das descobertas inerentes ao trabalho de campo, presenciei momentos históricos em cada país: vi a chegada do presidente Hugo Chávez a Cuba para a sua última tentativa de tratamento contra o câncer; confraternizei com o povo equatoriano a reeleição do presidente Rafael Correa; estive no velório do comandante Hugo Chávez na Venezuela; participei de uma reunião e acompanhei o desdobramento da criação de um novo partido na Bolívia, o Partido dos Trabalhadores – PT. No Peru, acompanhei a cúpula dos países da América do Sul, que

reconheceu a vitória eleitoral de Nicolas Maduro, atual presidente da Venezuela. E, mesmo não sendo parte da minha pesquisa, estive como palestrante na Colômbia, em plena reforma da constituição daquele país. E, ao retornar ao Brasil, compus a equipe de gestão que implementou o Programa Mais Médicos para o Brasil. Foram momentos efervescentes, que influenciaram em muito os passos ao longo da pesquisa.

Como diz Guimarães Rosa: “Vivendo se aprende; mas o que se aprende, mais, é só a fazer outras maiores perguntas” (2006, p. 413). A produção deste estudo me ensinou muito sobre a vida e sobre a necessidade de inventar outros jeitos de pensar a sociabilidade libertária. Fundamentalmente, Marx é uma das figuras centrais do pensamento social, sobretudo, para analisar os fenômenos de mudança na sociedade capitalista. Entretanto, as aproximações feitas junto ao objeto e aos cenários mostraram que apenas o materialismo histórico não seria suficiente para interpretar aquelas realidades. Por isso foi preciso ser dialético e buscar conhecimentos que apoiassem a compreensão da complexidade social e política analisada. Sendo assim, adquiri uma vasta bibliografia de autores latino-americanos.

Todos os países do estudo estão vivendo reformas do setor saúde. A República de Cuba avança historicamente com um Sistema de Saúde universal, integral e de qualidade. O Brasil segue estruturando o Sistema Único de Saúde e, a Bolívia, Equador e Venezuela recém proclamaram nas suas constituições, sistemas universais de saúde. Peru, apesar de anunciar um projeto de sistema universal, tem implementado políticas focalizadas no setor. Outro aspecto que emerge e cria destaque na tese é a interculturalidade em saúde, que vem sendo experimentada no Equador e na Bolívia. A aproximação e análise sobre a temática rendeu um segundo produto – o artigo 4.2, que narra à inserção da saúde intercultural no contexto do sistema de saúde boliviano.

Outro aspecto que ganha espaço dentro da tese, no formato de artigo – o 4.3, é o caso do Brasil, que representa uma experiência de regulamentação do trabalho no contexto nacional. Durante a pesquisa foram identificadas trajetórias distintas na institucionalização da prática do agente comunitário de saúde nos diversos países estudados; no Brasil a sua institucionalização vem se consolidando na perspectiva dos direitos trabalhistas, contrariando a conjuntura atual, que enfrenta a precarização e a terceirização do trabalho.

Sem ter a pretensão de desvendar toda a complexidade histórica e social que funda a prática profissional do agente comunitário de saúde nos 6 países: Cuba, Bolívia, Brasil, Equador, Peru e Venezuela, o quarto artigo da tese – 4.4 – é a sistematização de diversas informações apreendidas durante a pesquisa de campo, e a análise sobre os diversos arranjos

que produzem a prática do ACS, as suas origens e os desafios contemporâneos.

A tese foi organizada em duas partes. A primeira é: introdução; objetivos do estudo; e metodologia. E a segunda são os produtos da pesquisa, conforme descrições dos artigos nos parágrafos anteriores. O primeiro e o segundo são frutos da aproximação e síntese sobre o Viver Bem e a Saúde Intercultural; o terceiro é o produto de reflexões críticas sobre a situação do ACS no Brasil; e o quarto é a análise do agente de saúde nos seis países estudados; e as considerações sobre o percurso e o resultado da pesquisa.

A partir deste manuscrito ousei dar visibilidade a assuntos pouco debatidos no campo da saúde brasileira. Assuntos que precisam ser acolhidos nos espaços institucionais como é o caso da interculturalidade em saúde e do paradigma do Viver Bem. Ao analisar a prática do ACS tentei abordar um tema relevante para a sociologia do trabalho e para as políticas de saúde e, apesar da dedicação e implicação no desenvolvimento do estudo, assumo as dificuldades e limitações encontradas no decorrer da pesquisa, uma vez que a aproximação dessa pesquisadora ao objeto pesquisado certamente não conseguiu abarcar a sua complexidade. A investigação se revelou excessivamente ambiciosa e, portanto, inacabada. Diante do prazo extremamente limitado e da abrangência do tema, espero que a tese desperte o interesse de outros pesquisadores, no intuito de aprofundá-la.

PARTE I – CONTEXTO E CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

1 INTRODUÇÃO

As origens e os processos históricos que produzem a prática profissional do Agente Comunitário de Saúde (ACS) são atravessadas pelas relações e os contextos vividos pelas classes populares e, portanto, se supõe que os mesmos, profissionais e/ou lideranças podem incorporar nas suas práticas, as lutas populares. Queirós afirma que “com o acúmulo de saber popular, esse profissional pode ser qualificado como um intelectual orgânico, já que é um potente ator com função organizativa para a peleja contra-hegemônica” (2012, p. 277).

A ação desse novo ACS pode se expressar de diversas formas. O primeiro resultado é que o ACS, por si só, é um agente contraditório para a política institucional, na medida em que pode ser considerado como extensão do poder popular. O segundo efeito é que, ao estar inserido (trabalhar e viver) no território-processo, as consequências da divisão de classe tornam-se parte da sua ocupação e vida, aproximando-o das dimensões que compõem a resistência institucional, ou seja, da tomada de consciência, da organização e da aliança (QUEIRÓS, 2012, p. 277).

Este estudo compreende que a estruturação da prática profissional ocorre na sociedade por meio da correlação de forças e dos consensos socialmente construídos e considera que a institucionalização da prática apresenta limites, mas tensiona as regras e normas que tentam ser hegemônicas. Segundo Luz (1981, p. 35) a prática institucional tende a ser conflituosa (vista do ângulo das relações sociais) e contraditória (vista do ângulo da estrutura).

A abordagem feita por Luz baseada em Gramsci introduz temas relativos à hegemonia e à conjuntura social e, portanto, à ligação das instituições na sociedade política e civil. A autora procura aproximar Gramsci e Foucault, apoiando-se neste quando destaca a relevância de se compreender o discurso institucional (saberes) e sua relação com o poder, isto é, a relação “poder/saber institucional”. Ao ser incluído em uma política, o trabalho do ACS se sujeita a alguns rearranjos, transformando o seu discurso em discurso institucional.

Para Luz (1981, p. 36) é por meio de relações singulares que aceitamos complexas hierarquias sociais. Deste modo se fixam e se reproduzem as relações sociais e o poder do próprio sistema capitalista. As regras que fundamentam as relações institucionais são a ordem e a disciplina. A ordem garante a estrutura e a disciplina assegura as relações sociais. Elas são interdependentes. “É necessário estabelecer a ordem para manter a disciplina e assegurar a disciplina para que não haja quebra de ordem” (LUZ, 1981, p. 36). A base de apoio do triângulo do poder institucional é a hierarquia.

Vale lembrar que a prática social do ACS tem origens em saberes e poderes populares, constituídos em práticas familiares e comunitárias; no entanto, o setor saúde estrutura suas práticas hegemonicamente a partir dos saberes biomédicos e da saúde coletiva e, utiliza a ordem, a disciplina e a hierarquia para institucionalizar suas técnicas e conhecimentos (LUZ,

1981, p. 36). Desse modo, a prática do ACS ao ser institucionalizada apreende saberes e fazeres desenvolvidos no contexto dos serviços de saúde. Sua forma de cuidar é modificada pela correlação de forças entre saberes e práticas populares e pelo pensamento biomédico e do campo da saúde coletiva.

No contexto dos países estudados, observou-se que o acesso à saúde, principalmente os “cuidados primários” são ofertados tanto nos serviços públicos quanto nos meios comunitários e familiares. A população utiliza diferentes recursos como estratégia de cuidado e cura para além do biomédico e, alguns desses recursos são complementares, outros opostos. Segundo a pesquisadora Susana Hita, a população realiza o autocuidado, usa a medicina popular e tradicional e utiliza redes informais de cuidado e medicinas alternativas (2011, p. 21), além das práticas biomédicas.

Durante o trabalho de campo observou-se que na Bolívia se configuram três formas distintas de desenvolver o cuidado em saúde: as práticas biomédicas, a medicina tradicional e o autocuidado, sendo esse último a principal forma de remediar os problemas e doenças da população. A medicina biomédica é a menos demandada. Já a medicina tradicional, que historicamente faz parte da cultura do seu povo, é a segunda alternativa diante dos agravos.

A base dos seus fundamentos é o saber da medicina ancestral da comunidade, transmitido preferencialmente pela tradição oral, um chamado pessoal através de sonhos ou visões, ou por escolha e decisão da comunidade de origem. Este conhecimento é aplicado através de rituais específicos por seus próprios agentes de saúde, mesmo que com o passar do tempo e através das experiências de cura que realizam são reconhecidos como tal, dentro de seu núcleo social (PRIBY, 2011, p. 3-4).

Corroborando com esse cenário, a Organização Pan-americana de Saúde (OPS) defendeu um plano de ação para os anos 1995-1998, em relação aos Sistemas Tradicionais de Saúde, que segundo OPS (1996), é politicamente mais abrangente do que o termo Medicina Tradicional. O plano propôs que os países da América Latina estruturassem políticas públicas de saúde considerando os sistemas tradicionais. Uma década depois o desafio é assumido pelos governos do Equador e da Bolívia, por meio da Constituição de 2008 e 2009, respectivamente, em que ambos os países propõem acesso universal aos serviços de saúde e defendem a interculturalidade em saúde como eixo norteador de todo o sistema.

Outros países como Guatemala, Venezuela e México também estão propondo reformular o seu sistema de saúde e se desafiando a trabalhar com concepção de uma nação multicultural, aprofundando os arranjos que permitam a integração das práticas interculturais, que são bastante distintas e questionadas pela biomedicina (HITA, 2011, p. 16).

Na perspectiva de compreender como esse arranjo se desenvolve, o estudo fez uma

aproximação ao processo em curso na Bolívia. Para tanto, observou-se que há uma estruturação da política de saúde que considera a cosmovisão dos povos originários, reconhecendo e valorizando as práticas tradicionais de saúde e as distintas concepções culturais, inserindo-as institucionalmente. Para tanto, criou-se na gestão da saúde, um Vice-Ministério de Medicina Tradicional e Intercultural, com o objetivo de desenvolver o modelo Saúde Familiar Comunitário e Intercultural – SAFCI, buscando compatibilizar e integrar a biomedicina e a medicina tradicional de modo a desenvolver um cuidado que responda às necessidades e respeite a diversidade cultural.

Cabe salientar que o projeto de saúde anunciado pela Bolívia assume o desafio de pensar políticas públicas centradas na superação dos determinantes de saúde, portanto, no enfrentamento das iniquidades e opressões, e aponta para a necessidade de investir em redes de serviços que atendam às necessidades da população, mas que também sejam capazes de superar a simplificação e a focalização da oferta, rompendo a dicotomia entre saberes e práticas biomédicas e tradicionais.

Vários países da América Latina, a partir dos anos 1980, intensificaram a expansão da oferta de ações e serviços relacionados à atenção primária, ampliando o acesso à saúde para uma população vulnerável. A estruturação seguiu as diretrizes propostas pelos órgãos internacionais e, em casos como o do Brasil, ocorreu com o protagonismo dos movimentos comunitários e sociais, a partir do recrutamento de membros das comunidades para apoiar as atividades de prevenção e promoção da saúde, ora chamados de promotores de saúde, ora de agentes comunitários de saúde. Segundo Mendonça (2004), o surgimento de projetos de renovação das práticas sociais provoca a profissionalização de novas atividades sociais e laborais.

A Declaração de Alma-Ata, um marco histórico para a política de Atenção Primária em Saúde (APS), recomendou que os cuidados primários fossem desenvolvidos pelas pessoas que trabalham no campo da saúde como “médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares e agentes comunitários”, bem como pelos praticantes da medicina tradicional (OMS/UNICEF, 1979, p. 4). Ela também sugeriu a utilização do conceito ampliado de saúde para estruturar sistemas universais de saúde – a serem garantidos pelos governos – e, uma Atenção Primária à Saúde Integral.

APS consiste em:

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 ser 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).

As recomendações feitas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-americana de Saúde (OPS) defendidas na Carta de Ottawa (1986) com o estabelecimento da meta “Saúde para todos no ano 2000”, previam que os países estruturassem seus sistemas de saúde a partir do Estado.

Entretanto, as diretrizes passaram a ser combatidas e vêm sendo modificadas ou mesmo abolidas pelos projetos estimulados pelas agências internacionais, tais como o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI), que visam desestimular as propostas de uma saúde universal. O documento *Financing Health Services in Developing Countries: an agenda for reform*, de 1987, marca o início da atuação mais expressiva do BM na oferta de ideias no campo da saúde. O documento questiona a saúde como direito universal e propõe que o Estado diminua sua responsabilidade quanto ao seu financiamento. E, em 1995, o BM produz e divulga um documento defendendo uma APS seletiva:

O conceito de atenção primária em saúde implica oferecer um número limitado, simplificado e barato de tecnologias de saúde para um amplo número de pessoas em situação de necessidade e por meio de um *staff* paramédico baseado nas comunidades (HEAVER, 1995, p. 5).

A cooperação do BM com o setor saúde de alguns países da América Latina, dentre eles o Brasil, aumentou nos anos subsequentes e o que se percebe é que o BM vem ampliando suas funções técnicas e financeiras, assumindo um papel cada vez mais político, que tem influência sobre a agenda política dos países. Para Mattos (2000), as recomendações do BM são respaldadas por uma base ideológica e conceitual que imprime uma diretriz redutora e seletiva às políticas sociais.

Sendo assim, o sistema de proteção social e as políticas de saúde variam de acordo com as circunstâncias históricas e a correlação de forças. Nesse sentido, as propostas de desestatização, desregulamentação e desuniversalização dos serviços de saúde devem ser entendidas como frutos do ajuste neoliberal imposto sobre a América Latina. Essas políticas têm se apresentado de forma setorializada e fragmentada e precisam ser observadas a partir da abrangência, universalização, financiamento, cobertura, etc. (SOARES, 2000, p. 32).

Sem dúvida, expandir a cobertura é universalizar, mas a expansão só atenderá à universalidade e à equidade se levar em conta as necessidades sociais observadas. A priorização de ações de saúde para grupos ditos vulneráveis promove uma intervenção que associa pobreza e saúde, fenômenos indissociáveis, mas de naturezas distintas. Dissolve, ainda, numa única intervenção racionalizadora, ações estigmatizadoras e focalizadas, que não consubstanciam um projeto unificado de proteção social para satisfazer exigências mínimas de renda, trabalho, acesso à saúde, educação e

saneamento qualificados em sua diversidade regional e local (MENDONÇA, 2004, p. 354-355).

Vale destacar ainda, que o setor saúde latino-americano sempre sofreu com as políticas restritivas, ora pela desresponsabilização do poder público, ora pelo modelo de desenvolvimento ancorando nas políticas neoliberais.

Recentemente, mudanças constitucionais e legais vêm ocorrendo em diversos países da América Latina, recolocando a agenda do direito universal à saúde no contexto regional. Na tentativa de compreender como se desenvolvem as políticas de saúde nos países estudados; e identificar alguns movimentos históricos que contribuíram para a conformação no contexto atual, seguem algumas informações:

a) Bolívia

Um marco importante da saúde na Bolívia ocorre durante o governo da Unidade Democrática e Popular (UDP), uma aliança do campo da esquerda que elegeu o presidente Hérnan Zuazo. O governo dialogou com a mobilização comunitária em torno do setor saúde e propôs a estruturação de políticas públicas para enfrentar os problemas causados pelas desigualdades sociais, econômicas e culturais (BOLÍVIA, 1991, p. 19). O governo sofreu o impacto da instabilidade gerada pela frágil democracia e pela crise econômica e política e as iniciativas progressistas não conseguiram se transformar em políticas públicas. O governo da UDP foi sucedido por Víctor Paz Estenssoro, que iniciou a era neoliberal na Bolívia. As políticas sociais – e, principalmente, o setor saúde – sofreram com as privatizações e com a estruturação dos seguros de saúde.

Na década de 1990 se estruturaram na saúde seguros para pessoas com vínculo trabalhista e seguros públicos universais para alguns segmentos da sociedade como mulheres grávidas, crianças e idosos. Em 2006 teve início o governo do presidente Evo Morales, com a proposta de um Sistema Único de Saúde (SUS), universal, equitativo, gratuito, intercultural e com participação comunitária (BOLÍVIA, 2009); organizado a partir do modelo Saúde Familiar Comunitária e Intercultural (SAFCI).

b) Brasil

Em 1923 criam-se as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), que serão substituídas na década de 1930 pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs). Em 1967 reformula-se o sistema previdenciário, fundindo os IAPs e criando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); em 1978, cria-se uma estrutura administrativa própria para tratar das questões da assistência médica, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

(INAMPS) (MONTEKIO et al., 2011, p. 123). Nos anos 1970 surge o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS) cujo objetivo era ofertar ações médicas simplificadas à população historicamente excluída e, na década de 1980, as Ações Integradas de Saúde (AIS) que contribuíram para descentralizar a APS (POLIGNANO, 2001). Nos anos 1970 e 1980, durante a redemocratização do país, a luta pelo direito universal à saúde e por uma reforma sanitária brasileira torna-se uma agenda política estratégica e, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) propõe a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS).

A Constituição federal de 1988 firmou uma responsabilidade sanitária integral e definiu a concepção social da saúde criando o SUS (STOTZ, 2003, p. 28). No capítulo III da Carta Magna brasileira, o SUS foi legitimado e definido como uma rede regionalizada e hierarquizada, sob os princípios e diretrizes da universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização e participação da comunidade (BRASIL, 1988). O SUS funciona a partir de uma rede de serviços de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar. A atenção básica é a ordenadora do cuidado e tem como arranjo prioritário a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Apesar de o SUS ser um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, consta na sua regulamentação a participação “complementar” do setor privado. E, nos últimos anos, a crescente participação do setor nas políticas públicas, com a privatização da saúde, torna-se uma agenda central na defesa do direito à saúde.

c) Cuba

A estruturação do sistema de saúde no governo revolucionário precisou considerar de um lado as iniciativas que vinham sendo realizadas pelos médicos guerrilheiros – que desviavam parte dos seus esforços e recursos para atender à população camponesa residente nas zonas onde se desenvolvia a guerrilha (CEBES, 1984, p. 156) – de outro, o fato de quase 50% dos médicos terem deixado o país durante a década de 1960 (FÉLIX et al., 2011, p. 420). Em resposta a esse cenário, Cuba adota a estratégia de brigadas sob a coordenação da Federação de Mulheres Cubanas (FMC).

Para o governo de Cuba a saúde é um direito de todos os indivíduos e uma responsabilidade do Estado. Os serviços de saúde são de caráter integral e resolutivo. As ações de saúde são realizadas com participação ativa da comunidade organizada. No país, não existe a medicina privada; a saúde é totalmente pública e o sistema é único. Na atenção primária, o médico de família constitui a porta de entrada para a rede de serviços de saúde e se aposta que este

profissional seja capaz de solucionar 95% dos problemas de saúde apresentados pela população (PEREZ, 2000).

d) Equador

Em 1935 foram criados Estabelecimentos de Serviços Médicos de Seguro Social, como seção do Instituto Nacional de Previdência (atual Instituto Equatoriano de Seguridade Social). Em 1994 foi sancionada a Lei da Maternidade Gratuita (LMG) e quatro anos depois se amplia a LMG para a assistência materno-infantil e para crianças menores de cinco anos; também é realizada uma reforma constitucional no setor (LUCIO, et al., 2011, p. 181).

Em 2002, a Lei Orgânica do Sistema Nacional de Saúde introduz novos elementos para a prestação de serviços de saúde. E, em 2005 cria-se a Secretaria Nacional dos Objetivos do Milênio, com *status* de Ministério, com o desafio de promover a estratégia de Seguro de Saúde Universal no Equador e, em 2006, se torna um projeto – PRO-AUS – que era apoiado financeiramente pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e tinha como objetivo melhorar a qualidade dos serviços de saúde e atender à população mais pobre do país. No entanto, esta experiência é finalizada em 2008, com a mudança de governo (LUCIO, et al., 2011, p. 185-186). Segundo Lucio, atualmente a cobertura realizada pelo Ministério de Saúde Pública (MSP) é de 51% e o atual governo busca a sua expansão e integração a partir de uma Rede Pública de Saúde Integral (2001, p. 181).

A Constituição equatoriana de 2008 anunciou uma Revolução Cidadã e reconheceu a saúde enquanto direito fundamental garantido pelo Estado (ECUADOR, 2012, p. 11). O governo do presidente Rafael Correa propõe um Modelo de Atenção Integral à Saúde (MAIS), que tem como diretriz a Saúde Familiar, Comunitária e Intercultural, com abordagem usuário-centrado (ECUADOR, 2012, p. 19).

e) Peru

Em 1979 é criado o Sistema Nacional de Saúde, com as diretrizes da descentralização e desconcentração. Na constituição de 1993, a saúde e a seguridade social são assumidas como direito, entretanto, a sua lei geral só ocorre em 1997 (Nº 27813) (ISAGS, 2011, p. 603). No Peru o sistema de saúde possui o setor público e o privado. A Lei de Asseguramento Universal de Saúde aprovada em 2009, apesar de anunciar a universalização do acesso, apenas propõe unificar as diversas estruturas existentes. No Peru, o setor público só atende à população que comprove condições de pobreza (ALCALDE-RABANAL, 2011, p. 247).

O sistema de saúde segue o Modelo de Atenção Integral de Saúde (MAIS) e possui três níveis de atenção, com cobertura de 39,3% pelo Sistema Integral de Saúde (SIS). O modelo de

APS é baseado na saúde familiar e comunitária e desenvolve ações de prevenção e promoção da saúde com participação comunitária, a partir de serviços públicos e privados (ISAGS, 2011, p. 611).

f) Venezuela

Desde a fundação do Ministério da Saúde e Assistência Social (MSAS), em 1936, o governo investe no controle dos principais problemas de saúde, como a mortalidade infantil, a malária e a tuberculose. Em 1948 foram construídos hospitais em todo o país, além de unidades médicas e clínicas rurais chamadas “medicaturas” (OPS, 2006, p. 7).

Em 1961, a Constituição Nacional estabelece o direito à proteção de saúde e, somente em 1983, é promulgada a Lei Orgânica de Serviço Nacional de Saúde. Seis anos depois é iniciada a descentralização e a transferência das competências e dos serviços de saúde para os estados (BONVECCHIO et al., 2011, p. 279). A partir dos anos 1980, vários países da América Latina, dentre eles a Venezuela, passaram a viver com a perda de financiamento, com a privatização, o não investimento na manutenção da infraestrutura, com a fragmentação e com a desarticulação de diversos atores. Por outro lado houve a expansão do setor privado.

A Constituição da República Bolivariana da Venezuela de 1999 aprova a criação do Sistema Nacional de Saúde Pública (SPNS), sob os princípios de gratuidade, universalidade, integralidade, equidade, a integração social e a responsabilidade social, financiada e gerida pelo Estado. Em 2003, o governo venezuelano institui a Missão *Barrio Adentro*, que contava com o apoio da Cooperação Humanitária do governo cubano na provisão de médicos para aquele país. A missão começa pela periferia de Caracas, local com alto índice de violência, e no ano seguinte, torna-se um programa de saúde pública nacional (OPS, 2006, p. 1). O impacto da Missão *Barrio Adentro* disparou outras missões. Foram em torno de 18 missões que tinham como desafio atuar sobre os determinantes sociais da saúde; reduzir a exclusão; e criar um novo tecido social e uma nova institucionalidade do Estado venezuelano.

De uma forma geral, os países da América Latina estudados vêm incorporando e integrando diversas ofertas de cuidado e os seus praticantes nas estruturas organizativas dos sistemas de saúde. Além dos governos, os órgãos não governamentais e a dinâmica comunitária têm recrutado lideranças/pessoas para exercer a função de agentes comunitários de saúde, atuando como intermediários entre projetos/sistema de saúde e a comunidade de forma voluntária ou na condição de trabalhador com vínculo empregatício.

Um aspecto importante do estudo é a reflexão sobre a categoria trabalho e como o mesmo tem sofrido com a desregulamentação e a precarização. A discussão sobre o trabalhador

ACS encontra no Brasil um importante cenário de avanços, contrariando a desregulamentação das condições sociais de trabalho que marca a década de 1990 e os anos 2000 no mundo.

No contexto brasileiro, o ACS segue avançando no seu marco regulatório e na luta pela desprecarização do seu trabalho. Recentemente foi conquistado o direito ao piso salarial da categoria com aprovação da Lei nº 12.994/2014. Segundo Queirós, “o acúmulo histórico dessa profissão pode levá-los a compreender o seu papel enquanto trabalhador e a sua condição de classe” (QUEIRÓS, 2008, p. 122).

O estudo, ao analisar os arranjos que compõem a prática do ACS, precisou considerar os movimentos históricos, sociais, culturais, étnicos e de gênero que atravessam a constituição da sua institucionalidade. A pesquisadora Wanderley, ao analisar alguns estudos feministas, interrogou a naturalização do cuidado no interior das famílias e comunidade como algo inerente à condição feminina. Segundo ela, a não corresponsabilização da sociedade e do Estado é base para a desigualdade de gênero na sociedade (2013, p. 156).

Acredita-se que a naturalização do trabalho dos ACSs está intimamente relacionada ao fato desses profissionais serem em sua grande maioria mulheres e de sua ocupação requerer habilidades que foram socialmente construídas, na divisão social do trabalho, fora do âmbito do emprego, tais como os cuidados com recém-nascidos, o aleitamento materno, entre outras. Há, portanto, uma política de identificação que estabelece *a priori* uma determinada orientação para o trabalho dos agentes (CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011, p. 188).

Embora o trabalho não tenha conseguido abarcar todos estes aspectos, é fundamental que pesquisas filiadas a esta perspectiva de ciência considere a importância de tais elementos. A tentativa do estudo foi demonstrar os movimentos que incidem na saúde da comunidade elementos da luta de classe e, como diante da correlação de forças, ela se conforma.

Por fim, ao considerar a dialética como propriedade da realidade, o estudo buscou perceber as contradições, os conflitos e os antagonismos existentes para apreender com mais complexidade o objeto. Nesse sentido, o paradigma do Viver Bem ganhou espaço dentro da pesquisa, sendo produzido um artigo a respeito desse modelo. A escolha por analisar o Viver Bem no contexto da Bolívia foi circunstancial, porém, tornou-se elemento revelador de importantes experiências no campo da saúde e da economia.

O arranjo promovido pela perspectiva do Viver Bem tem raízes na forma de viver e de se relacionar dos povos originários com referência nos grupos indígenas: na Bolívia a denominação predominante é do grupo Aymara, o Suma Qamaña – Vivir Bien (em português Viver Bem); já no Equador é o grupo Quéchuas que traz o termo Sumak Kawsay – Buen Vivir (em português Bem Viver) (HITA, 2011, p. 127). O artigo discorre sobre a Bolívia e, portanto, utiliza o termo Viver Bem.

Tal paradigma reconhece que para interpretar o mundo é necessário considerar a cosmovisão, o referencial histórico, a tradição e o sagrado. Compreender a natureza como parte e não como meio de produzir e reproduzir a vida. Na Bolívia, o Viver Bem compõe a pauta dos movimentos sociais e do governo e propõe o resgate dos valores ancestrais e comunitários, a reconstrução do equilíbrio sagrado, espiritual e societário de transformação da realidade, reacendendo a acreditação na construção de uma sociedade mais justa e feliz (MAMANI, 2010, p. 43).

De uma forma geral, a pesquisa discorreu sobre os arranjos que compõem a prática do ACS e a dicotomia entre os saberes biomédicos e populares. E, como esses saberes e práticas respondem à institucionalidade das políticas públicas, a partir da interculturalidade em saúde na Bolívia e da regulamentação do trabalho no Brasil. E, expôs as diferentes formas de organização e os contextos que conformam o ACS nos seis países estudados, com as suas similitudes e especificidades.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar os arranjos que permeiam as origens e contradições da prática do ACS nos seis países da América Latina: Bolívia, Brasil, Cuba, Equador, Peru e Venezuela, na perspectiva da interculturalidade em saúde.

2.2 Objetivos Específicos

São objetivos específicos desta pesquisa: a) Discorrer sobre o paradigma do Viver Bem na perspectiva da economia plural e do cuidado em saúde na Bolívia; b) Analisar a institucionalização da interculturalidade em saúde no contexto da Bolívia; c) Analisar as transformações e contradições do trabalho do agente de saúde no contexto do Brasil; d) Analisar o contexto sócio-histórico do agente de saúde nos países: Bolívia, Brasil, Cuba, Equador, Peru e Venezuela; e e) Discorrer sobre o surgimento, a inserção e a práxis dos agentes de saúde nos países da América Latina: Bolívia, Brasil, Cuba, Equador, Peru e Venezuela.

3 CAMINHO METODOLÓGICO

“Vim pelo caminho difícil,
a linha que nunca termina,
a linha bate na pedra,
a palavra quebra uma esquina,
mínima linha vazia,
a linha, uma vida inteira,
palavra, palavra minha.”
Paulo Leminski, 1987

Esta é uma pesquisa qualitativa, que assume que seu arranjo metodológico e analítico é implicado pelas seguintes questões: o pesquisador; o paradigma e a perspectiva teórica; a estratégia de pesquisa; o método de coleta e análise; e a “arte”, as práticas e a política da interpretação e da apresentação (DENZIN; LINCOLN, 2006, p. 32). O objeto do estudo foi analisado à luz do materialismo histórico e dialético.

Na perspectiva materialista histórica, o método está vinculado a uma concepção de realidade, de mundo e de vida no seu conjunto. A questão da postura, nesse sentido, antecede ao método. Este se constitui numa espécie de mediação no processo de apreender, revelar e expor a estruturação, o desenvolvimento e a transformação dos fenômenos sociais (FRIGOTTO, 1991, p. 77).

O processo de pesquisa utilizou em alguns momentos algumas destas premissas e a realidade vivida em cada país modificou a forma de pensar e interpretar da pesquisadora, que, em Cuba – evidenciou as contradições; no Equador – apreendeu a cosmovisão; na Venezuela – viu reacender a ternura da luta; na Bolívia – resgatou a espiritualidade; no Peru – encontrou consigo mesma; e no Brasil – encontrou com eles, os agentes comunitários de saúde. Sendo assim, estruturar uma pesquisa na perspectiva materialista é, antes de tudo, uma investida complexa e desafiante. Coutinho afirma:

A essência do método em Marx é o revisionismo. Afinal, o que é o método de Marx? É a fidelidade ao movimento do real. E o que é real? É uma permanente dialética de conservação e renovação: usando uma bela expressão do jovem Lukács, o real é o jorrar incessante do novo. Portanto, se não renovo minhas categorias, se não as reviso para poder conceituar o real em seu incessante devir, sou infiel ao marxismo, ao método histórico-dialético de Marx. Seria absurdo imaginar que o mundo de hoje é igual àquele em que Marx viveu, há bem mais de um século atrás. [...] Há várias afirmações de Marx que não mais corresponde ao real. Decerto, para entender o capitalismo de hoje, é preciso passar necessariamente por O Capital de Marx: mas o que se lê neste livro magistral não é suficiente para entender plenamente nossa época. Disse em outro lugar e repito agora: para não sermos animais em extinção, os marxistas temos que ser animais em mutação (2006, p.191).

A opção pela dialética enquanto método pediu uma maior interação com a realidade histórica e as suas contradições. A ideia de que o caminho se faz ao caminhar geraram dúvidas e incertezas diante das “verdades estabelecidas”. Por exemplo, ao iniciar a trajetória, a matriz interpretativa estava imersa no pensamento materialista e nas categorias que o definem.

Entretanto, durante o processo de pesquisa, o paradigma do Viver Bem/Bem Viver mostrou a necessidade de trazer elementos novos para o arcabouço interpretativo do estudo.

Em relação ao primeiro encontro com um xamã e duas parteiras no Equador, constam no caderno de anotações “eu preciso me despir do olhar acadêmico, da palavra cifrada, das perguntas respondidas. Sentir a história contada, escutar a vida e ler o sentimento. Estou totalmente desorganizada” (QUEIRÓS, 2013).

Realizei o trabalho de campo em seis países e, durante as atividades no segundo país – o Equador – surgiram questões referentes ao paradigma do Viver Bem/Bem Viver. Embora tais questões tenham sido geradoras de inquietudes, naquele momento tais aspectos não se tornaram uma questão de pesquisa. Condição essa que foi corrigida e assumida integralmente durante o trabalho de campo realizado na Bolívia.

Para que o processo de conhecimento seja dialético, a teoria, que fornece as categorias de análise, necessita, no processo de investigação, ser revisitada, e as categorias reconstruídas. Ou por acaso a “totalidade”, as contradições e as mediações são sempre as mesmas? Que historicidade é essa? (FRIGOTTO, 2012, p. 89).

A pesquisa utilizou um caderno de anotações e um roteiro semiestruturado para as entrevistas. Alguns assuntos apareceram durante as entrevistas, passando, então, a se constituírem como parte do roteiro. E algumas perguntas foram formuladas, tais como: o que é o paradigma do Viver Bem? Como compreendê-lo na saúde? O que é interculturalidade? O que é interculturalidade na saúde e medicina tradicional? O que as pessoas fazem para cuidar da sua saúde? Quem elas procuram? Existe integração entre a medicina tradicional e a biomedicina? Existe diferença entre promotores de saúde e ACS? O que acha do trabalho voluntário?

As questões dependiam dos atores e dos países, por exemplo, fez sentido perguntar o que é saúde na perspectiva de uma sociedade socialista para os entrevistados em Cuba. Outro aspecto de mudança foi a supressão do item quatro do roteiro: averiguar como a comunidade compreende o trabalho do ACS; e a retirada do objetivo D: analisar a relação do agente comunitário de saúde com os movimentos de resistência popular da Bolívia, Brasil, Cuba, Haiti, Peru e Venezuela. O objetivo foi retirado da pesquisa.

Este movimento pode ser compreendido a partir das ponderações feitas por Paulo Freire, “o anúncio não é anúncio de um anteprojeto, porque é na práxis histórica que o anteprojeto se torna projeto. É atuando que posso transformar meu anteprojeto em projeto” (2008, p. 32). Foi nessa perspectiva que a pesquisa se desenvolveu.

No contexto concreto somos sujeitos e objetos em relação dialética com o **objeto**; no contexto teórico assumimos o papel de sujeitos cognoscentes da relação **sujeito-objeto** que se dá no contexto concreto para, voltando a este, melhor atuar como sujeitos em relação ao **objeto**. [...] Daí a necessidade que temos, de um lado, de ir

mais além da mera captação da presença dos fatos, buscando assim, não só a interdependência que há entre eles, mas também o que há entre as parcialidades constitutivas da totalidade de cada um e, de outro lado, a necessidade de estabelecermos uma vigilância constante sobre nossa própria atividade pensante (FREIRE, 1976, p.136).

A pesquisa se desenvolveu em seis países da América Latina, escolhidos a partir da identificação de experiências com agentes comunitário de saúde e/ou promotores de saúde e, por terem governos progressistas, dentre eles: Bolívia, Brasil, Cuba, Equador, Peru e Venezuela. Entre os meses de dezembro de 2012 e maio de 2013 foi realizado o trabalho de campo nos cinco países, exceto o Brasil.

O percurso ocorreu primeiro em Cuba, depois: Equador, Venezuela, Bolívia e Peru. Certamente, o contexto histórico e o momento político, além da articulação e da realização, posterior, das entrevistas com os sujeitos do estudo, atravessaram a apreensão da realidade e a interpretação exposta no trabalho. Segue um quadro que sistematiza um pouco desse movimento:

Quadro 1. Primeiros momentos da pesquisa de campo			
Países	Duração/Momento Político	Primeiras Impressões	Dificuldades
Bolívia	15 dias/ Criação do PT boliviano	Estimulada para conhecer a pluralidade cultural e étnica.	Dificuldade em encontrar o segmento de trabalhador.
Brasil	5 dias/Congresso Internacional da Rede Unida 2014	Apreensiva com o desenvolvimento do espaço, e com a participação dos atores.	Ampliar a pauta junto a organização dos trabalhadores.
Cuba	13 dias/ Congresso de Saúde	Encantamento e tensão. Sensação de controle do governo/Estado.	Realizar articulações com outros segmentos para além do governo.
Equador	15 dias/ Eleição presidencial	Apreensiva com a articulação juntos aos segmentos, diante do momento político (eleição).	Conseguir articulação com o movimento indígena.
Peru	15 dias/ Reunião da UNASUL	Disposição para encontrar experiências.	Contato com o segmento de pesquisadores.
Venezuela	7 dias / Velório do presidente Hugo Chávez	Receio quanto à realização da pesquisa.	Contatar todos os segmentos, diante do momento histórico.

Uma parte do trabalho de campo do Brasil ocorreu durante o ano de 2014, em encontros para entrevistas individuais, e na oficina de trabalho “Dialogando sobre os desafios do trabalho, da formação profissional e da organização política do Agente Comunitários no SUS”, realizada dentro do 11º Congresso Internacional da Rede Unida, em 2014.

Foram realizadas entrevistas com representantes de quatro grupos específicos: governos; pesquisadores; trabalhadores; e organizações e/ou movimentos sociais, conforme Quadro 2. Foram realizadas 61 entrevistas, sendo 33 selecionadas para a transcrição e 26

utilizadas na tese. O banco de dados possui 51 entrevistas em espanhol, 6 em português e 4 em idiomas aymara e quéchua. Em cada país, percorreu-se duas regiões distintas, a capital e uma outra região com experiência de ACS.

Quadro 2. Estrutura das entrevistas		
Países/Núm. de narrativas	Entrevistados por Segmentos*	Perfil
Bolívia (7)	PESQUISADOR-1	Antropóloga com expertise em medicina tradicional.
	PESQUISADOR-2	Socióloga com expertise no paradigma do Viver Bem.
	GESTOR-1	Membro da Coordenação Internacional de Saúde do Ministério da Saúde.
	GESTOR-2	Membro da Diretoria de Atenção a Saúde/ Ministério da Saúde.
	GESTOR-3	Membro da equipe Saúde Familiar Comunitária Intercultural (SAFCI)/ Ministério da Saúde.
	TRABALHADOR E GESTOR	Naturalista e membro do Vice-Ministério de Medicina Tradicional e Intercultural (VMTI).
	ORGANIZAÇÃO SOCIAL	Rede de ONG e instituições filantrópicas da saúde.
Brasil (6)**	OFICINA DO CONGRESSO DA REDE UNIDA (participantes)	Participaram em torno de 25 pessoas de diversos segmentos: gestor federal e estadual; pesquisadores do campo; ACS; membros de entidades da categoria; trabalhadores de equipes Saúde da Família.
	TRABALHADORA-1	ACS membro de entidade da categoria.
	TRABALHADORA-2	ACS membro do Movimento Popular.
	GESTOR-1	Ex-secretário municipal de saúde e referência de movimentos populares da saúde.
	PESQUISADORA	Estudiosa do ACS e da APS, ex-gestora na gestão do trabalho do ACS.
	GESTOR-2	Gestor estadual e liderança partidária.
Cuba (3)	GESTORA-1	Membro do Centro de Promoção da Saúde/Ministério da Saúde, referência histórica na Promoção da Saúde.
	GESTORA-2	Membro do Centro de Promoção da Saúde/Ministério da Saúde,

		referência em brigadas internacionais.
	TRABALHADORA-3	Enfermeira da APS na região de Ciego Avila.
Equador (4)	PESQUISADORA	Professor da Universidade Andina Simon Bolivar, e pesquisador da Epidemiologia Social e da Determinação da Saúde.
	GESTORA	Membro da Diretoria de Saúde Intercultural/ Ministério da Saúde.
	GESTOR	Membro da Diretoria de Promoção da Saúde/ Ministério da Saúde.
	TRABALHADORA	TAPS na região de Tena.
Peru (3)	GESTOR	Membro da Direção de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde.
	GESTORA	Membro da Coordenação regional de saúde de Cuzco.
	ORGANIZAÇÃO SOCIAL	ONG com trabalhos internacionais.
Venezuela (3)	PESQUISADORA	Professora e Sanitarista da Universidade Bolivariana da Venezuela.
	GESTOR	Médico formado em Cuba, e membro da diretoria da Atenção Primária em Saúde.
	TRABALHADORA	Defensora em Saúde de uma comunidade com <i>Barrio Adentro</i> em Caracas.

**Entrevistas utilizadas no manuscrito.*

*** Na oficina estamos contando uma narrativa, entretanto participaram 25 pessoas.*

Vale salientar que as demais entrevistas compõem um banco de dados e assim que possível farão parte de outras produções da autora, inclusive, as que se encontram em língua quéchua e aymara.

Segundo Frigotto a proposição marxista de pensar o método pode ser organizada em duas partes: o método de investigação e o de exposição (2012, p. 88). O primeiro investiga o objeto, buscando a apropriação do real, que para Marx “não é mais do que o material transposto para a cabeça do ser humano e por ele interpretado” (2006, p. 28). Na etapa de investigação utilizou-se um caderno de anotações para registro das observações e reflexões que o fato observado suscitou no pesquisador e um roteiro semiestruturado para as entrevistas, além de recolher material bibliográfico como documentos, informativos e relatórios de estudos científicos. Diante de tais aquisições, o processo de exposição foi realizado a partir de uma aproximação crítica e analítica e, da síntese e interpretação do objeto estudado.

Uma postura, um método de investigação e uma práxis, um movimento de superação e de transformação. Há, pois, um tríplice movimento: de crítica, de construção do conhecimento “novo”, e da nova síntese no plano do conhecimento e da ação (FRIGOTTO, 2012, p. 86).

O apanhado geral composto de entrevistas, anotações e materiais serviram para organizar o processo da seguinte maneira: estruturação do **texto** – unidade complexa de significação cuja análise implica as condições de sua produção (contexto histórico-social, situação, interlocutores); organização do **discurso** – efeito de sentido construído no processo de interlocução “aquilo que se diz significa em relação ao que não se diz, ao lugar social do qual se diz, para quem se diz, em relação a outros discursos”; e, por fim, a caracterização da **formação discursiva** – definida por sua relação com a formação ideológica “o que pode e deve ser dito” a partir de um lugar social historicamente determinado (BRANDÃO, 2002, p.18).

Os momentos seguintes se deram da seguinte forma: identificação das temáticas e categorização do conteúdo das entrevistas – organização do discurso; montagem da interlocução entre os temas – conexão entre os assuntos expostos; problematização e análise dos discursos dos entrevistados a partir do material bibliográfico (documentos, informativos e materiais científicos relativos ao campo da saúde e das ciências sociais); e elaboração da síntese.

O projeto que deu origem ao estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP e está registrado na Plataforma Brasil sob o nº CAAE: 08646112.7.0000.5421. Após aprovação do referido Comitê, para cada entrevista realizada foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1).

As transcrições e traduções, tanto das entrevistas quanto dos materiais bibliográficos, foram feitas pelos autores da pesquisa.

PARTE II – PRODUTOS DA PESQUISA

4 PRODUTOS

Nesta parte serão apresentados como produto quatro artigos acadêmicos obtidos com o desenvolvimento da pesquisa, originais, e que serão submetidos à publicação em periódicos editados no Brasil.

4.1 O PARADIGMA DO VIVER BEM NA BOLÍVIA: O CUIDADO EM SAÚDE E O PLURALISMO ECONÔMICO

(THE PARADIGM OF LIVING WELL IN BOLIVIA: THE HEALTH CARE AND ECONOMIC PLURALISM)

Este ensaio sistematiza a reflexão sobre o paradigma do Viver Bem e analisa como a cosmovisão dos povos originários interfere na dinâmica econômica e nas práticas de saúde da Bolívia. O interesse em compreender este conceito surgiu durante uma pesquisa qualitativa, alicerçada no método dialético, desenvolvida em seis países da América Latina. O Viver Bem prega a defesa da vida em comunidade e a harmonia com a natureza, que deve ser contextualizada com as estruturas econômicas, políticas e culturais a partir de princípios plurais e heterogêneos. O paradigma assume a valorização das concepções e experiências dos povos originários e aposta na construção e na reorientação das relações econômicas e das políticas públicas de saúde sob a matriz da pluralidade e da interculturalidade.

PALAVRAS-CHAVE: Pluralismo. Viver Bem. Cuidado em Saúde.

This essay provides further reflection on the paradigm of Living Well (WELL BEING) and analyzes how the cosmosvision of indigenous peoples interfere in economic dynamics and the health practices of Bolivia. The interest in understanding this concept emerged during a qualitative research, based on the dialectical method, developed in six Latin American countries. The Living Well (WELL BEING) preaches defense of community life and harmony with nature, which must be contextualized with the economic structures, political and cultural from plural and heterogeneous principles. The paradigm assumes the value of ideas and experiences of indigenous peoples and commitment to building and reorientation of economic relations and of public health policies in the array of plurality and intercultural.

KEYWORDS: Pluralism. Living Well. Health Care.

1 INTRODUÇÃO

Existem no continente americano em torno de 45 milhões de indígenas pertencentes a mais de 800 povos originários diferentes (CEPAL, 2014, p. 6). É indispensável, para compreender a atualidade, analisar as questões históricas relacionadas ao processo de colonização desta região, levando em conta a brutal devastação das civilizações pré-colombianas e a dominação dos seus povos. A perspectiva colonizadora possui raízes extremamente antigas e foram agravadas pelo padrão de exploração capitalista.

A força e a violência são requisitos de toda dominação, mas na sociedade moderna elas não são exercidas de forma explícita e diretamente, pelo menos não de forma contínua, mas disfarçadas pelas estruturas institucionalizadas de autoridade coletiva ou pública e “legitimadas” por ideologias constitutivas de relações intersubjetivas entre os diversos setores de interesse e de identidade da população, em tais estruturas que conhecemos como Estado (QUIJANO, 2000, p. 7, tradução nossa).

Os colonizadores utilizaram o genocídio étnico em diferentes países da América Latina como estratégia para dominar e explorar o povo e seu continente; dominação e exploração que se estenderam durante as repúblicas e que se mantém até os dias atuais por meio da segregação e exclusão étnicas e do racismo.

Mariátegui acredita que para compreender a formação social latino-americana será necessário falar não só em classes, mas também em raça (2008, p. 57). O problema da constituição de uma Nação, segundo o autor, não é racial, mas sim social e econômico, porém a raça é componente da desigualdade uma vez que setores do proletariado estão vinculados às classes oprimidas, principalmente os negros e índios (MARIÁTEGUI, 1981, p. 45).

Soruco, ao analisar o contexto da Bolívia, defende duas dimensões: a externa, que tem inserido o país nas relações capitalistas imperialista; e a interna, que perpassa a desintegração dos povos originários diante da discriminação e da opressão cultural, racial e econômico-social (2010, p. 88). Para o autor, as questões de classe são também de raça, pois historicamente os povos aymaras, quéchuas, guaranis, chiriguano, e outros, são explorados e desprezados pelas elites crioulas e pelos estrangeiros (SORUCO, 2010, p. 90).

Por outro lado, é preciso considerar que o padrão de dominação também ocorre a partir da concepção de uma visão antropocêntrica ocidental, que acredita ser o homem o centro do universo. Ela homogeneiza as relações de vida e coloca no centro uma determinada raça – branco-caucasiana – e, um determinado gênero – o masculino – fundando relações sociais racistas e machistas. Para o antropólogo Mamani “sociedades como a Equatoriana, a Boliviana e a Peruana são sociedades construídas sobre estruturas racistas e com problemas históricos seculares” (2010, p. 28, tradução nossa).

Diante da desumanização da sociedade e da crescente desigualdades causadas pelo

sistema capitalista e pela opressão dos homens, emergem na América Latina movimentos sociais e étnicos de resistência e luta política, denunciando a exploração e o imperialismo, e propondo um novo paradigma – o Viver Bem/ Bem Viver (SOSA, 2011, p. 322). Este arranjo societário tem raízes na forma de viver e de se relacionar dos povos originários com referência nos grupos indígenas: na Bolívia a denominação predominante é do grupo Aymara, o Suma Qamaña – Vivir Bien (em português Viver Bem); já no Equador é o grupo Quéchuas que traz o termo Sumak Kawsay – Buen Vivir (em português Bem Viver) (HITA, 2011, p.127). O artigo discorre sobre a Bolívia e, portanto, utiliza o termo Viver Bem.

O paradigma do Viver Bem reconhece que para interpretar o mundo é necessário considerar a cosmovisão, o referencial histórico, a tradição e o sagrado. Compreender a natureza como parte e não como meio de produzir e reproduzir a vida. Na Bolívia, o Viver Bem compõe a pauta dos movimentos sociais e do governo e propõe o resgate dos valores ancestrais e comunitários, a reconstrução do equilíbrio sagrado, espiritual e societário de transformação da realidade, reacendendo a acreditação na construção de uma sociedade mais justa e feliz (MAMANI, 2010, p.43).

O caso boliviano é especial tendo em vista que lá se elegeu o primeiro presidente indígena na histórica pós-colonial da América Latina, o Evo Morales. Ele tem promovido um governo de descolonização e de reconhecimento da diversidade e do pluralismo, colocando em questão a ideia predominante de desenvolvimento. Atualmente o governo propõe como modelo alternativo o Viver Bem, por meio da afirmação constitucional de um Estado Plurinacional, Comunitário e Autônomo (BOLÍVIA, 2009).

O interesse em compreender o conceito de Viver Bem surgiu durante o desenvolvimento da pesquisa de doutorado que aborda a temática do agente de saúde em seis países da América Latina: Bolívia, Brasil, Cuba, Equador, Peru e Venezuela. Durante o trabalho de campo o conceito de Viver Bem foi enunciado pela narrativa dos entrevistados, na perspectiva de explicar as práticas e o contexto de saúde. Elementos como a “interculturalidade” e o “plurinacionalismo” também estão presentes nessas narrativas. Diante da necessidade de compreender melhor esses aspectos, fez-se fundamental aprofundar o assunto e interrogar: o que é Viver Bem? Como o Viver Bem se expressa na prática do cuidar em saúde? E como este paradigma pode contribuir para as mudanças da determinação social da saúde?

2 CAMINHO METODOLÓGICO

A pesquisa realizada teve como fundamento teórico-metodológico a dialética materialista. Ao considerar a dialética como propriedade da realidade, isso significa que tanto o seu ponto de partida, quanto as suas impressões iniciais precisam ser confrontadas com o concreto para que possam ser confirmadas ou refutadas. É necessário perceber as contradições, os conflitos e os antagonismos, para que se possa apreender com mais complexidade o objeto estudado.

O início da elaboração crítica é a consciência daquilo que somos realmente, isto é, um “conhece-te a ti mesmo” como um produto histórico até hoje desenvolvido, que deixou em ti uma infinidade de traços recebidos em seu benefício no inventário. Deve-se fazer, inicialmente, esse inventário (GRAMSCI, 1978, apud FRIGOTTO, 2010, p. 85).

Kosik aponta que “o conhecimento da realidade histórica é um processo de apropriação teórica – isto é, de crítica, interpretação e avaliação dos fatos – processo em que a atividade do homem, do cientista é condição necessária ao conhecimento objetivo dos fatos” (1976, p. 84). E quanto ao processo de análise, a organização do método dialético ocorreu em duas partes: o método de pesquisa, que busca se apropriar da realidade estudada por meio de uma análise que evidenciasse as relações internas; e o método de exposição, que entende a reconstituição – a síntese do objeto ou fenômeno estudado – como um processo inverso, oposto ao primeiro (GADOTTI, 2004, p.103).

É mister, sem dúvida, distinguir, formalmente, o método de exposição do método de pesquisa. A investigação tem de apoderar-se da matéria, em seus pormenores, de analisar suas diferentes formas de desenvolvimento e perquirir a conexão íntima que há entre elas. Só depois de concluído esse trabalho é que se pode descrever, adequadamente, o movimento real. Se isto se consegue, ficará espelhada, no plano ideal, a vida da realidade pesquisada, o que pode dar a impressão de uma construção a priori (MARX, 2006, p. 28).

Este artigo é a sistematização do processo de problematização da realidade realizada durante a atividade de campo. O encontro com um cenário “novo” e o surgimento de questões e conhecimentos que não faziam parte do arcabouço analítico da pesquisadora, requereu um processo de sucessivas aproximações, à cosmovisão dos povos originários e aos aspectos que compõem o paradigma do Viver Bem.

Em relação ao primeiro encontro com um xamã e duas parteiras no Equador, constam no caderno de anotações “eu preciso me despir do olhar acadêmico, da palavra cifrada, das perguntas respondidas. Sentir a história contada, escutar a vida e ler o sentimento. Estou totalmente desorganizada.” (QUEIRÓS, 2013).

Realizei o trabalho de campo em seis países e, durante as atividades no segundo país – o

Equador – surgiram questões referentes ao paradigma do Viver Bem/Bem Viver. Embora tais questões tenham sido geradoras de inquietudes, naquele momento tais aspectos não se tornaram uma questão de pesquisa. Condição essa que foi corrigida e assumida integralmente durante o trabalho de campo realizado na Bolívia.

A atividade de campo utilizou um caderno de anotações e um roteiro semiestruturado para as entrevistas. Alguns assuntos apareceram durante as entrevistas, passando, então, a se constituírem como parte do roteiro. Dentre tais questões estava o paradigma do Viver Bem.

No processo dialético, o importante é produzir um conhecimento crítico que contribua para transformar a realidade, no plano do conhecimento e no plano histórico-social (FRIGOTTO, 2012, p.89). A sua estruturação requer sucessivas aproximações da verdade, que por ser histórica, sempre é relativa (FRIGOTTO, 2012, p.96).

Para que o processo de conhecimento seja dialético, a teoria, que fornece as categorias de análise, necessita, no processo de investigação, ser revisitada, e as categorias reconstruídas. Ou por acaso a “totalidade”, as contradições e as mediações são sempre as mesmas? Que historicidade é essa? (FRIGOTTO, 2012, p. 89).

A escolha dos sujeitos considerou quatro agrupamentos principais: gestão da saúde; pesquisadores; movimentos e organizações sociais; e trabalhadores. Na Bolívia foram realizadas quatorze entrevistas, mas apenas sete foram transcritas e são utilizadas neste estudo, conforme Quadro 1. Vale salientar que as demais entrevistas compõem um banco de dados e, assim que possível farão parte de outras produções da autora, inclusive, as que se encontram em língua quéchua e aymara.

Quadro 1. Número de entrevistados, código respectivo e segmento a que pertencem os entrevistados (Bolívia, 2013).		
SEGMENTO DO ENTREVISTADO	NÚMERO DE ENTREVISTAS	CÓDIGO DO ENTREVISTADO
Gestores	3	G1
		G2
		G3
Terapeuta Tradicional (*)	1	TG
Pesquisadoras	2	P1
		P2
Rede de Organizações Sociais	1	ROS

(*) O terapeuta tradicional entrevistado também é gestor da saúde.

Os momentos seguintes se deram da seguinte forma: identificação das temáticas e categorização do conteúdo das entrevistas– organização do discurso; montagem da interlocução entre os temas – conexão entre os assuntos expostos; problematização e análise dos discursos dos entrevistados a partir do material bibliográfico (documentos, informativos e materiais científicos relativos ao campo da saúde e das ciências sociais); e elaboração da síntese.

3 MATRIZ DE PROBLEMATIZAÇÃO DO OBJETO

3.1 O CONTEXTO ÉTNICO-POLÍTICO NA AMÉRICA LATINA

Diante dos regimes pós-ditatoriais e da crise econômica latino-americana, a iniquidade na América Latina pode ser associada à “democracia excludente”, que tem forjado um processo de imperialismo e dependência (KATZ, 2007, p.57). Segundo Katz (2007, p.52) predominaram na América Latina, do final do século XX e ao início deste século, três visões distintas de democracia: o institucionalismo dos anos oitenta, que reivindicava a formalização de regimes constitucionais e direitos civis, políticos e sociais; o elitismo da década de 90, com ascensão do neoliberalismo e da globalização e um progresso que acirrava e justificava as desigualdades sociais; e na atualidade, com as mobilizações sociais, uma perspectiva participativa da democracia, que associa soberania popular com a redução das iniquidades.

Nesta perspectiva o marxista Mariátegui acredita que a resistência ao projeto civilizatório necessita que os sujeitos sociais, por meio de um processo cultural, desenvolvam “a consciência prévia de seu interesse de classe” (1981, p. 167). Ele anuncia um novo paradigma, com a participação dos povos e comunidades indígenas, cuja problemática seria em torno da terra (2008, p. 65). O pressuposto defendido é confirmado, porém as reivindicações ganham novos contextos políticos, a partir do segundo decênio do século XX, com a presença de movimentos indígenas e camponeses na luta política por independência e soberania nacional.

A reivindicação dos povos indígenas da região latino-americana tem início a partir da cultura. Propõe a recuperação da identidade cultural e do folclore, além de afirmar a cosmovisão como diferente e não como atrasada. Este movimento ganhou nos últimos anos uma dimensão política, com a exigência de aspectos jurídicos e territoriais, iniciadas no Equador, depois Bolívia, Chile, Peru, Guatemala, Colômbia, Nicarágua, e no México com o Zapatismo (HOUTART, 2011).

A celebração dos 500 anos na América Latina mobilizou o movimento indígena e marcou uma retomada do espaço público, na defesa da cultura, da língua e das religiões. No ano de 1997 houve em Belo Horizonte (Brasil) uma reunião dos povos indígenas contra o Consenso de Washington (medidas de ajuste macroeconômico). O movimento mais significativo neste encontro foi o Movimento Zapatista, que reclamava autonomia sem separação e integração sem assimilação. A primeira assembleia dos povos ocorreu em Santiago do Chile, em 2002; em 2004, os movimentos indígenas da América Central se encontraram para opor-se ao Plano Povo-Panamá (projeto coordenado por 9 países para extrair recursos naturais na América Central); em Quito, antes dos Fóruns das Américas em 2005, ocorreu a

Cúpula dos Povos Indígenas. E em outubro de 2007, ocorreu uma nova reunião dos povos originários da América no México, que tratou da agressão capitalista e da importância da resistência (HOUTART, 2007, p. 152-153).

A mobilização e a perspectiva ideológica vêm se fortalecendo nos últimos anos e, em 2009, no Fórum Social Mundial que ocorreu pela primeira vez na região amazônica brasileira, os povos indígenas e os movimentos sociais em assembleia declararam que para fazer frente à crise mundial seria necessário criar alternativas anticapitalistas, antirracistas, anti-imperialistas, feministas, ecológicas e socialistas, atribuindo, assim, a destruição da vida ao capital e questionando o modelo de desenvolvimento e civilização vigente. Os povos e movimentos comprometeram-se na construção de uma sociedade baseada no paradigma do Viver Bem/Bem Viver, oriunda da cosmovisão dos povos originários, que convoca a reconstrução do equilíbrio sagrado, espiritual e societário de transformação da realidade (HOUTART, 2011).

Este estudo lança um olhar sobre o processo boliviano, um país cuja população é composta de 62,2% de indígenas, segundo relatório da ONU de 2014, e que vêm, nas últimas décadas, imprimindo lutas políticas a partir de elementos étnico-raciais.

Em 1990 o movimento indígena da Bolívia realizou a “Marcha pela dignidade e o território”, solicitando o reconhecimento jurídico do seu território, o que se tornou lei em 1996, e passou a ser reconhecido como Terras Comunitárias de Origem (TCO). A nova Constituição de 2009 incorporou o Território Indígena de Origem Campesino (TIOC) como unidade territorial, onde a população indígena originária se autogoverna e exerce sua livre determinação usando como referência suas próprias normas e tradições. (PNUD, 2010, p.138).

No ano 2000, ocorreu em Cochabamba na Bolívia a “Guerra da Água”, uma mobilização da população contrária ao valor abusivo da taxa que a empresa Bechete cobrava pelo abastecimento da água. A resistência e o autoritarismo do governo e da empresa levou a população a lutar contra a privatização da água e, de forma vitoriosa, esse movimento garantiu que a água fosse considerada pública. Ainda no mesmo ano, os movimentos indígenas e campesinos interromperam a estrada entre La Paz, Cochabamba e Santa Cruz, em protesto pela erradicação forçada da plantação de coca. Em 2002, o candidato do Movimento para o Socialismo (MAS) Evo Morales, fruto do acúmulo político das manifestações, fica em segundo lugar nas eleições presidenciais; e na eleição seguinte, em 2005, é eleito o primeiro presidente indígena com propostas que iam da realização de referendos da água e do petróleo até a defesa de uma lei de hidrocarbonetos, além da proposta de uma nova Constituinte (REGALADO, 2008, p.30).

Segundo o antropólogo Mamani, a nova Constituição Boliviana estabelece como fim essencial do Estado “constituir uma sociedade justa e harmoniosa, fundada na descolonização, sem discriminação ou exploração, com plena justiça social, para a consolidação das identidades plurinacionais” (2010, p. 22, tradução nossa). Corroborando com esse propósito, há uma década o governo do MAS constrói estratégias de enfrentamentos aos impactos causados pelas políticas neoliberais implementadas na Bolívia, assume o desafio de democratizar o Estado, e desenvolve políticas públicas em resposta as desigualdades (HOUTART, 2011).

3.2 O PARADIGMA DO VIVER BEM

Para os povos indígenas originários, a busca para resolver a crise contemporânea passa por mudança de paradigma, isso é, que as relações humanas, sociais e com a natureza passem a ser fundadas no equilíbrio. A partir dessa cosmovisão, os indígenas propõem pensar as estruturas e instituições políticas a partir de valores plurinacionais, incluindo aí o próprio Estado, lançando luz a um novo paradigma, o Viver Bem.

O paradigma do Viver Bem (*Suma Qamaña* na língua aymara) ou Bem Viver (*Sumak kawsay* na língua quéchua) proposta pelos indígenas da América Latina e pelos governos da região, especialmente os governos da Bolívia e do Equador, constitui-se segundo Sosa “[...] como uma alternativa necessária à crise do capitalismo, à crise da modernidade-colonialista”. E coincide, segundo o autor, [...] “com a essência do novo socialismo, a saber: (i) crise da civilização hegemônica, (ii) desmercantilização da vida, (iii) descolonização do poder e (iv) saberes alternativos” (2011, p.323, tradução nossa).

Os modelos civilizatórios desenvolvimentistas que se tornaram hegemônicos durante os últimos séculos estão se esgotando (MAMANI, 2010, p.29). As promessas de progresso e desenvolvimento capitalista que guiaram a sociedade moderna mostraram suas limitações; e os efeitos desse modelo têm devastado países, inclusive, aqueles chamados ‘desenvolvidos’. Por conta disso, faz-se necessário que a sociedade encontre formas de reverter os problemas em curso (MAMANI, 2010, p.29).

Na tentativa de compreender a diferença entre a concepção capitalista e o Viver Bem Ascarruns propõe o seguinte esquema comparativo (2011, p. 432, tradução nossa):

Quadro 2. Esquema Comparativo: Civilização Capitalista e Viver Bem	
Modelo de Civilização Capitalista	Viver Bem
Secularização: a perda do sentido do sagrado; a natureza é inerte.	A natureza tem um significado sagrado e está cheia de vida.
A história não é referência.	A tradição e a história, que sempre estão reinterpretando-se, são uma maneira de entender o presente e planejar o futuro.

Androcentrismo: excesso de confiança na intervenção humana sobre a natureza.	Cosmocentrismo: homem e mulher são apenas um dos componentes da natureza.
Mercantilização de todos os aspectos da vida cotidiana.	A mercantilização não intervém em toda a reprodução da vida. A solidariedade, reciprocidade e equilíbrio são formas de resolver a gestão produtiva, social e política.
A natureza é concebida como uma fonte de recursos exploráveis.	A natureza é viva e sagrada.
Avaliação de bens de consumo e êxito material.	Avaliação do prestígio das pessoas que possuem serviços na comunidade. Convivência harmoniosa com a comunidade e com a natureza são os objetivos supremos.
Individualismo e perda do sentido dos laços sociais.	Laços comunitários.
Racionalidade instrumental.	Racionalidade afetiva e contextual.
Economia carente de valores.	Os valores regulam o intercâmbio e a reciprocidade e o equilíbrio entre os membros da comunidade e dela com a natureza.
O lucro e a maximização do ganho são os objetivos fundamentais.	A convivência harmoniosa com a comunidade e com a natureza são os objetivos supremos.
Confiança em um crescimento ilimitado.	O crescimento em si não tem sentido, sem a satisfação da necessidade para reproduzir a vida de maneira modesta.
Destruição da biodiversidade.	Preferência por diversidade em todos os sentidos.
Alto uso da produção energética que não é contabilizado (água, combustíveis, agrotóxicos, sementes transgênicas, trabalho, etc.).	Baixo uso energético porque a produção está pensada para o consumo e para a reprodução da vida.
Preferência pela agroindústria.	Preferência pela agricultura familiar.
Privilegiam-se a homogeneidade social e cultural, enquanto se estimula a competição individual, que leva a uma crescente desigualdade social.	Privilegia-se a igualdade em uma convivência plural.
Despolitização do indivíduo.	A comunidade assume a gestão política, porque a gestão do território é indissociável da gestão produtiva e social.
Esgotamento dos recursos naturais e a destruição das relações sociais que põem em dúvida a sobrevivência de toda a humanidade.	Coexistência e diálogo entre todos os seres vivos em um contexto de relações comunitárias plurais.

Compreende-se que, segundo Ascarruns (2011) a natureza no capitalismo é meio para produzir lucro, já no Viver Bem ela é parte do arranjo social, tanto quanto o homem e a mulher. E, se no capitalismo as relações de reprodução da vida são regidas pelo individualismo, exploração e competitividade, no Viver Bem é considerado a reciprocidade e equilíbrio entre todos. Outro aspecto diz respeito à pluralidade e diversidade social e cultural, em detrimento da homogeneização proposta pelo capitalismo.

Nesse sentido, para aplicar os ensinamentos do Viver Bem será necessário um processo de descolonização, que desmonte as estruturas do Estado colonial e dê passos para esta nova sociedade. E, na perspectiva de construir novas formas de sociabilidade será preciso novos conhecimentos e parâmetros de desenvolvimento, rever os princípios e os aspectos estruturais, históricos e normativos. Sendo assim, se aposta na “interculturalidade” e na

“plurinacionalidade” como estratégias de superação da conotação evolucionista e eurocentradas, com o desafio de sair da dicotomia entre ser humano e natureza e despertar a consciência de que somos parte da Pachamama, da Mãe-Terra e com ela nos complementamos (FARAH; VASAPOLLO, 2011, p. 27).

4 DISCUSSÕES E ANÁLISE

4.1 A PLURALIDADE NO SETOR ECONÔMICO BOLIVIANO

Os movimentos indígenas e camponeses protagonizam um cenário político importante na Bolívia. Eles elegeram, em 2005, um representante da etnia aymara para a Presidência da República, o cocaleiro Evo Morales, do Movimento ao Socialismo (MAS), que se reelegeu mais duas vezes e atualmente governa o país. Ele conduziu uma mudança constitucional em 2009 e reconheceu o país como sendo plurinacional e intercultural.

Há integração em todos os aspectos; a integração da língua aymara, quéchua, e guarani como principal. [...] E neste ambiente, nos respeitamos como seres humanos, e de igual maneira nos entendemos com os nossos colegas médicos, já que somos um estado plurinacional, que significa que temos diferentes culturas (Entrevistado TG).

O presidente Evo Morales, no prólogo do livro de Farah e Vasapollo (2011), reafirma que “os povos indígenas propõem para o mundo o Viver Bem e o capitalismo o Viver Melhor”. Segundo ele, viver melhor significa viver à custa de outros, explorando os outros, saqueando os recursos naturais, violando a Mãe-Terra, privatizando os serviços básicos, produzindo relações de competição e opressão; enquanto que o Viver Bem é viver em solidariedade, em igualdade, em harmonia, em complementaridade, em reciprocidade. Corroborando com este pensamento, o entrevistado TG alerta que “as desigualdades são produtoras de adoecimentos”.

A entrevistada P2 problematiza “como estão bem vivendo os povos indígenas hoje? É preciso saber se há algum elemento que permita dizer que ali há um processo de reprodução que se assemelhe à ideia do Viver Bem” (Entrevistada P2) e defende que é preciso olhar o Viver Bem “como um horizonte ético, de futuro, e não como algo que seja realidade”. Para Evo Morales o Viver Bem é um ponto de partida, fundado em valores e experiências comunitárias ancestrais, que constroem convivência e não parâmetros de felicidade (FARAH; VASAPOLLO, 2011, p. 26). Nos anos 1990, a Bolívia foi laboratório das políticas neoliberais e sofreu com a desestruturação de programas sociais; com o fim de subsídios a bens essenciais; com as privatizações – tentou-se privatizar a água e as reservas de gás; e com as demissões em massa (REGALADO, 2008, p. 30). Em 2005, com o governo do presidente Evo Morales tomaram-se medidas econômicas importantes, entre elas, a nacionalização dos hidrocarbonetos, contrariando as recomendações de organismos como o Banco Mundial e o FMI.

O modelo boliviano de economia é constituído pelas esferas: comunitária, estatal, privada e social cooperativa (BOLÍVIA, 2009, p. 121). A proposta de economia plural reconhece outros arranjos econômicos e para a entrevistada P2 é uma oportunidade de “fortalecer outras economias e considerar o desafio, se é possível ou não, articular o restante das formas econômicas, mas com outros sentidos e princípios”.

Em 2013, a economia da Bolívia registrou uma taxa de crescimento de 6,8%, a partir do impacto causado com a regulação dos hidrocarbonetos e com o aumento da circulação interna de mercadorias. No ano seguinte, em 2014, o PIB passa a ter o maior crescimento da América Latina, 5.5%, como anunciou a Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL). E, apesar da desigualdade e do desequilíbrio de poder entre os atores locais e os mercados globalizados, os mesmos têm enfrentado e disputado as relações econômicas e o mercado local e regional (TASSI, p. 39-40).

Marx (2006) acredita que as pessoas que vendem a sua força de trabalho e que estão em situação de miséria e injustiça se unirão enquanto classe. Confirmando esta premissa, embora de forma peculiar, o setor indígena boliviano se une pelas suas habilidades comerciais e pela sua capacidade de organização política e econômica, contrariando aqueles que os definiam como um grupo estático e arcaico. Torna-se, portanto, um importante ator político e econômico, principalmente, no que diz respeito à produção e comercialização de carne.

Em vez de uma “vítima” passiva confirmando a subordinação dos atores locais para o poder das instituições e modelos dominantes, vamos destacar as estratégias de atores econômicos populares e indígenas, que desafiam concepções tradicionais de mercado, de suas práticas de produção, acumulação e concorrência, de investimento e consumo, que são muitas vezes tidas como certa (TASSI, 2012, p. 26, tradução nossa).

Nos países andinos, os grupos originários da região do Antiplano comercializam com estrangeiros dos EUA e China e controlam o comércio e o mercado de alguns produtos e artigos em algumas cidades principais da Bolívia e do Peru. O comércio informal é controlado quase que exclusivamente pelo grupo de aymaras urbanos por meio de extensas e sofisticadas redes de parentesco e acordos informais, mas sólidos e que raramente são escritos ou legalizados (TASSI, 2012).

A cadeia da carne, articulada no setor rural de gado, gera um negócio de caráter econômico [...]. Eles [os aymaras] geram sua própria institucionalidade de forma paralela, informalmente se mantêm neste espaço paralelo com destreza. [Eles] mantêm no controle todo o circuito econômico, e vai se expandindo territorialmente, mas, de repente, você descobre que é mobilizado por fortunas incríveis. A nova classe média aymara mantém sua fraternidade e manda seus filhos para a China aprender mandarim (Entrevistada P2).

Para a entrevistada P2:

[...] está sendo gerada neste país uma nova classe média indígena. Por enquanto, em âmbito “urbano”, mas já há casos em áreas rurais. São circuitos econômicos que começam a se construir dentro de uma cadeia setorial ou de produção.

Para assumir o termo “nova classe média” seria preciso uma investigação mais detalhada sobre o processo, entretanto, não se pode desconsiderar o protagonismo indígena frente à transformação econômica e social em curso na sociedade boliviana atual.

Para Tassi, a economia popular e indígena na Bolívia desafia a concepção de que a “economia informal” possui irrelevância estrutural e que seria absorvida por um sistema econômico formal. Ao contrário observa-se que a economia informal está se expandindo, apesar do baixo crescimento econômico e do próprio mercado (2012, p. 19-20).

Cabe salientar que no contexto boliviano existe um ‘novo’ arranjo econômico em curso, que, embora estabeleça mecanismos de integração Estado-Sociedade pouco formal, é legitimado constitucionalmente e vem apresentando impactos importantes em relação ao crescimento econômico. Resta saber se o processo sócio-histórico se comportará apenas como um arranjo local do capitalismo ou se conseguirá criar novos mecanismos de relações econômicas e sociais, que rompam com as relações de opressão e exploração entre os homens e desses com a natureza, incorporando assim o paradigma do Viver Bem nas relações econômicas.

4.2 O CUIDADO EM SAÚDE NA BOLÍVIA

O presidente Evo Morales propõe como estruturante o acesso à educação, a igualdade de gênero, a interculturalidade e a participação ativa da população, respeitando e valorizando as diversas formas organizativas, inclusive, as de base territorial, como relata o entrevistado G3 “um governo que tem a proposta de melhorar a saúde precisa, nos territórios, trabalhar com as ‘juntas vecinales’ (associação de moradores)”.

As juntas vecinales, que em uma aproximação semântica poderíamos traduzir como “associações de moradores” ou “associações de bairro”, são uma das formas de associação coletiva mais tradicionais na Bolívia e estima-se que existam mais de 7.200 em todo o país. Suas origens coincidem com o próprio processo de urbanização do país ao longo do século XX, no qual muitos dos bairros nas principais cidades foram erguidos em processos autogestionados nos quais a solidariedade e o esforço coletivo foram essenciais (CÂMARA, 2011, p.64).

A nova Constituição da Bolívia define na sua estrutura a autonomia indígena e a aplicação da gestão comunitária e territorial, e apela para a sabedoria ancestral como princípio de ordenamento jurídico (BOLÍVIA, 2009, p. 14). A entrevistada P2 reconhece que no governo Evo “houve uma maior participação dos povos indígenas”, já para o entrevistado ROS, isto não é suficiente. “É preciso falar das políticas estruturantes: de água, educação e saúde, e que a

resposta a isso não são bolsas, que é apenas a transferência circunstancial de dinheiro” (Entrevistado ROS).

Creio que só agora está tendo esta perspectiva, a visão de que o bem-estar das pessoas ou da sua subsistência não é alcançado por meio de salário nominal, de recursos monetários, mas sim através do salário social, que é a prestação de serviço. Esta questão nunca foi construída, não havia consciência, provavelmente porque o Estado boliviano não se abria a condição de pensar um modelo de Estado provedor, como em outros países (Entrevistada P2).

Na década de 1990 se estruturam na saúde, seguros para pessoas com vínculo trabalhista e seguros públicos universais para alguns segmentos da sociedade. Segundo o entrevistado G1 “30% da população da Bolívia está assegurada, e as demais só acessam seguros gratuitos se forem parte de grupos específicos: crianças, idosos a partir de 65 anos de idade, mulheres grávidas”, e alguns agravos e doenças. Na tentativa de minimizar a situação, o governo do Evo Morales apresentou como proposta a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) universal, equitativo, gratuito, intercultural e com participação comunitária (BOLÍVIA, 2008).

E, apesar do artigo 18 da nova Constituição boliviana defender um sistema público e universal de saúde, as ofertas de serviços vigentes ainda seguem o arranjo anterior, focalista e restritivo. Para a entrevistada P1 “[...] o acesso à saúde da maioria das pessoas é através do autocuidado ou da medicina tradicional; a última opção é a biomedicina”. O SUS boliviano propõe um Modelo de Saúde Familiar e Comunitário Intercultural (SAFCI), que tem como objetivo integrar as práticas de cuidado tradicional e a biomédica, sob a gestão de um Vice-Ministério de Medicina Tradicional e Intercultural (VMTI) (ISAGS, 2012, p.180). Para o entrevistado G1 “cada prática guarda uma altíssima complexidade de saber espiritual e com estes sábios estão as grandes tradições”.

O desafio da interculturalidade para o governo é incorporar os médicos tradicionais em ambientes de práticas ocidentais. E, em relação ao parto, a proposta é que ele seja culturalmente adequado e realizado em estabelecimentos de saúde. O governo relata o investimento na capacitação das parteiras e segundo o Entrevistado G2 “as parteiras tradicionais estão recebendo diversos treinamentos para que possam realizar o parto em melhores condições de limpeza, e para isso, ofertamos instrumental, e as ensinamos a maneja-los”. Porém, segundo a Entrevistada P1, há divergências quanto à institucionalização do parto e a inserção das práticas em ambientes biomédicos.

Um Estado que tem esse compromisso com a medicina tradicional, não tem que coordená-la, mas sim articulá-la e não colocar dentro dos hospitais os médicos tradicionais. Não burocratizar, não conduzir suas práticas através de normas que destroem sua cultura tradicional.

Neste sentido, a implantação de uma política intercultural precisa responder à diversidade cultural, sem subordinação. E, para tanto, é fundamental criar espaços participativos, que tenham como protagonistas os terapeutas tradicionais e a própria população. Além disso, em relação aos cuidados biomédicos, será preciso enfrentar o problema de acesso, e com ele as questões relacionadas à infraestrutura dos serviços, a falta de insumos, e avançar nas questões referentes à contratação, qualificação e gestão do trabalho.

Outro desafio importante em relação ao cuidado é a não sobrecarga da mulher nesta tarefa. A pesquisadora Wanderley, ao analisar alguns estudos feministas, interrogou a naturalização do cuidado no interior das famílias e comunidade como algo inerente à condição feminina. Segundo ela, a não corresponsabilização da sociedade e do Estado é base para a desigualdade de gênero, nas famílias e entre os meninos e meninas (2013, p.156).

Os problemas sociais referentes ao gênero são intensificados com a gravidez na adolescência. Na Bolívia, entre 2008 e 2011, houve um aumento de 18% para 25% de casos de gravidez na adolescência (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES, 2013). A situação se agrava com o abandono familiar, em grande medida, resultante de arranjos precários de cuidado e proteção.

Este é um problema público que afeta principalmente as famílias de estrato socioeconômico menos favorecido. São círculos viciosos através dos quais se reproduz a desigualdade e a pobreza de uma geração para outra. Faz-se necessário reorganizar socialmente o cuidado com a corresponsabilização entre Estado, sociedade e família (WANDERLEY, 2013).

As feministas e os estudos de gênero propõem elevar o cuidado a um direito cidadão, e reivindicam a cooperação e a solidariedade da sociedade com as famílias, e de homens e mulheres dentro das famílias na prestação de cuidados e proteção das pessoas que precisam. Enfatiza a importância de democratizar o cuidado e a proteção, (...) superando as injustiças e as desigualdades intrageracionais e entre geracionais, em uma nova ordem do Viver Bem (WANDERLEY, 2013, p. 163, tradução nossa).

A ausência de serviços públicos de cuidado impõe às mulheres mais encargos familiares, restrições para atividades laborais e limitação em suas oportunidades de formação ou capacitação e de participação política. Em outras palavras, neste tipo de sociedade não estão todas as condições para o exercício do direito ao trabalho remunerado, a educação e a política em igualdade de condições (WANDERLEY, 2013).

A responsabilização familiar é uma tendência que se expande com o avanço das reformas neoliberais, que pregoa a diminuição das demandas do Estado como mecanismo de redução dos gastos sociais, repassando-as ou dividindo-as com a sociedade civil; como também setores da esquerda, inclusive dos movimentos sociais e ONG's, demandam alterações nas relações Estado/sociedade que reforcem a cultura solidarista da sociedade civil na prestação de serviços sociais, bem como defendem o

retorno da solidariedade para o interior da sociedade, família e comunidade (TEIXEIRA, 2008, p.61).

Na perspectiva de construir uma nova sociabilidade é necessário avançar nos mecanismos de proteção social e garantir que certas necessidades, chamadas secundárias, sejam apoiadas pelo Estado, por meio de serviços públicos. Sendo assim, o cuidado deveria ser reconhecido como um direito social para que se possam transformar as condições institucionais e sociais em efetivo exercício de direitos humanos e cidadãos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O paradigma do Viver Bem proposto pelos povos indígenas reivindica uma ruptura com o sistema de colonização e opressão e com a dicotomia homem/natureza, aparecendo como uma alternativa ao modelo capitalista e como um novo arranjo dentro do sistema socialista. A Bolívia ao assumir na sua constituição o Viver Bem, o “plurinacionalismo” e a “interculturalidade” aposta em um horizonte ideológico de transformação social e humana. Neste sentido, esta experiência pode ser considerada, do ponto de vista histórico, um avanço na construção de novas sociabilidades e projetos sociais. E, os desafios para alcançá-las requer um enfrentamento dos processos de opressão que existem nas relações sociais, culturais, econômicas.

Os aspectos encontrados na pesquisa, a partir das entrevistas e dos estudos científicos analisados demonstram que a contribuição do governo no fomento de políticas e estratégias ancoradas na pluralidade, diversidade e interculturalidade já vêm produzindo ou potencializando mudanças tanto no setor econômico, quanto nas políticas de saúde.

Outro aspecto relevante, e que foi pouco explorado pelas limitações do estudo, diz respeito ao crescente desenvolvimento econômico do país, condição essa que contraria as teorias econômicas e a própria globalização. Cabe evidenciar que estes fatos, segundo alguns autores estudados e uma pesquisadora entrevistada, podem ser associados ao surgimento de agrupamentos étnicos de base econômica, identificados como classe média, que têm controlado o mercado local. E, embora a análise não possa afirmar de forma precisa, estes grupos e as suas atividades parecem ser parte decisiva no crescimento dos indicadores econômicos do país.

Sendo assim, as estratégias e políticas públicas alicerçadas na pluralidade e na interculturalidade abrem espaço às necessidades sociais, valorizando a diversidade cultural e étnica. Neste sentido o diálogo respeitoso e tolerante não pode ser descontextualizado da necessária ruptura com o padrão de exploração, colonização e subordinação.

O projeto de saúde em estruturação pelo governo boliviano, com marco constitucional

na defesa da interculturalidade, avança na perspectiva da concepção de saúde e do impacto na determinação social. Entretanto, a cobertura restrita em termos de acesso e oferta é um dos grandes desafios para a implantação do SUS boliviano e do modelo SAFCI.

Considera-se que as expectativas de uma nova ordem social construída a partir de um novo paradigma é uma luta histórica e, portanto, atravessada por conflitos, contradições e desafios, inclusive, presentes no próprio estudo. Para tanto, faz-se fundamental apresentar algumas interrogações:

- Diante de relações sociais pautadas no individualismo e na competitividade, como construir sociabilidades alicerçadas na solidariedade, na reciprocidade e no respeito à natureza?
- Como construir outra concepção econômica por dentro do sistema capitalista?

Vale ressaltar a importância de acompanhar os movimentos que ocorrem neste país, e se possível contribuir no campo do pensamento e da práxis para que o mesmo supere seus obstáculos e concretize uma forma de Viver Bem.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASCARRUNZ, Beatriz. El Vivir Bien como sentido y orientacion de políticas públicas. In: FARAH, Ivonne; VASAPOLLO, Luciano. *Vivir Bien: ¿ Paradigma no capitalista?*. La Paz: CIDES-UMAS, 2011, p. 423-437.

BOLÍVIA. Constitución (2009). *Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia*. La Paz: Cámara Legislativa, 2009.

CÂMARA, Marcelo Argenta. Juntas Vecinales de El Alto: memórias Campesino-Sindicais na Constituição do Protagonismo Social. *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais*, Recife, v.13, n. 1, p.63-74, maio. 2011.

CEPAL. *Los Pueblos Indígenas en América Latina: avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos*. Chile, 2014

FARAH, Ivonne; VASAPOLLO, Luciano. *Vivir Bien: ¿ Paradigma no capitalista?* La Paz: CIDES-UMAS, 2011.

FRIGOTTO, Gaudênio. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa Educacional. In: FAZENDA, I. *Metodologia da Pesquisa Educacional*. São Paulo: Cortez, 2012.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - UNFPA. *Maternidade precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência*. New York, 2013.

GADOTTI, Moacir. *Pedagogia da Práxis*. São Paulo: Cortez, 2004.

HITA, Susana Ramírez. *Salud Intercultural: crítica y problematización a partir del contexto boliviano*. La Paz: ISEAT, 2011.

HOUTART, François. Los indígenas y los nuevos paradigmas del desarrollo humano. In: FARAH, Ivonne; VASAPOLLO, Luciano. *Vivir Bien: ? Paradigma no capitalista?*. La Paz: CIDES-UMAS, 2011. p. 125-131.

KATZ, Claudio. Interpretaciones de la democracia en América Latina. Contexto Latinoamericano. *Revista de Análisis Político*, Querétaro, n.6, p.52-69, out/dez, 2007.

KOSIK, Karel. *Dialética do Concreto*. Rio de Janeiro: Paz&Terra, 1976.

MAMANI, Fernando Huanacuni. *Vivir Bien/ Buen Vivir: filosofía, políticas, estrategias y experiencias regionales*. La Paz: CAO, 2010.

MARX, Karl. *O Capital: crítica da economia política*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006. (Livro I)

MARIÁTEGUI, José Carlos. *Sete ensaios de interpretação da realidade peruana*. 1894 – 1930. São Paulo: Expressão Popular / CLASCO, 2008.

_____. *Ideología y Política*. Lima: Amauta, 1981. Disponível em: <http://www.archivochile.com/Ideas_Autores/mariategui_jc/s/Tomo13.pdf>. Acesso em: 20 set. 2013.

ISAGS. *Sistemas de Salud en Suramérica: Desafíos para la universalidade, integralidade y equidade*. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.

PNUD. *Los cambios detrás del cambio*. Desigualdades y movilidad social en Bolivia. La Paz: PNUD, 2010.

QUEIRÓS, A. A. L. A prática dos Agentes Comunitários de Saúde na América Latina: origem, contradições e desafios para o cuidado em saúde no começo do século XXI. Caderno de Anotações produzido durante as viagens aos seis países da América Latina que foram objeto da pesquisa, 2013.

QUIJANO, Aníbal. *Colonialidad del Poder, Globalización y Democracia*. Caracas: Instituto de Estudios Internacionales Pedro Gual, 2000.

REGALADO, Roberto. *Los gobiernos de izquierda em América Latina*. Querétaro: Ocean Sur, 2008.

SORUCO, Jorge Soza. *Una lectura marxista del “mundo andino” resposta ao indigenismo*. La Paz: Ediciones Insurgente, 2010.

SOSA, Vicente E. Escandell. “Vivir Bien”, alba y socialismo del siglo XXI. ¿ paradigmas opuestos?. FARAH, Ivonne; VASAPOLLO, Luciano. *Vivir Bien: ? Paradigma no capitalista?* La Paz: CIDES-UMAS, 2011. p. 311-329.

TASSI, Nico. *La outra cara del mercado: economias populares en la arena global*. La Paz: ISEAT, 2012.

TEIXEIRA, Solange Maria. Família e as formas de proteção social primária aos idosos. *Revista Kairós*, São Paulo, v.11, n.2, p. 59-80, dez. 2008.

WANDERLEY, Fernanda. El Vivir Bien y el derecho al cuidado. In: In: FARAH, Ivonne; TEJERINA, Verónica. *Vivir Bien: infancia, genero y economía entre la teoría y la pratica*. La Paz: CIDES-UMSA, 2013. p. 153-168.

4.2 A MEDICINA TRADICIONAL E A INTERCULTURALIDADE NA POLÍTICA E NAS PRÁTICAS DE SAÚDE NA BOLÍVIA NO INÍCIO DO SÉCULO XXI: LIMITES E DESAFIOS

(INTERCULTURALITY IN BOLIVIAN HEALTH POLICY AND PRACTICE IN THE EARLY 21ST CENTURY: LIMITS AND CHALLENGES)

O artigo aborda as práticas de saúde no espaço comunitário boliviano e discorre sobre a interculturalidade em saúde e a inter-relação entre a medicina tradicional dos povos indígenas e a biomedicina moderna. Trate-se de estudo qualitativo alicerçado no materialismo histórico e dialético. No contexto histórico do início do século XXI, a sociedade e o Estado da Bolívia avançam ao reconhecer o seu plurinacionalismo e a sua interculturalidade e desafiam suas instituições a construírem políticas públicas alicerçadas na cosmovisão dos povos originários. Para a saúde, o governo propôs o modelo de Saúde Familiar Comunitária e Intercultural, que tem como objetivo integrar saberes, práticas e atores sociais na defesa de uma saúde intercultural. Porém, mudanças dessa envergadura e alcance se deparam com importantes barreiras e dificuldades, algumas das quais identificadas e analisadas neste ensaio. Conclui-se identificando aspectos relevantes do desafio que tem sido criar estratégias de valorização e interlocução das práticas fundadas na interculturalidade em saúde, sem subordinações.

PALAVRA-CHAVE: Medicina Tradicional. Povos Indígenas. Interculturalidade.

This article discusses health practices in the Bolivian community and discusses the intercultural health and the interrelationship between traditional medicine of indigenous peoples and modern biomedicine contemporary medicine. Based in a qualitative study grounded in the historical and dialectical materialism. In the historical context of the early twenty-first century, society and the State of Bolivia advance to recognize its plurinacionalism and their intercultural behaviors and challenge their institutions to build public policies grounded in the worldview of indigenous peoples. For the field of health, the government proposed the model of Intercultural Community Health and Family, which aims to integrate knowledge, practices and social actors in the defense of an intercultural health. However, changes of this magnitude and scope face significant barriers and difficulties, some of which are identified and analyzed in this paper. It concludes by identifying relevant aspects of the challenge has been to create recovery strategies and dialogue practices founded on intercultural health, without subordination.

KEYWORDS: Traditional Medicine. Indigenous Peoples. Interculturality.

1 INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde é um valor humano de grande importância, e o seu manejo corresponde a uma relação dialética entre ajuda e poder. O ato de evitar, curar e acalantar o sofrimento possui uma base ancestral, e parte é transmitida de forma geracional. Na medicina tradicional dos povos americanos os praticantes são escolhidos por meio de rituais comunitários e também a partir de “dons” espirituais, sendo os conhecimentos adquiridos espiritualmente ou através das famílias e comunidades.

Uma importante resistência cultural dos povos originários são as suas crenças e costumes em relação ao ato de cuidar. Historicamente as populações desenvolveram suas práticas de cuidado por meio dos conhecimentos passados de geração em geração. Esse conhecimento possui também um componente espiritual, que é posto em prática pelos chamados “homens e mulheres de sabedoria”, que são os diversos praticantes dessa medicina tradicional.

Em alguns países, como Bolívia, Guatemala, Equador, Venezuela e México estão sendo propostas reformas em diversos setores, dentre eles a saúde. Esses países vêm desafiando-se a trabalhar com a concepção de nação multicultural, aprofundando os arranjos que permitem a integração das práticas interculturais, que são bastante distintas e questionadas pela biomedicina (HITA, 2011). No caso específico da Bolívia o governo, por meio da Constituição de 2009, propôs acesso universal aos serviços de saúde, criando um Sistema Único de Saúde (SUS), com as diretrizes do modelo de Saúde Familiar Comunitária e Intercultural (SAFCI).

Dessa forma, políticas que considerem a cosmovisão e que reconheçam e valorizem as práticas tradicionais de saúde e as concepções políticas distintas e as insiram institucionalmente emergem como desafios estratégicos no cenário boliviano. Para tanto, criou-se na gestão da saúde, um Vice-Ministério de Medicina Tradicional e Intercultural (VMTI), com o objetivo de desenvolver o modelo SAFCI, buscando compatibilizar e integrar a biomedicina e a medicina tradicional, de modo a potencializar o compartilhamento das práticas existentes, bem como evidenciar o surgimento de novas práticas, singulares e inovadoras.

A interculturalidade foi assumida por alguns setores indígenas como uma iniciativa com potencial para avançar rumo à igualdade no contexto societário boliviano. Também como resistência a um modelo médico que maltrata, tanto em termos corporais, quanto em termos ideológicos. Ela tem sido uma bandeira de reivindicação, mas pouco tem interferido na qualidade dos serviços, principalmente nos hospitais (HITA, 2011, p. 90). Em 2007, o Ministério da Saúde e Desportes (MSD), afirmou a interculturalidade nos seguintes termos:

A interculturalidade em saúde tem um enfoque sociocultural de exercício da prática médica com pessoas culturalmente diferentes, em que cada uma delas se predispõe ao diálogo, respeito, reconhecimento, valorização e aceitação dos diferentes saberes médicos, promovendo sua articulação e complementaridade para melhorar a capacidade de atuar de maneira equilibrada na resolução dos problemas de saúde, almejando-se alcançar qualidade do atendimento em práticas de saúde diferentes, fundada em conhecimentos e crenças compartilhados (2012, p. 200).

A concepção de interculturalidade proposta pelo MSD admite que as relações sociais se deem entre sujeitos sociais de culturas diferentes, que os profissionais de saúde e os usuários são de culturas distintas, e que os pacientes são vistos como sendo homogêneos em suas necessidades e que por razões culturais estes optam sempre por acessar a medicina tradicional. Mas a Bolívia, vale registrar, possui 36 etnias diferentes e heterogêneas. Logo, são distintas também suas práticas de medicina tradicional, bem como as percepções de necessidades em saúde.

Outro aspecto relevante é que tanto a população indígena, quanto os trabalhadores da saúde vivem, em sua maioria, em condições de pobreza, as quais acabam se sobrepondo às questões culturais.

Durante os últimos 30 anos, organismos internacionais que atuam na América Latina apontaram a interculturalidade como uma dimensão importante a ser desenvolvida no setor saúde. Apesar de a recomendação ser feita para os países, regiões e grupos com uma diversidade étnica e cultura, ela também sofre recorte de classe, já que essas também são atravessadas por grandes desigualdades sociais e econômicas. Sendo assim, surgem questionamentos sobre as razões desse recorte de classe para a recomendação, sobre os interesses que referenciam essas práticas e, ainda, sobre as causas dessas desigualdades.

Tendo em vista ser a América Latina um vasto território marcado por grande diversidade cultural em que se mesclam as heranças dos povos originários e estrangeiros, fundindo-se valores, normas e práticas de origem múltipla, é possível indagar sobre os motivos de nos diferentes países, em especial, no caso da Bolívia, as políticas públicas e os serviços de saúde serem tão pouco sensíveis à consideração e ao atendimento de tais diversidades. Neste sentido, o objetivo deste artigo é analisar o desenvolvimento das políticas e das práticas da medicina tradicional no contexto da interculturalidade na saúde na Bolívia, questionando-se os arranjos recomendados pelos organismos internacionais de saúde e identificando limites e desafios que esse processo vem representando para o Estado boliviano, levando-se em conta a sociedade e as instituições do País.

2 CAMINHO METODOLÓGICO

Foi realizada uma pesquisa qualitativa alicerçada no materialismo histórico e dialético, partindo-se de fatos empíricos identificados na realidade boliviana e buscando-se superar as impressões iniciais a partir da problematização com vistas a produzir uma análise que possibilite compreender os elementos de conexão, contradições e mediações dessa realidade (FRIGOTTO, 2012, p 96-98).

O método dialético reconhece que a realidade se encontra em permanente transformação. Ele propõe analisar o presente olhando para o passado e questionar o presente em nome do futuro. Conforme Konder, “o que está sendo em nome do que ainda não é” (1987, p. 84).

Uma postura, um método de investigação e uma práxis, um movimento de superação e de transformação. Há, pois, um triplice movimento: de crítica, de construção do conhecimento “novo”, e da nova síntese no plano do conhecimento e da ação (FRIGOTTO, 2012, p. 86).

Ainda segundo Frigotto a proposição marxista de pensar o método pode ser organizada em duas partes: o método de investigação e o de exposição. O primeiro investiga o objeto, buscando a apropriação do real, que para Marx “não é mais do que o material transposto para a cabeça do ser humano e por ele interpretado” (2006, p. 28). Na etapa de investigação utilizou-se um caderno de anotações para registro das observações e reflexões que o observado suscitou no pesquisador e um roteiro semiestruturado para as entrevistas, além de recolher material bibliográfico como documentos, informativos e relatórios de estudos científicos. Diante de tais aquisições o processo de exposição foi realizado a partir de uma aproximação crítica e analítica, e da síntese e interpretação do objeto estudado.

Durante o trabalho de campo realizado no período de março a abril de 2013, no qual foram realizadas entrevistas com diferentes atores sociais, surgiram narrativas alicerçadas em uma cosmovisão de base ancestral e originária, anunciando que em sociedades como a boliviana os projetos contemporâneos de saúde passam pela articulação e valorização da medicina tradicional. Outro elemento que emergiu, e que também compõe este pensamento é a interculturalidade e seus arranjos dentro das políticas públicas, que ganha força nas recomendações dos organismos internacionais, mas também é atravessada por contornos locais e institucionais diante da sua implantação. Na busca por uma interpretação crítica da realidade, realizou-se uma aproximação a partir destes achados e se produziu a análise considerando-se suas contradições e mediações, pois

Não há contexto teórico verdadeiro a não ser em unidade dialética com o contexto concreto. Nesse contexto, onde os fatos se dão, nos encontramos envolvidos pelo real, molhados nele, mas não necessariamente percebendo a razão de ser dos mesmos fatos, de forma crítica. [...] Daí a necessidade que temos, de um lado, de ir mais além da mera captação da presença dos fatos, buscando assim, não só a interdependência que há entre eles, mas também o que há entre as parcialidades constitutivas da totalidade de cada um e, de outro lado, a necessidade de estabelecermos uma vigilância constante sobre nossa própria atividade pensante (FREIRE, 1976, 135-136).

Os sujeitos de pesquisa entrevistados que contribuíram para a narrativa pertenciam a um dos quatro agrupamentos: gestão da saúde; pesquisadores; movimentos e organizações sociais; e trabalhadores. Na Bolívia alguns contatos foram realizados anteriormente, como por exemplo, o Ministério da Saúde e Desporte e uma pesquisadora do campo, na perspectiva de contribuírem enquanto informantes-chaves ou sujeitos a serem entrevistados. Foram realizadas quatorze entrevistas, mas apenas sete foram transcritas e são utilizadas neste estudo, conforme Quadro 1.

Quadro 1. Número de entrevistados, código respectivo e segmento a que pertencem os entrevistados (Bolívia, 2013).		
SEGMENTO DO ENTREVISTADO	NÚMERO DE ENTREVISTAS	CÓDIGO DO ENTREVISTADO
Gestores	3	G1
		G2
		G3
Terapeuta Tradicional (*)	1	TG
Pesquisadoras	2	P1
		P2
Rede de Organizações Sociais	1	ROS

(*) O terapeuta tradicional entrevistado também é gestor da saúde.

Após a transcrição das entrevistas o texto foi estruturado e, em seguida, procedeu-se à organização do discurso e à caracterização da formação discursiva. Na sequência foram definidas as categorias analíticas e analisados os discursos.

3 A MEDICINA TRADICIONAL NA BOLÍVIA

A inserção nas Américas do modelo médico europeu se deu de forma paralela ao avanço do conhecimento e domínio do novo continente. A medicina acadêmica foi sendo introduzida nos séculos XVI e XVII, nas recém-criadas universidades em Lima (1551), em São Francisco Xavier de Chuquisaca no Peru (1624) e no México (1551). Nesse processo, os missionários católicos tiveram importância fundamental. Investigações históricas dos modelos políticos-ideológicos da medicina demonstraram a importância dos centros de atenção médica na época da colônia, já com alguns aspectos interculturais (NAVARRO, 2010, p. 57).

Os médicos e curandeiros originários foram integrados à igreja católica e, em alguns casos, converteram-se em sacristãos dos templos. Há relatos de curandeiros locais empregados em hospitais no período colonial. Esse emprego lhes possibilitava atuar desenvolvendo suas práticas, desde que fossem batizados na denominação católica. Tal condição os transformava em indivíduos com poder eclesiástico e isso os colocava a salvo da intervenção das autoridades civis. Seguiam assim realizando suas práticas de cura (NAVARRO, 2010, p. 60).

Outra estratégia dos curandeiros foi mudar os nomes das plantas medicinais para nomes de santos católicos, como Erva-de-Santa-Maria e Erva-de-San-Juan (NAVARRO, 2010). É claro que não se pode dizer que isto é *interculturalidade* no sentido conferido atualmente ao termo. Mas, de alguma forma, havia relações culturais entre práticas com visões distintas. O Entrevistado TG defendeu “a importância do conhecimento não colonial, dos saberes adquiridos na vivência, junto a sua comunidade e em interação com a terra e com a natureza”. Para ele, é fundamental a defesa dos seus saberes e tradições, já que:

[...] quando apareceu a cultura colonial ela nos distanciou de nossos costumes, de nossas músicas, de nossas comidas [...]. Agora todos só utilizam as pílulas, e não as plantas, mas falta o mais importante, a parte espiritual (Entrevistado TG).

O povo boliviano busca na medicina tradicional uma das principais formas de cuidado, mas na cultura ocidental tal prática é criminalizada. “Nos vee m [*sic*] como tolos, como seguidores de Satanás e não entendem que a parte espiritual é a harmonia com a família, com a natureza, porque as pessoas se esquecem do seu corpo” (Entrevistado TG).

Agora não se esqueça de que a Bolívia é o primeiro país da América Latina que descriminalizou a medicina tradicional, desde o século XVI, seguido pelo Peru, Guatemala, México, e Brasil (Entrevistada P1).

O entrevistado G1 fala sobre o reconhecimento das práticas tradicionais na Bolívia e enfatiza que “[...] somos um dos poucos países que tem alta hierarquia na medicina tradicional”. Historicamente as experiências ancestrais foram mantidas e houve avanços importantes no seu reconhecimento junto ao Estado e a sociedade. A atual Constituição boliviana provê (Artigo 18) a estruturação de um Sistema Único de Saúde (SUS) no País. Este sistema deve ser universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, com qualidade e controle social. E o Artigo 42 diz que o SUS da Bolívia deve:

[...] promover e assegurar o respeito, a utilização, a investigação e a prática da medicina tradicional, resgatando o conhecimento e as práticas ancestrais, desde o pensamento e os valores de todas as nações e dos povos indígenas originários e campesinos (BOLÍVIA, 2009).

Na Bolívia se configuram três formas distintas de desenvolver o cuidado em saúde: as

práticas biomédicas, a medicina tradicional e o autocuidado, sendo este a principal forma de remediar os problemas e doenças da população. Já a medicina tradicional, que historicamente faz parte da cultura do seu povo, é a segunda alternativa diante dos agravos. A biomedicina é a menos demandada. Entretanto não se pode afirmar que isto decorre de opção cultural ou se deriva da oferta restrita, condicionada ademais pelo atendimento a certos requisitos de acesso, notadamente os de natureza econômica. Outro elemento a ser observado diz da classificação que a população faz em relação aos seus processos de adoecimento, uma vez que quando podem optar pelas formas distintas de cuidado, a mesma define quem procurar, de acordo com sua própria definição do que seja “coisa de médico ou de terapeuta”.

Outro aspecto a considerar são as diversas formas de produzir saúde por meio do autocuidado, que consiste em práticas aprendidas, frutos dos diversos saberes, e transmitidas de geração em geração, especialmente pela mãe, com uma eficácia pragmática e emocional (MENARDI, 2010, p. 9). Já o cuidado em saúde ofertado através da medicina tradicional é realizado por: kalawuayas, bruxos, yatiris, jampires, curandeiros, e outros. Eles são identificados através de escolhas espirituais e geracionais e o diagnóstico e tratamento seguem outras concepções de práticas, como a leitura da folha de coca e os rituais com filhotes de llama, em oferenda a Mãe-Terra- Pachamama, por exemplo.

Além disso, a promoção da medicina tradicional incorpora, em conformidade com o artigo 42 da Constituição, “o registro de medicamentos naturais e seus princípios ativos, assim como a proteção dos seus conhecimentos como intelectual, histórico, cultural e como patrimônio das nações e dos povos indígenas originários campestres” (BOLÍVIA, 2009).

Para que o conhecimento tradicional consiga ser mantido historicamente considera-se como fundamental pensar em formas de valorizar as práticas embasadas nesses saberes. O entrevistado TG acredita que é importante “[...] adaptar as nossas culturas, fazer com que todos a conheçam, e para isso precisamos escrever livros para que os profissionais e os nossos filhos conheçam nossas culturas”. Resulta fundamentalmente, portanto, que se desenvolvam processos de recuperação histórica e adequado registro dos rituais e das formas de cuidado ancestrais.

4 AS ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS E A SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

A criação de organizações indígenas e as contribuições de organismos internacionais impulsionaram a agenda em defesa dos direitos dos povos indígenas na América Latina. Em 1938 foi criado o Instituto Indígena Interamericano (III), a primeira instituição no continente

cuja missão foi cuidar das questões indígenas. O primeiro evento sobre o tema aconteceu no México em 1940, em Pátzcuaro, marcando historicamente o indigenismo latino-americano. Aquele congresso propôs, dentre outras coisas, que houvesse políticas públicas para os povos indígenas e traçou estratégias para toda a América Latina a partir da criação de organismos e instituições indígenas na Bolívia, Equador, Peru, Guatemala e México (NAVARRO, 2010, p. 61).

Outro fato historicamente relevante ocorreu em 1989, quando a Assembleia Geral da Organização Internacional do Trabalho (OIT) aprovou a Convenção 169 indicando que os direitos dos povos indígenas e tribais fossem reconhecidos, bem como “as aspirações desses povos de assumir o controle de suas próprias instituições e formas de vida, do seu desenvolvimento econômico e de manter e fortalecer suas identidades, línguas e religiões no âmbito dos Estados nos quais vivem” (MAMANI, 2010, p. 13).

A declaração foi reafirmada na Conferência sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (ECO-92), no Brasil, que propôs o ano seguinte como o ano intercultural dos povos indígenas do mundo, tendo como desafio fortalecer a cooperação internacional para solucionar os problemas dos povos indígenas nas esferas da educação, saúde, direitos humanos, meio ambiente e desenvolvimento.

As propostas e as reivindicações ganharam espaço público durante os anos seguintes. Em 1993, na Conferência Mundial de Direitos Humanos, foi criado o Fórum Permanente para os Povos Indígenas. Em 2001 entrou em vigor a Convenção 169 da OIT; em 2005, o Banco Mundial (BM) decidiu participar ativamente dos projetos de desenvolvimento para a população indígena; e no ano seguinte o Banco Interamericano para o Desenvolvimento (BID) aprovou a versão atualizada da política operativa proposta na referida Convenção. Outro momento importante se deu em 2007, quando a Declaração das Nações Unidas sobre os direitos dos povos indígenas considerou como um direito humano o direito à terra e ao território (HITA, 2011, p. 42).

No contexto da saúde, a Organização Pan-americana de Saúde (OPS) e os estados membros se comprometeram com as metas do decênio dos povos indígenas do mundo (1994-2004). Na década seguinte consolidou-se a orientação, por parte da OPS de priorizar a saúde dos povos indígenas, gerando a sua defesa da interculturalidade. Segundo Hita, a interculturalidade para a OPS abrange

[...] as inter-relações, o respeito as diferenças políticas, econômicos, etárias, sociais, culturais, linguísticas, de gênero, e geracionais; estabelecidas no espaço determinado entre distintas culturas (povos, grupos étnicos) para construir uma sociedade justa (2011, p. 50).

Porém, as estratégias que a OPS tem recomendado para os países da América Latina consideram os povos indígenas como uma minoria marginalizada e, para responder aos problemas de saúde, propõe sempre a incorporação dos médicos tradicionais nos serviços de atenção primária, segundo a tradição de controle social que marca as ações de saúde pública. Além de reproduzir um formato com base na subordinação, ela também propõe a mesma estratégia para todos os países. Desconsidera, desse modo, a diversidade dos povos indígenas e sua pluralidade. Ademais, em determinados contextos, como o boliviano, esses povos não são minoria, mas maioria, pois 62,2% da população são indígenas, segundo relatório da ONU de 2014.

Outro aspecto a ser considerado são as redes e as organizações não governamentais (ONG) destacadas para interpretar as aspirações e demandas dos povos indígenas, que por vezes contrariam os anseios locais e geram tensões entre a posição das “operadoras do desenvolvimento” e as organizações comunitárias, que reivindicam a apresentação e expressão das suas próprias necessidades. São fontes de dificuldades, também, as ações do Estado ou de instituições como o Banco Mundial, quando estes assumem o discurso da interculturalidade, mas operam sob a influência de organismos internacionais, da Organização Mundial de Saúde (OMS) e de organizações espanholas e italianas nos projetos de articulação da medicina tradicional e da biomedicina.

Para Walsh quando a palavra interculturalidade é empregada pelo Estado no discurso oficial, o significado é equivalente a “multiculturalidade”, pois o Estado quer ser inclusivo e reformista. Porém, o projeto de mudanças com base no princípio da interculturalidade, que se pode identificar no discurso de alguns movimentos indígenas se projeta em sentido contrário, uma vez que está propondo uma transformação, e está reivindicando que o Estado, para agir em busca da igualdade anunciada como meta, reconheça as diferenças efetivamente existentes na sociedade boliviana hoje (ética, política, epistêmica). Está pedindo, enfim, que se reconheça a necessidade da participação dos povos indígenas nas ações promovidas pelo Estado (WASH, 2007, p. 196).

E o movimento indígena usa o termo interculturalidade, quase que exclusivamente para "educação intercultural", voltada principalmente para a educação bilíngue indígena. Posteriormente passa a ser relacionada à "Saúde Intercultural", e aparece como proposta de reconhecimento da medicina tradicional indígena, e como uma maneira de valorizá-la (HITA, 2011, p.48).

Na Bolívia, o acúmulo histórico dos movimentos nacionalistas, dos movimentos sociais, principalmente o indígena e de trabalhadores, levaram à Presidência da República, pela primeira vez, uma liderança de origem indígena aymara, o cocaleiro Evo Morales. O governo do presidente Evo viabilizou a inclusão do ‘*Viver Bem*’ na Constituição, afirmando a

plurinacionalidade e a interculturalidade do país, além de valorizar os saberes e as formas de convívio dos povos originários e apontar para mudanças institucionais que garantam relações interculturais nas políticas públicas.

A abordagem da interculturalidade na Bolívia, por parte do Estado, pressupõe a incorporação e a revalorização da língua e da medicina dos grupos indígenas, que são considerados essenciais para reafirmar as culturas ditas ‘subalternas’. A pesquisadora Hita questiona, contudo, a forma com a interculturalidade vem se desenvolvendo no projeto governamental. Para ela, tal como vem sendo implementada, a interculturalidade segue as propostas e diretrizes dos órgãos internacionais e das ONG replicando modelos desenvolvidos em outros países, subordina os saberes e práticas tradicionais, e desconsidera o protagonismo dos terapeutas tradicionais (HITA, 2011).

Dizem que no Equador a interculturalidade vem de baixo para cima, já na Bolívia ela chegou com duas cooperações internacionais, a espanhola e a italiana. Seus antropólogos tentaram colocar uma narrativa triunfalista deste novo paradigma da saúde, mas tudo foi discursivo e captado pelo Estado (Entrevistada P1).

Há na Bolívia, no começo da segunda década do século XXI, numerosas organizações de cooperação internacional, ONG, e agências desenvolvendo projetos de saúde com base na interculturalidade, dentre elas organizações provenientes da Espanha, Itália, Brasil, México e Colômbia. Possuem convênios com a União Europeia, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com o apoio do BM e BID (WALSH, 2010, p.7). Hita (2011, p. 99) questiona a forma como estes organismos têm fomentado as estratégias de práticas interculturais afirmando que a partir destas interlocuções, a interculturalidade se torna uma concessão à ordem dominante.

Os espanhóis e seus antropólogos trouxeram a ideia de que a articulação entre a medicina científica e tradicional seria colocar os kallawuayas nos hospitais, que os curandeiros deveriam trabalhar dentro dos serviços de saúde. Fizeram vários experimentos em vários hospitais, mas todos falharam. Isso porque não foi demanda do povo, mas demanda dos antropólogos. Foi um exercício antropológico posto em prática, isso foi o que aconteceu (Entrevistada P1).

Um dos entrevistados deste estudo foi o coordenador de uma rede de organizações não governamentais (Entrevistado ROS) fundada em 1988, integrada por organismos nacionais e internacionais que atuam em diversas áreas da saúde, especialmente a materno-infantil. Esta ROS desenvolve ações no campo da formação e qualificação, inclusive, alguns de seus membros fazem a gestão de faculdades de medicina e enfermagem; a organização também dirige uma universidade. Ela atua no campo da pesquisa e sistematização de experiências e também na rede assistencial, por meio da oferta de serviços ambulatoriais, hospitalares e de

apoio diagnóstico. Segundo o Entrevistado ROS, integram a referida rede organizações que são seguradoras de saúde. A organização faz crítica à forma como o governo tem atuado, principalmente em relação ao financiamento, mas integra o conjunto de instituições que viabilizam o programa SAFCI.

Houve mudanças drásticas no repasse de recursos para a saúde, o financiamento vem diminuindo significativamente nos últimos anos. E é neste sentido que a nossa Rede, por exemplo, tinha uma vocação institucional, que era apoiar na implementação dos programas e projetos, mas está mudando porque precisa de financiamento, e ele vem sendo reduzido. O que já não era suficiente, pois somos um país de recursos médios. Vimos também muitas parcerias que foram se retirando do país, como é o caso do USAID e as cooperações holandesa e britânica também saíram (Entrevistado ROS).

Outro aspecto a ser considerado é a interferência dos organismos internacionais nas organizações locais que representam as práticas e a medicina tradicional. Segundo Hita, historicamente a Sociedade Boliviana de Medicina Tradicional (SOBOMETRA) tenta articular o conjunto das terapias em busca da sua institucionalização. Ela chama a atenção para alguns movimentos que têm acontecido em torno da entidade: “No caso do Departamento [Estado] de Potosi, onde a cooperação italiana interferiu na criação da SOBOMETRA localmente, o fato gerou conflitos internos, que até hoje não se resolveram” (HITA, 2011, p. 61-62).

A pesquisadora aponta a influência da globalização nas instituições locais de saúde e como elas interferem e criam estratégias de controle local frente aos programas e políticas de saúde para as comunidades indígenas (2011, p. 29-30). Para a entrevistada P1 essas investidas têm provocado resistências e questionamentos:

Os médicos tradicionais não concordam com o que propõe a OMS: que eles têm que se estabelecer em hospitais. Nós achamos o contrário, a biomedicina é que deve se adaptar. É o inverso do postulado da OMS dos anos 1980. Propomos que não seja a partir da OMS, mas sigamos o que vem sendo pensado desde 1965, que não se espere a luz da OMS, que sai da Praça da Espanha (Entrevistada P1).

O alerta feito pela Entrevistada P1 enfatiza uma questão central: o padrão de subordinação, que faz parte do processo de dominação e controle da região. Chama a atenção à subalternidade¹ pelo colonialismo, que traz pequenas mudanças e mantém os setores subalternos mais apaziguados, já que se propõe a valorizar a cultura, através da medicina tradicional.

Neste contexto, o encontro intercultural pressupõe as seguintes condições: o reconhecimento e a aceitação do “outro” diferente de mim, a comunidade, a cultura; a

¹ O termo “subalterno”, do latim *subalternus*, significa ‘aquele que depende de outrem: pessoa subordinada à outra’. Neste estudo, tomamos “subalterno” como expressão que se refere à perspectiva de pessoas de regiões e grupos que estão fora do poder da estrutura hegemônica; daí o conceito de subalternidade exigir um espaço territorial definido e demarcado, bem como aqueles que se encontram fora do pensamento hegemônico (FIGUEIREDO, 2011, p.19).

construção de um diálogo respeitoso e tolerante para alcançar o entendimento e a compreensão das diferentes formas de pensar, dizer e fazer; e uma aproximação com o conhecimento da cultura do “outro”, desde sua própria língua étnica, até a sua expressão corporal particular (NAVARRO, 2010, p.38). Diante disso, o que se pretende é a necessária ruptura com o padrão de opressão e a aposta em mudanças que enfrentem a institucionalização das desigualdades e exclusões.

5 A INTERCULTURALIDADE NA BOLÍVIA: LIMITES E DESAFIOS

A partir dos anos 1990, distintos governos bolivianos promoveram seguros públicos de saúde gratuitos, dirigidos à atenção materno-infantil. Em 1997 foi aprovado o Seguro Básico de Saúde, com o objetivo de proporcionar acesso universal aos serviços de atenção primária. Foi também instituído o Seguro Básico de Saúde Indígena e Originário, que se propunha a incorporar os médicos tradicionais. No entanto, este último não foi efetivado naquele período.

Em meados da segunda década do século XXI os seguros atendem as pessoas com vínculo trabalhista e a segmentos específicos da população boliviana. Segundo o Entrevistado G1 “[...] 30% da população da Bolívia estão segurados, mas para o resto só existem seguros gratuitos para população específica: crianças, idosos a partir de 65 anos de idade, mulheres grávidas” e para alguns agravos e doenças. Já “o restante das pessoas, que trabalham no comércio de rua, sem trabalho formal, não são segurados, não têm acesso a nada” (Entrevistada P1). Ou seja, os seguros públicos assistem à apenas uma parcela da população.

Em 2006, teve início o governo do presidente Evo Morales, com a proposta de um Sistema Único de Saúde (SUS), incluso na Constituição de 2009. A proposta era de um sistema universal, equitativo, gratuito, intercultural e com participação comunitária. Sua organização se daria, conforme mencionado, a partir da implantação do modelo de Saúde Familiar Comunitária e Intercultural. Apesar do marco que propõe a universalização do acesso, a estruturação do SAFCI segue o mesmo movimento da estruturação da atenção primária na América Latina, ou seja, apresenta muitos desafios e deficiências.

A organização territorial do país é composta por nove Departamentos [*Estados*]: Beni, Cochabamba, Chuquisaca, La Paz, Oruru, Pando, Potosí, Santa Cruz, Tarija, com 112 províncias, e 314 municípios. Na saúde existem comitês: local, departamental e nacional. E, segundo o Ministério da Saúde o sistema de saúde boliviano é segmentado em quatro setores: “o sistema público; o de seguridade social; o privado; e o de medicina tradicional” (MINISTERIO DE SALUD Y DESPORTOS [...], 2012, p. 177).

Existe agora um maior reconhecimento da medicina tradicional, que era a única opção que as populações distantes tinham. Até recentemente havia muita guerra contra os médicos tradicionais, e a defesa que a medicina ocidental era a única boa. Agora se alcançou um reconhecimento que ela existe há décadas, e que funciona (Entrevistado ROS).

O modelo SAFCI apresenta dois pilares: gestão e atenção. Na gestão, a proposta é desenvolver estratégias de promoção e prevenção em saúde e fortalecer os mecanismos de gestão participativa e controle social. Já a atenção tem como desafio integrar as práticas e fortalecer a interculturalidade. A organização da atenção ocorre em três níveis de assistência: o primeiro, com os serviços de atenção primária; o segundo, com os serviços ambulatoriais e de atendimento hospitalar geral; e o terceiro, com serviços ambulatoriais e hospitalares especializados.

A articulação para a boa execução dos aspectos do programa, gestão e atenção, depende da participação comunitária: no diagnóstico, planejamento e mudança da realidade. E a comunidade e suas lideranças são estimuladas a participar e apoiar a execução das propostas. No componente de gestão trabalha-se com as organizações sociais em cada comunidade e se define um conselho local de saúde. No início da implantação do modelo eram realizadas eleições para definição dos membros, depois esses passaram a ser indicados pelas lideranças. O conjunto dos conselhos locais define os membros do conselho municipal. O mesmo é feito para os conselhos departamentais e, por fim, em âmbito nacional.

Uma das estratégias de estruturação da política SAFCI é a pós-graduação a partir da residência médica. No momento da entrevista existiam 1.120 médicos cadastrados e eles tinham como responsabilidades buscar uma atuação em conjunto com os terapeutas da comunidade, além de trabalhar o protagonismo e a articulação comunitária. Mas a disponibilidade dos médicos em participar de um programa como o SAFCI é bem pequena e, na prática, segundo a pesquisadora Hita (2011, p. 68), o médico e o terapeuta tradicional não trabalham juntos.

Outro aspecto a ser considerado é a inserção dos terapeutas tradicionais nos serviços de saúde e a não adequação da ambiência para realização das práticas. O Estado propõe a convivência das práticas tradicionais e da biomedicina a partir do compartilhamento do espaço físico nos serviços, mas segundo a entrevistada P1 “[...] isto não tem funcionado, pois burocratiza e destrói a cultura tradicional”.

Assim, as práticas vêm sendo realizadas nas ruas, em condições precárias, como presenciado durante a realização do trabalho de campo, nas ‘calles de los brujos’ [*rua dos bruxos*] em El Alto. A entrevistada P1 defende que “[...] o sistema de saúde devia levar a sério as enfermidades culturais. Os terapeutas tradicionais trabalham na ‘merda’, porque eles

trabalham nas ruas, no meio do barulho, fazendo consultas”.

Mesmo quando os terapeutas estão inseridos nos serviços, a comunidade pouco utiliza sua prática neste ambiente laboral. Em geral quando as pessoas da comunidade vão aos serviços de saúde elas buscam o saber biomédico. Porém, quando precisam de outros cuidados, vão até a casa do terapeuta, e em alguns casos, o procuram no serviço, mas combinando o encontro previamente fora desses locais. O que se pode constatar é que a adequação do ambiente dos serviços de saúde não acontece. Os consultórios do médico e do terapeuta são iguais, quando deveriam ser diferentes, uma vez que as atividades são distintas.

Em 2004, o Ministério da Saúde criou uma instância, a Mesa de Saúde Intercultural, para coordenar as experiências no campo das práticas interculturais articuladas principalmente por ONG. Uma das primeiras tarefas foi trabalhar a adequação do parto. Em 2005, essa instância chegou a propor um Guia de Atenção Intercultural da Saúde Materna. Em 2006, a Mesa passou a compor o novo Vice-Ministério de Medicina Tradicional e Intercultural (VMTI), órgão criado especificamente para cuidar da medicina tradicional e da interculturalidade em saúde (NAVARRO, 2010).

O VMTI tem como desafio incorporar o SAFCI aos sistemas formais, inclusive, o hospitalar, “[...] incluindo os curandeiros tradicionais nas unidades de saúde” (Entrevistado G2). Além disso, pretende regulamentar a prática da medicina tradicional, por meio do reconhecimento e da certificação dos terapeutas, incluindo-os, inclusive, no seguro universal de saúde. Por fim, busca-se elaborar a farmacopeia boliviana tradicional.

Devemos ser um dos poucos países do mundo que tem um Vice-Ministério de Medicina Tradicional e Intercultural. Isso mostra a importância que damos à medicina tradicional. E temos que regulamentar a medicina tradicional, que é fundamental para estabelecer mecanismos que nos permitam o controle (Entrevistado G2).

Apesar de o que se pode considerar como avanço no reconhecimento e valorização da medicina tradicional, cabe ponderar sobre a perspectiva de controle social que está sendo proposta, a partir da identificação e cadastro dos terapeutas, por meio da realização de um censo. Para a Entrevistada P1 esta forma de organização “[...] responde ao interesse do Estado e não ao dos curandeiros tradicionais”, e argumenta que “[...] tanto a Bolívia quanto o Equador vivem a conjuntura mais biomédica da história”.

Quanto ao censo, há divergência quanto à estratégia. Para a Entrevistada P1 trata-se de uma identificação que não garante apoio às práticas, pois “[...] estão fazendo um censo, mas há grupos de terapeutas que resistem”. Para ela, isto criou uma cisão, pois “alguns médicos tradicionais adotaram a ‘interculturalidade’, e outros desistiram. Eles não querem saber do cadastramento” (Entrevistada P1). Segundo o entrevistado G2 “o VMMT trabalha com a

regulação da medicina tradicional, na perspectiva de exercer um melhor controle”.

O discurso da interculturalidade em saúde serviu para estabelecer relações de poder biomédico nos terapeutas tradicionais. O que não se alcançou na época da colônia, agora está acontecendo graças ao discurso da saúde intercultural (Entrevistada P1).

O entrevistado G3 afirma que entende a interculturalidade:

Como o respeito pelas diversas culturas que temos na Bolívia, e em todo o mundo; ou seja, que temos que conhecer outras culturas, e aprender como elas a se relacionar como sua vida, e seu modo de ser a partir deste conhecimento. Temos uma relação de respeito, e também uma ação política horizontal, em relação ao poder. Não vemos as outras culturas como inferiores, e a nossa como superiores, mas temos uma simetria de poder (Entrevistado G3).

Se por um lado alguns movimentos resistem ao arranjo proposto e continuam desenvolvendo suas práticas à margem das políticas públicas e do controle do Estado, outros curandeiros tradicionais têm visto nela uma fonte de trabalho, assumindo a proposta reivindicatória como deles. Segundo estudos realizados por Hita, o Estado assumiu e promoveu o discurso da interculturalidade, sem dar aos curandeiros tradicionais condições de trabalho semelhantes aos dos trabalhadores dos serviços de saúde (2011, p. 49).

Apesar do Ministério da Saúde e Desporte ter criado serviços com as práticas biomédicas e tradicionais juntas, com o objetivo de interagir os saberes, e beneficiar a população, propondo o diálogo entre o médico, o paciente, e o curandeiro, a coexistência em geral tem sido um desafio, pois “não existe pluralismo médico” (HITA, 2011, p.21). A medicina manifesta a sua hegemonia e transforma as outras práticas e saberes em subordinadas.

Esta situação pode ser agravada pelo modelo de regulação que propõe a autorização para o exercício da prática sugerida pelo censo. É claro que um processo como este encontra desafios enormes e de toda ordem, tendo em vista a necessidade de democratização das relações de poder entre os cuidadores. Segundo Vasconcelos os profissionais das práticas biomédicas não abrirão mão da sua hegemonia:

Elas têm enormes dificuldades para relativizar seus interesses corporativos, suas competências e habilidades privatistas, suas identidades profissionais rígidas, seus modelos teóricos e epistemológicos e suas práticas geralmente marcadas pela fragmentação e especialismo (2010, p. 19 e 20).

Outro elemento a ser considerado diante da implantação de políticas e estratégias interculturais é que as diferenças entre os trabalhadores da saúde e o próprio paciente não são só culturais, mas de classes sociais, e que as relações econômicas, políticas se evidenciam em nível micro social (HITA, 2011, p. 52). Nota-se que os estudos sobre o processo saúde-doença-cuidado em relação às práticas interculturais, apresentam como questão problemática a má comunicação cultural, sem analisar a desigualdade social e a pobreza como parte central das

relações (HITA, 2011, p.96).

Na região andina boliviana, uma parte significativa dos trabalhadores de saúde e dos pacientes pertence às mesmas classes sociais e mesmas etnias. Então, as relações dentro dos serviços se estabelecem por meio de relações de poder vivenciadas fora deles. Parece haver uma necessidade em evidenciar a diferença hierárquica entre trabalhadores e pacientes, envolvendo *status* e conhecimento. Em alguns momentos é possível presenciar maus-tratos físicos e psicológicos (HITA, 2011).

A identidade étnica tem como essencial a noção de identidade contrativa, ou seja, a noção de ‘nós’ frente aos ‘outros’. Em outras palavras, uma identidade se afirma negando a outra (OLIVEIRA, 2007). No caso dos trabalhadores em saúde, muitos negam sua condição indígena para se diferenciar dos pacientes. A inserção na cultura ocidental e a mudança do *status* social, às vezes, são atribuídas pela família por meio da quebra geracional dos costumes e culturas, como por exemplo, no caso de não aprender o próprio idioma (HITA, 2011).

Por isso reivindica-se que aspectos sociais, econômicas e políticos sejam incorporados à concepção intercultural. É necessário, a esse respeito, considerar que as relações entre a população e os trabalhadores da saúde podem carregar precedentes tanto étnicos, quanto socioeconômicos, que acabam por configurar certa subalternidade. Mas constata-se a ocorrência de distintas concepções de interculturalidade, o que constitui um desafio de que a mesma seja praticada de forma a colocar em evidência as diferenças. Existe o desafio também de que se reconheça que as relações interétnicas se dão por meio de conflitos e contradições e são atravessadas sempre por relações de poder.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência boliviana expressa processos contraditórios e socialmente enriquecedores na busca por novas práticas de saúde que, na coexistência da medicina tradicional e da biomedicina operando no espaço comunitário possibilite o desenvolvimento de novos arranjos setoriais, a partir do paradigma da interculturalidade e do ‘Viver Bem’, como princípio organizador da vida societária. Os entrevistados e os documentos analisados indicaram ser desafiador e estimulante a formulação e implementação de uma política com essas características, que respeite e valorize as diversas culturas e tradições e, ao mesmo tempo, aponte para a recomposição do processo de cuidado biomédico, valorizando princípios humanistas na oferta de cuidados do que se entende como saúde naquele contexto social específico.

Nos limites das possibilidades analíticas deste estudo, envolvendo sete entrevistados e informações documentais, ainda assim foi possível detectar e buscar compreender os traços essenciais do projeto de mudanças assumido pelo governo boliviano, marcado pela determinação de universalizar a saúde, adotar um modelo de cuidados baseado na estratégia da saúde familiar, comunitária e na interculturalidade. No entanto, constatou-se também que a efetivação de tais políticas é atravessada por obstáculos e desafios de ordem interna, por exemplo, baixo financiamento e cobertura; e também de desafios de ordem externa, que envolvem a disputa socioeconômica e ideológica, em relação à concepção e a hegemonia do setor saúde.

Neste sentido, cabe assinalar como fundamental a defesa da plurinacionalidade e da interculturalidade assumida pela sociedade boliviana na perspectiva constitucional, dirigindo sua efetivação, enquanto política pública, como parte de um processo histórico contra hegemônico, desencadeador, portanto, de resistências e tensões políticas e ideológicas.

A análise empreendida neste estudo permite concluir que os conflitos gerados pelas práticas de medicina tradicional e de biomedicina articulam-se com opressões de várias ordens e com desigualdades socioeconômicas, étnico-raciais e culturais que impactam os determinantes de saúde e se constituem, como revela a experiência em desenvolvimento na Bolívia, em elementos dificultadores adicionais na estruturação de sistemas de saúde universais e resolutivos.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BOLÍVIA. Constitución (2009). *Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia*, 2009. La Paz: Câmara Legislativa, 2009.
- FRIGOTTO, Gaudênio. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa Educacional. In: FAZENDA, I. *Metodologia da Pesquisa Educacional*. São Paulo: Cortez, 2012.
- FIGUEIREDO, Carlos Vinícius da Silva Figueiredo. Estudos subalternos: uma introdução. *Revista do Programa de Pós-Graduação em Letras da UFGD-Raído*, Dourados, v.4, n.7, p.83-92, jan./jun. 2010.
- FREIRE, Paulo. *Ação cultural para a liberdade e outros escritos*. Rio de Janeiro: Paz&Terra, 1976.
- HITA, Susana Ramírez. *Salud Intercultural: crítica y problematización a partir del contexto boliviano*. La Paz: ISEAT, 2011.
- KONDER, Leandro. *O que é dialética*. São Paulo: Brasiliense, 1987. (Coleção Primeiros Passos).

MAMANI, Fernando Huanacuni. *Vivir Bien/ Buen Vivir*: filosofía, políticas, estrategias y experiencias regionales. La Paz, CAOI, 2010.

MARX, Karl. O Capital: crítica da economia política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006. (Livro I).

MENARDI, Luca Citarella. Desarrollo de la Salud Intercultural en Bolivia: desde las experiencias locales. In: MENARDI, Luca Citarella; ZANGARI, Alessia; NAVARRO, Roberto Campos. YACHAY TINKUY. *Salud e Interculturalidad en Bolivia y América Latina*. La Paz: Prohisaba, 2010. p. 3-29.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLÍVIA (Bolívia). Sistema de Salud em Bolívia. In: INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE (ISAGS). *Sistemas de Salud en Suramérica: Desafíos para la universalidade, integridade y equidade*. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.

NAVARRO, Roberto Campos. Salud Interculturalidad en América Latina: experiencias del pasado y contemporáneas. In: MENARDI, Luca Citarella; ZANGARI, Alessia; NAVARRO, Roberto Campos. YACHAY TINKUY: *Salud e Interculturalidad en Bolivia y América Latina*. La Paz: Prohisaba, 2010.p. 57-69.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso. *Etnicidad y Estructura Social*. México: CIESAS, 2007. (Colección Clásicos y Contemporáneos en Antropología)

WALSH, Catherine. Interculturalidade crítica y pluralism jurídico. SEMINÁRIO PLURALISMO JURÍDICO, 2010, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Justiça, 2010.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. *Karl Marx e a subjetividade humana*: a trajetória das ideias e conceitos nos textos teóricos. São Paulo: HUCITEC, 2010.

4.3 METAMORFOSES E CONTRADIÇÕES NO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO BRASIL

(METAMORPHOSES AND CONTRADICTIONS IN THE WORK OF THE COMMUNITY HEALTH AGENT IN BRAZIL)

Este artigo busca apresentar aspectos sociais e conjunturais que atravessam a prática profissional do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no Brasil, buscando analisar algumas modificações que ocorreram no processo de trabalho. A partir daí, discorre sobre como essas alterações podem apresentar contradições e impactar as políticas públicas, a ação dos agentes e a própria comunidade. Foi realizada uma análise qualitativa referenciada no materialismo histórico e dialético. Com o estudo é possível inferir algumas considerações: a regulamentação do trabalho do ACS obteve avanço com a aprovação da Lei nº 12.994/2014; a práxis desse trabalhador é constituída de elementos de autocuidado e de heterocuidado; que a reconstrução de espaços de formulação e pactuação de políticas em saúde e do trabalho do ACS são fundamentais; e que a retomada da agenda da formação técnica do agente precisa ocorrer concomitantemente à discussão do perfil profissional deste trabalhador.

PALAVRA-CHAVE: Agente Comunitário de Saúde. Regulamentação Profissional. Perfil do Trabalhador.

This article aims to present social and economic factors that cross the professional practice of Community Health Agent (ACS) in Brazil, trying to analyze some changes that occurred in the work process. From there, discusses how these changes may present contradictions and impact on public policy, the action of agents and in the community. A qualitative analysis referenced in historical and dialectical materialism was performed. With this study we can infer some considerations: ACS labor regulations got forward with the approval of Law No. 12.994/2014; praxis that worker is made up of self-care elements and “other-care”; the reconstruction of formulating spaces and agreement of health policy and formulation and negotiations of agents of work are central; and the resumption of the agenda of the agent's technical training needs to occur concomitantly to the discussion of the professional profile of this worker.

KEYWORDS: Community Health Agent. Professional Regulation. Management of Work.

1 INTRODUÇÃO

A existência de “cuidadores em saúde” com saberes milenares, que desenvolvem práticas distintas do cuidar fazem parte dos arranjos sociais, principalmente de base comunitária. Alguns desses praticantes são inseridos nas políticas públicas, como é o caso do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no Brasil, que se tornou nacionalmente uma profissão. Segundo Queirós “a produção da prática profissional do ACS se institucionaliza mediada pelas lutas sociais e políticas” (2012, p. 277).

Esse profissional, que se forja no cuidado às pessoas de sua família e comunidade em situação de vulnerabilidade e desigualdade social, disputa uma agenda de reconhecimento social e de valorização profissional. Atualmente é a maior categoria de trabalhadores atuando no Sistema Único de Saúde (SUS), chegando a 287.195 agentes em todo o território nacional (BRASIL, 2014).

A institucionalização de uma prática profissional é atravessada por regras, normas e parâmetros já instituídos. Para Serra “ela não se efetiva sem que ocorra uma luta constante entre as forças contrárias” (1986, p. 38). O resultado será dado pela correlação de forças entre “aqueles que ditam e impõem as leis e normas e aqueles que exercem a prática institucional” (1986, p. 38). Na tentativa de compreender o significado social da prática profissional do ACS, a pesquisa busca no referencial da Marilda Iamamoto contribuições:

A apreensão do significado histórico da profissão só é desvendada em inserção na sociedade, pois ela se afirma como instituição peculiar na e a partir da divisão social do trabalho. Como a profissão só existe em condições e relações sociais historicamente determinadas é a partir da compreensão destas determinações históricas que se poderá alcançar o significado social desse tipo de especialização do trabalho coletivo (social), mais além da aparência em que se apresenta em seu próprio discurso, e, ao mesmo tempo, procurar detectar como vem contribuindo, de maneira peculiar, para a continuidade contraditória das relações sociais, ou seja, do conjunto da sociedade (1996, p.16).

Neste sentido, o trabalho do ACS é compreendido na divisão organizacional do trabalho na forma “serviço”, cuja função é a de atender às expectativas e necessidades da sociedade. Karsch (1998, p. 25) defende que, aparentemente, “serviço” é prestação de serviço, portanto, atividade útil, valor de uso. E chama a atenção para que a utilidade não tenha fim em si mesma, uma vez que, a satisfação vai desde as necessidades básicas do homem até toda e qualquer nova necessidade geradas pelo homem.

A prática profissional do ACS nasce em meio comunitário, de *status* popular, mas ganha contornos oriundos dos saberes biomédicos. Tem como objetivo atuar junto aos processos saúde-doença e aos determinantes sociais da saúde, em sua complexidade e abrangência. Diante disso, o desenvolvimento de seu trabalho certamente encontrará diferentes

e grandes desafios, um desses ocorre a partir da sua inserção, já que o seu recrutamento acontece por ser membro da comunidade, portanto, são atravessados pelo mesmo contexto socioeconômico e cultural.

Por tanto, é preciso refletir sobre seu ato profissional, ora utilizado como um mecanismo institucional para apaziguar problemas sociais, racionalizar e simplificar o cuidado; ora como estratégia para aumentar a comunicação dos interlocutores públicos com a população. Neste sentido, o trabalho do ACS é atravessado por processos tensos, geradores de ambiguidades, tanto por advogar pelos direitos e demandas da comunidade, quanto por exercer a vigilância e o controle do serviço sobre a população. Sendo assim, interroga-se como essa prática fará a composição entre as expectativas da esfera governamental e as necessidades e anseios comunitários. Assim, a metamorfose é parte constitutiva da sua condição profissional.

2 METODOLOGIA

Ao considerar a dialética como propriedade da realidade, isso significa que tanto o seu ponto de partida, quanto as suas impressões iniciais precisam ser confrontadas com o concreto, na perspectiva de que possam ser confirmadas ou refutadas. É necessário perceber as contradições, os conflitos e os antagonismos para que se possa apreender a complexidade do objeto estudado. Kosik aponta que “o conhecimento da realidade histórica é um processo de apropriação teórica – isto é, de crítica, interpretação e avaliação dos fatos – processo em que a atividade do homem, do cientista é condição necessária ao conhecimento objetivo dos fatos” (1976, p.84).

Sem dúvida, quando os homens percebem a realidade como densa, impenetrável e envolvente, é indispensável proceder a esta procura por meio da abstração. Este método não implica que se deva reduzir o concreto ao abstrato (o que significaria que o método não é de tipo dialético), mas que se mantenham os dois elementos, como contrários, em inter-relação dialética no ato da reflexão (FREIRE, 2008, p.35).

Freire ao discorrer sobre a conscientização propõe que seja assumida “uma posição utópica frente ao mundo” (2008, p. 31). E que este fato “é a dialetização dos atos de denunciar e anunciar” (2008, p. 32), a partir de um compromisso histórico e de um conhecimento crítico. Para o educador, a conscientização

[...] não pode existir fora da ‘práxis’, ou melhor, sem o ato ação – reflexão. Esta unidade dialética constitui, de maneira permanente, o modo de ser ou de transformar o mundo que caracteriza os homens (FREIRE, 2008, p. 30).

Seguindo essa premissa, o presente estudo tem como matriz de análise e problematização, as sucessivas aproximações da pesquisadora com o objeto, ora pela sua

dissertação de mestrado, ora por atuar durante alguns anos de sua vida profissional na Atenção Básica junto ao ACS. Uma parte do trabalho de campo ocorreu durante a oficina de trabalho “Dialogando sobre os desafios do trabalho, da formação profissional e da organização política do Agente Comunitários no SUS”, realizada dentro do 11º Congresso Internacional da Rede Unida, em 2014, e outras durante o ano de 2014, na realização de entrevistas individuais. As entrevistas foram: 1 gestor (Entrevistado G1); 2 ACS/trabalhador (Entrevistado T1 e entrevistado T2); 1 pesquisadora (Entrevistada P1). Quanto à oficina, houve a presença de 25 pessoas: gestores das três esferas de governo; ACS; pesquisadores e representantes de Escolas Técnicas; a mesma resultou em um documento-base com as falas sistematizadas sem identificação dos sujeitos, apenas dos segmentos: Gestor (G); Trabalhador/ACS (T); Pesquisador (P); e representantes de Escola Técnica (ET). Para o artigo foram utilizadas trechos do discurso de 9 participantes: 2 pesquisadores - P1 e P2; 3 trabalhadores – T1, T2 e T3; 2 gestores – G1 e G2; 2 representantes de Escolas Técnicas – ET1 e ET2. Houve a autorização das informações pelos participantes.

Esta pesquisa se caracteriza pelos processos de investigação e de exposição. A fase de investigação diz respeito ao recolhimento do material. Nessa fase são abordados os pressupostos teóricos no qual o trabalho se fundamenta: o processo de reprodução social e de construção do trabalho como categorias fundantes. A reflexão sobre a realidade nos oferece uma base potente para compreender o contexto sociopolítico, enquanto que o referencial teórico-metodológico elucida as contradições e nos ajuda a olhar com mais profundidade as questões.

Já a fase de exposição busca ordenar de forma lógica e coerente a apreensão que se fez da realidade. Tal processo foi construído no estudo de campo, sobretudo, quando se buscou a fala dos atores sociais implicados na temática. Assim, as falas apresentadas enriqueceram o estudo, uma vez que, expressam as contradições inerentes ao problema abordado e contribuem para o aprofundamento da análise realizada pelos autores.

A ideia é problematizar os elementos de heterogeneidade, que causam contradições e conflitos e, a partir da análise, sistematizar alguns aspectos que fosse provocadores de uma agenda política e de uma contribuição epistêmica. As categorias a serem trabalhadas são: gestão do trabalho; cuidado em saúde; e organização do trabalho.

Os momentos seguintes se deram da seguinte forma: identificação das temáticas e categorização do conteúdo das entrevistas – organização do discurso; montagem da interlocução entre os temas – conexão entre os assuntos expostos; problematização e análise dos discursos dos entrevistados a partir do material bibliográfico (documentos, informativos e

materiais científicos relativos ao campo da saúde e das ciências sociais); e elaboração da síntese.

3 MATRIZ DA PROBLEMATIZAÇÃO DO OBJETO

As necessidades em saúde segundo Stotz (1991) partem da busca pela reprodução da vida e se modificam no contexto social, passando a produção de novas necessidades. No sistema capitalista elas tomam outras características que não somente a busca do bem-estar. Dentro do sistema capitalista, dificuldades e problemas de saúde são apresentados como empecilhos ao processo de reprodução social da vida. E como os aspectos vitais não estão separados do processo de reprodução social, isso faz com que a atenção em saúde seja de grande importância na garantia da reprodução do sistema.

Para Nakatani (2001, p. 3) “foi através do trabalho que se desenvolveram as demais funções e comportamentos humanos”. Isso porque a ação do homem é previamente projetada na consciência e objetivada na transformação da natureza como força produtora das coisas e das próprias relações humanas. Assim, reconhecer as transformações no mundo do trabalho do ACS, bem como a dinâmica dos processos que ocorrem no ambiente de serviço, dimensionando as tensões e contradições a ele inerentes, é um dos desafios desta pesquisa.

No Brasil, o SUS tem na universalidade e na integralidade princípios que mostram a intencionalidade de atender às necessidades de todos e de apreendê-las de forma ampliada. No entanto, o processo saúde-doença também sofre a investida do sistema capitalista, com a medicalização dos problemas sociais e com o estímulo ao consumo de serviços, equipamentos e insumos. Na perspectiva de enfrentar esta distorção, é preciso reorientar o “cuidado” como “[...] forma de conhecer e reinventar cotidianos” (PIRES, 2005, p.1032). E, para tanto, será preciso um novo agir em saúde, pautado na solidariedade e na reciprocidade da prática comunitária e que se contraponha a mercantilização da saúde e aos equívocos do pensamento biomédico.

Cuidar é mais que ato mecanizado, rotinizado e alienado de sentido, faz parte da atividade criativa dos seres, compondo-lhe a estrutura de ser e vir a ser-no-mundo, sendo atitude humana inscrita na esfera vital, subjetiva e cultural das relações sociais. O fazer humano é permeado de cuidado, capaz tanto de oprimir, quanto de libertar (PIRES, 2005, p. 1031).

Outro aspecto a ser considerado é que a prática social do ACS vem sofrendo modificações. No surgimento, em meados das décadas de 1960 e 1970, hegemonicamente eram influenciados pelos saberes e práticas populares e familiares; hoje, esse tipo de influencia é bem menor, sendo substituída pelas práticas biomédicas. Além disso, o setor saúde, de um modo geral, está mais conectado ao saber biomédico e as diretrizes da saúde coletiva,

hegemonizado por meio da técnica e da ciência e institucionalizado na ordem social por meio da disciplina e da hierarquia. Desse modo, a institucionalização da prática do ACS sofre investida dos contextos nos quais são inseridas e seguem sendo modificadas pela correlação de forças.

De acordo com Luz (1981), a hegemonia é mantida pelas relações institucionais, onde o saber biomédico se impõe por meio da estrutura montada na área de saúde, pela ordem institucional e pelas relações sociais como disciplinamento e hierarquização.

Do que existe produzido a respeito do conceito de profissão, considero útil entender ‘PROFISSÃO’ como a qualificação que detém um grupo de trabalhadores, especializados na realização de determinadas atividades, e que dominam os conhecimentos que fundamentam a sua realização. Os profissionais controlam a produção e reprodução dos conhecimentos necessários ao seu trabalho, através do ensino e da pesquisa. Os membros da profissão estabelecem regras para o exercício profissional do grupo, fixadas em lei e/ou compartilhadas pelo grupo e legitimadas pela sociedade em que vivem (PIRES, 2000, p. 254).

De acordo com Fleury, o SUS tem um ideário pautado nas seguintes dimensões: “a construção de um novo saber que evidenciasse as relações entre saúde e estrutura social; a ampliação da consciência sanitária; a organização do movimento social, definindo espaços e estratégias de ação política” (1997, p. 26). É neste cenário que a atenção primária ganha importante espaço e coloca como estratégia central a universalização da atenção primária e a inserção de um novo trabalhador, o ACS.

No campo da Saúde Coletiva a Estratégia da Saúde de Família (ESF) tem gerado questionamento, no que se refere à estruturação de uma Atenção Primária Seletiva (APS) e da fragmentação e desarticulação dos serviços de atenção primária em relação as Rede de Atenção. A estratégia tem sido capaz de imprimir algumas mudanças no modelo de atenção à saúde, contudo, segundo Rodrigues e Araújo (2003), pode-se pensar a estratégia como expressão de processos instituintes, ou seja, do que pode vir a ser, fazendo-se, assim, necessário pensá-la a partir do cotidiano.

Outro aspecto que tem atravessado a estruturação das políticas de saúde e a regulamentação do trabalho, diz respeito ao impacto causado pela reestruturação produtiva, que: “em sua vertente política, o neoliberalismo, impacta no Estado e nas políticas sociais” (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 133). No que concerne às relações de trabalho, observa-se ajustes estruturais em termos de desregulamentação, reestruturação e de incorporação de novos paradigmas produtivos entre os quais, o da flexibilização das leis do trabalho.

É a conjuntura social, o momento histórico e concreto que fornecem os elementos para que o Estado assuma posicionamentos diversos em consonância com a força ou fraqueza dos movimentos sociais, produto, portanto, da correlação de forças sociais. Assim, o poder do Estado está condicionado não só pelo desenvolvimento das forças

produtivas, como apregoa o marxismo clássico, mas também pela dinâmica social e relações das forças políticas dos diversos grupos sociais (SERRA, 1986, p.24).

Testa (1995, p. 70) parte do pressuposto que uma estratégia institucional é a que se desenvolve no e a partir do espaço institucional. Nesse espaço se agrupam trabalhadores que se ordenam segundo dois critérios básicos: a divisão técnica e social do trabalho (essa última mantida pela hierarquização do conhecimento e pelo *status* social); e a propriedade dos meios de trabalho e o domínio de seus processos.

É preciso considerar que o trabalho do ACS se modifica diante do processo sócio-histórico e das relações sociais. Sendo assim, ao reconhecer que este é um trabalho forjado para atender às necessidades sociais da saúde, as suas funções precisam ser permissivas à dinamicidade da realidade.

4 ANÁLISE E SISTEMATIZAÇÃO

4.1 TRABALHO E CUIDADO – A PRÁXIS NECESSÁRIA

No início da década de 1970, o capitalismo viu-se frente a um quadro crítico, o que o levou a um amplo processo de reestruturação. Tal processo incidiu diretamente sobre o trabalho, afetando, inclusive, a centralidade que o mesmo exercia na vida das pessoas.

A história recente foi impiedosa em relação a tais (des)construções: a aparência da finitude redesenhou novas modalidades de trabalho, viu florescer sua nova morfologia, seu novo modo de ser, em combinação com suas pretéritas (e ainda vigentes) modalidades. E era como se, quanto mais o trabalho se desmoronasse, mais ampliado e diversificado ele ressurgisse (não importa, no momento, se mais ou menos precarizado, mais ou menos provido de direitos) (ANTUNES, 2010, p.11).

As considerações apresentadas pelo sociólogo Antunes também estão presentes no setor de saúde com o ACS, tanto em relação ao surgimento de uma nova prática profissional, quanto ao questionamento sobre a sua finitude. O Participante-P1 traz um questionamento importante, segundo ele fruto de reuniões com gestores municipais. “[...] o momento parece ainda mais preocupante do ponto de vista dos gestores que questionam se é preciso ter o profissional ACS”. Corroborando com essas ponderações, o estudo realizado por Queirós apresentou este contexto sob o relato de representantes da gestão federal, em que acreditavam que haveria uma superação da necessidade do profissional ACS por parte da comunidade e das equipes, em relação ao modelo Saúde da Família, e que a função do ACS acabaria (2008, p. 103). Seis anos depois, o relato aqui apresentados mostra que a questão/defesa continua.

A questão da finitude pode estar alicerçada nos processos atuais de desestruturação do trabalho, que têm impactado no desemprego estrutural; na informalidade; e na

desregulamentação, flexibilização, terceirização e precarização do trabalho. Contrariando a questão da finitude, o ACS, mesmo sendo fruto de uma conjuntura geral de desregulamentação das condições sociais de trabalho que marca a década de 1990, segue avançado no seu marco regulatório e na luta pela desprecarização do trabalho. Foram aprovadas a Lei nº 10.507/2002 que cria a profissão do ACS; e em 2006 a Lei nº 11.350 que diz sobre o exercício das atividades e o vínculo do ACS e do ACE; e mais recentemente foi conquistado a partir da Lei nº 12.994/2014 o vínculo empregatício direto e o piso salarial da categoria. Os ganhos a partir da regulamentação e valorização legal do seu trabalho contrariam a perspectiva de finitude do trabalho do ACS, e a tendência em curso sobre a classe trabalhadora, de desregulamentação e precarização.

A condição ocupacional exercida sem o devido amparo das normas legais e que não garante estabilidade, benefícios e segurança ao trabalhador. Mas o tema requer atenção, pois nem todo vínculo formal, regido pelas leis do trabalho, está isento da precarização – o trabalho precário não é sinônimo de trabalho informal. Nossa referência primordial para pensar o tema, no presente estudo, será a ausência de estabilidade e segurança, o que torna vulnerável a condição do trabalho (CASTRO et al., 2006, p.21).

O estudo realizado por Barbosa (2009) demonstra que houve uma diminuição dos vínculos precários dos ACS. Em 2001, o índice era de 72,39%; já em 2008, caiu para 31,08%. Silva (2014) utiliza a base de dados do Programa de Melhoria do Acesso da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) para concluir que o vínculo precário do ACS é de 33,6% (2014, p.18). Ainda segundo este estudo, houve um aumento da precarização quando comparado aos dados de 2008 com os de 2014, após oito anos da Lei nº 11.350/2006.

O CONASEMS defendeu que o vínculo do ACS não fosse direto e propôs a continuidade das formas de contratação anteriormente pactuadas. Diante dessa divergência, a estratégia de contratação indireta foi mantida pelos atuais governos dos municípios. Trata-se da celebração de termos e contratos de parcerias com Organizações Sociais de Saúde (OSS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e cooperativas. Para isso, os gestores defendem a manutenção da intermediação na contratação (QUEIRÓS, 2012, p. 270).

Segundo Queirós (2012), o vínculo tem sido uma das principais tensões na relação entre a organização e lideranças dos ACS e a organização dos gestores municipais. No entanto, a melhoria das condições salariais tem mobilizado a categoria, se tornando a principal agenda das organizações políticas.

O agente comunitário de saúde recebe menos de um salário mínimo. Cadê a organização e a luta política para mudar isso? Eu sou agente de mudança, tenho que mudar isso daí primeiro, começando por mim, porque se não o faço, não vou conseguir mudar nada (Participante-T1).

A aprovação da Lei nº 12.994/2014, altera a Lei nº 11.350/2006 no que se refere à

forma de contratação, definindo que a mesma seja direta, conforme o regime jurídico adotado no município e proibindo a contratação temporária ou terceirizada, salvo em casos de surtos epidêmicos. A legislação também define o piso do ACS e do ACE, estando sobre a competência da União a assistência financeira complementar de 95% do piso salarial fixado. Compete ao governo federal fixar os parâmetros referentes à quantidade máxima de agentes passível de contratação que receberão o auxílio financeiro complementar e também condicionar a assistência financeira à comprovação do vínculo direto. Em nota, o CONASEMS orienta os municípios:

Desse modo, entendemos que os municípios, ao adequarem a remuneração dos Agentes Comunitários de Saúde e de Combate a Endemias ao que dispõe a Lei 12.994/2014, não poderão desconsiderar os mencionados dispositivos constitucionais e legais e, dessa maneira, precisarão, além de outras medidas, atentar para a existência de prévia dotação orçamentária e de previsão na Lei Orçamentária Anual e as demais exigências constantes da LRF (CONASEMS, 2014, p. 6).

A normativa abriu um cenário de interlocução entre os gestores das três esferas de governo, por meio da Portaria GM/MS nº 1.833/2014, que institui o Grupo de Trabalho, sobre coordenação do Ministério da Saúde, que terá como função elaborar uma proposta de regulamentação da Lei nº 12.994/2014. Para o Entrevistado-G1 “[...] o grande problema é a contradição entre a consolidação do SUS e a precarização das relações de trabalho”, sendo assim, resta saber como a gestão do SUS lidará com a interlocução junto aos trabalhadores e como enfrentará os entraves administrativos, fruto da reforma administrativa de 1995.

Os dilemas do mundo do trabalho não podem menosprezar o cuidado, que no caso do trabalho em saúde, é a principal finalidade, e esse é produzido sobre a ação direta do trabalho humano. Merhy (2004) defende que a saúde não deve ter como objeto a cura, a promoção, e a proteção da saúde, mas a produção do cuidado; através do qual poderão ser atingidas a cura e a saúde. O campo da saúde construiu “práticas técnicas cuidadoras, socialmente determinadas” (MERHY, 2004, p. 109), onde a lógica são os atos de saúde enquanto procedimentos e não a produção destes atos enquanto cuidado.

O paradigma biomédico tem aprisionado o cuidar em normas, rotinas e técnicas que “desvirtuam o cuidado de sua existência criadora e reveladora” (PIRES, 2005, p. 1031). A boa prática vai sendo radicalmente modificada e os atos de cuidar vão ficando cada vez mais técnicos e burocratizados. Em relação ao agente comunitário, a tensão da divisão do trabalho – do “ser profissional” e da legitimação do saber, segundo Vieira, “[...] é pautada pelo saber biomédico e por técnicas de governo, por um lado, e com os sujeitos e seus modos de viver, por outro” (2013, p. 51).

A entrevistada-P1, ao ser questionada sobre quais deveriam ser as atribuições desenvolvidas pelo ACS, responde que “o ACS é como uma mãe boa, tudo que uma mãe boa faz, ele deve fazer”. Por outro lado, a mesma pergunta é respondida da seguinte forma: “o agente muitas vezes não é considerado pela própria equipe como um profissional da saúde” (Participante-G1). A perspectiva de desenvolver o cuidado ancorado em saberes familiares, ou a partir das habilidades biomédicas aprendidas, entra em contradição com as normativas e regulamentação dos atos profissionais, e das profissões.

Segundo Vasconcelos, as profissões de saúde são “[...] sustentadas em formas de profissionalismo muito hierarquizadas e de práticas moldadas pelos interesses do complexo médico-industrial e clínico-privado ou pelo corporativo particularista” (2010, p. 19). O autor chama a atenção para o difícil enfrentamento desses interesses:

Elas têm enormes dificuldades para relativizar seus interesses corporativos, suas competências e habilidades privatistas, suas identidades profissionais rígidas, seus modelos teóricos e epistemológicos e suas práticas geralmente marcadas pela fragmentação e especialismo, tendo em vista as novas demandas pela democratização das relações de poder e do capital simbólico nas equipes interprofissionais de trabalho (VASCONCELOS, 2010, p. 20).

Para Merhy, todo processo de trabalho em saúde produz “atos de saúde”, que perseguem a “produção do cuidado” (1998, p. 8). Entretanto, diante de uma prática que extirpa o trabalho vivo, enrijece e burocratiza o processo de trabalho, os atos de saúde se tornam procedimentos e técnicas distantes do “ato de cuidar” e, o trabalhador, torna-se um alienado. O ser cuidador precisa ter ou desenvolver uma capacidade de compreensão do outro. Deve saber ouvir para poder perceber as necessidades do outro e deve se corresponsabilizar pela ação realizada para que o sujeito da necessidade se sinta seguro e acolhido. Para o Entrevistado-T2 “[...] ele [o ACS] é um sujeito comum, com contradições; é alguém que sente as dores e se implica com elas”. Nesse sentido, o trabalho realizado pelo ACS poderia ser enxergado com empatia e ser reconhecido como uma ação de cuidar.

[...] todo profissional de saúde, independente do papel que desempenha, como produtor de atos de saúde é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e como tal deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos [...] (MERHY, 1998, p. 16).

São inerentes ao cuidado em saúde as dimensões do autocuidado e do heterocuidado. O autocuidado diz respeito a práticas e ações que são realizadas através dos diversos saberes e técnicas, das pessoas sobre elas mesmas. Já o heterocuidado é a atenção que ocorre através de uma intervenção externa, do outro sobre a pessoa, através de conhecimentos, de saberes e técnicas, que necessitam de interlocução. O heterocuidado se impõe como necessidade em

saúde quando o autocuidado esgota suas possibilidades de resolução autônoma das necessidades de saúde das pessoas. Assim, o que a literatura científica e os profissionais de saúde costumam chamar de “cuidado” diz respeito, em boa parte, ao que seria mais bem definido como “heterocuidado”. Alguns aspectos do autocuidado e do heterocuidado podem sofrer deslocamentos, dependendo da autonomia, habilidade e do conhecimento para sua realização. Neste sentido, será preciso interrogar qual é o cuidado exercido pelo ACS.

Assim, percebemos que, em termos dinâmicos, os ACS realizam um processo de mediação ligado a adaptar a forma como interagem com as famílias, seja por meio de mecanismos de interação, seja pela adaptação de suas práticas. Vemos, portanto, no trabalho dos ACS, uma criação e uma intercalação de saberes que permitem aos agentes legitimar suas práticas tanto com a população como com o poder público. Além dessa legitimidade, a intercalação permite que os ACS estabeleçam um elo, ou uma ponte, entre esses atores, facilitando o diálogo e a troca de saberes e de conhecimentos (LOTTA, PAVEZ, 2010, p. 120).

A produção da prática do ACS, no início da sua conformação, possuía vários elementos do autocuidado, realizados por meio de orientações e conhecimentos geracionais, do cuidar e proteger. Outras vezes, por meio das habilidades e manejos com as práticas tradicionais, sendo alguns desses agentes parteiras, benzedeiras e conhecedores das plantas medicinais. Diante da institucionalização, as suas práticas são atravessadas pelos saberes biomédicos e da saúde coletiva; e a sua comunicação com a comunidade ganha elementos destes campos e saberes, ora como interlocutor do objeto do heterocuidado, ora como vigilante dos condicionantes de risco e de controle do autocuidado.

O cuidado institucionalizado, fragmentado e extorquido de subjetividades reconstrutivas, embora igualmente rico em politicidades subversivas, de certa forma vem sustentando um modelo de atenção à saúde injusto e desigual, sob a forma da ajuda conformada em política de saúde tipicamente capitalista (PIRES, 2005, p. 1031).

Assim, é preciso interrogar qual concepção de saúde e de cuidado disputam as políticas públicas e, se ao fazê-la numa perspectiva de cuidado munido de politicidade, não será fundamental redirecionar as atribuições do ACS frente à noção do autocuidado e do heterocuidado. Sendo assim, o trabalho do ACS é atravessado pelas contradições sociais e pela luta política, estando sempre em meio a disputas, tanto no que se refere à concepção da saúde quanto no que se estabelece nas relações de trabalho.

4.2 “O ACS É O SUS ANDANDO” – O DESAFIO NO TRABALHO DO ACS

A perspectiva de inserir o ACS nas políticas públicas como defendeu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, pertence à concepção de um Estado atravessado pelas correlações de força (BUCI-GLUCKSMANN, 1970, p. 86). Neste sentido, Estado é segundo Faleiros (2000, p. 46),

“ao mesmo tempo, lugar do poder político, um aparelho coercitivo e de integração, uma organização burocrática, uma instância de mediação para práxis social”. É por dentro deste processo, que se consolidam e se ampliam os grupos da saúde que, anos depois, conseguem uma articulação nacional, capitalizada pelo Movimento de Reforma Sanitária e criam um arcabouço na defesa de políticas de proteção social e do SUS.

Portanto, fazer cumprir o que anuncia o marco constitucional e as bases legais sobre as políticas de saúde passa, então, a ser um desafio dentro do contexto socioeconômico e político atual. Assim como também é um desafio a busca por ajustar os projetos e investimentos na área de saúde. Nesse sentido, o estudo buscou analisar como as políticas de saúde e o conhecimento biomédico e da saúde coletiva incidem sobre a prática do ACS, criando arranjos e nova organização do trabalho.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) vem ofertando dispositivos e tecnologias, dentre elas o novo sistema de informação, o E-SUS; e o Programa de Monitoramento e Avaliação da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que avalia e repassa recurso financeiro por equipe. Essas estratégias certamente criam normativas para o processo de trabalho da equipe. No entanto, a sua implementação pouco tem contribuído para reorientar os processos de gestão, perdendo a oportunidade de qualificar as políticas, principalmente a partir da interlocução com o ACS e as equipes.

Não chega um cartão de vacina na minha Unidade há cinco anos, nem para xerocar do próprio bolso. Não tenho um envelope para novas famílias. Eu estou inventando, fabricando envelope. Aí chega uma moça avaliando o PMAQ, e diz que eu sou regular. Regular é minha gestão (Participante-T2).

Queria pelo menos discutir com as meninas das escolas o porquê da vacinação da HPV? Porque na idade delas? O que significa? Mas não temos tempo, é uma correria (Participante-T3).

Lottas e Pavez (2010) analisam o ACS enquanto agente de implementação de política pública, que pode ser observada nos relatos acima, tanto pela capacidade em capilarizar uma campanha, quanto pelo grau de monitoramento e intervenção junto às práticas, a partir do PMAQ. As autoras concluem que “a ação desses agentes permite uma inserção do Estado dentro das redes relacionais locais” (2010, p. 123). E que ao exercer a discricionariedade no seu processo de mediação das políticas, ele contribui de forma decisiva para a sua adaptação e implementação. As autoras o denominam “burocrata de rua”, a partir do momento que ele “pode distribuir e alocar os recursos, outorgando maior acesso”, em ambos os lados (na administração pública e na comunidade), elas ponderam que o ACS “escolhe quais os recursos que levarão para ambos ‘os mundos’ e constroem as dinâmicas de mediação desses recursos,

tornando, portanto, mais permeável, ou ‘mais próxima’, a fronteira entre Estado e sociedade” (LOTTAS; PAVEZ, 2010, p. 123).

[...] eu não consigo falar de filariose sem falar do esgoto, do calçamento, da fossa, do banheiro, do lixo na rua, essas coisas. Não tem como você falar de filariose, olhar para o povo na rua e dizer: - engulam três comprimidinhos, e vocês estão salvos! (Entrevistado-T1).

A oferta de serviços e ações é realizada unidirecionalmente, ou seja, do serviço para a comunidade, com raiz no modelo hospitalocêntrico, biomédico e gerencialista. Por outro lado, o ACS recebe demanda do serviço para a comunidade, e da comunidade para o serviço, precisando criar um processo de trabalho mais dinâmico e horizontal. As formas distintas de lidar com as demandas se evidenciam em reunião de equipe, enquanto o ACS quer repassar situações novas e explicar o contexto das famílias, os outros membros da equipe querem fazer orientações gerais ou passar ordens sobre alguma atividade da gestão e da clínica. Para alguns profissionais, principalmente o médico, este tipo de espaço se torna improdutivo, já que é o encontro de racionalidades distintas.

A equipe pouco se encontra para produzir conhecimentos e ações, trabalham de forma fragmentada. E os agentes comunitários são apartados da equipe, e com pouco relacionamento com seus colegas de trabalho (Participante-ET1).

Outro aspecto importante evidenciado na pesquisa de Lotta e Pavez (2010) foi a identificação de aproximadamente 1.080 diferentes práticas realizadas pelos ACS em seu trabalho. Segundo elas, “36% das práticas desempenhadas pelos ACS estão previstas na legislação (definidas nas portarias e leis federais que regem o programa), enquanto cerca de 64% não estão previstas”. Ou seja, a maioria das práticas realizadas pelos ACS ou são proibidas ou não estão explicitadas na legislação (2010, p. 120).

Há uma necessidade de atualizar as atribuições do ACS e esta precisa ser acompanhada da redefinição do próprio trabalho da equipe. Além de pensar a composição da equipe levando em consideração o território, é importante discutir o perfil desses profissionais e as ações que eles desenvolvem junto ao território em que atuam. Outro elemento que precisa ser questionado é a centralidade da biomedicina nas ações do ACS.

Ao contratar os agentes – que hoje, em muitos casos, não têm qualquer vínculo com movimentos sociais organizados – e dar-lhes uma função normatizada pelas unidades de saúde, a política de saúde institui o campo de atuação de um trabalhador e configura uma demanda por determinado serviço, que gradualmente ganha legitimação social. Embora o conhecimento da cultura local, característica principal de sua qualificação, tenha sido construído no cotidiano de sua vida, esse conhecimento é legitimado para garantir a inserção no mercado de trabalho. Além disso, ainda que tenha acesso quase sempre apenas a pequenos cursos fragmentados, o ACS constrói, mediante a sua prática, um saber, uma *expertise* que o orienta no cotidiano do trabalho

e que subjaz à sua resposta tanto às demandas das diretrizes das políticas públicas quanto às da equipe e dos usuários (LOPES; DURÃO; CARVALHO, 2011, p. 180).

De forma assertiva, destaca-se um membro da comunidade para atuar, através das políticas sociais, junto a sua própria comunidade, entretanto, a importância do seu vínculo para realizar o recrutamento não justifica condicioná-lo a manter moradia. O imaginário do vínculo comunitário não pode ser definido apenas como fixação territorial. O ACS precisa constituir vínculos comunitários por meio de sua responsabilização e implicação comunitária. Essa preocupação também devia estar relacionada a toda equipe.

Em relação à moradia, o que define a Lei nº 11.350/2006, é que o agente comunitário precisa residir na área de atuação. Este tipo de normativa cria uma obrigatoriedade de ordem pública e cria entraves de ordem privada como, por exemplo, a não possibilidade da união (com a perspectiva de morar juntos), entre dois ACS de áreas distintas, uma vez que a mudança de endereço acarretaria a perda da função de agente. Outro aspecto a ser considerado em relação à moradia, diz respeito a uma grande parcela da população que não possui imóvel próprio e que tem migrado em resposta ao aumento do valor do aluguel. No caso do ACS a instabilidade é maior – não consegue pagar com o salário de ACS, e caso mude de endereço, perde o emprego.

Concordamos com Lopes, Durão e Carvalho (2011) e Queirós (2012) sobre ser essencial o pertencimento à comunidade para a constituição da identidade profissional desse trabalhador e que o recrutamento deva ter como base o local de moradia. Entretanto, a manutenção da residência na área precisa estar baseada em outros critérios, constar nas normativas que regulam o seu trabalho e nos planos de cargos e carreira para que as mudanças de localidade sejam amparadas legalmente e possam ocorrer de acordo com tempo de serviço.

Outro aspecto diz respeito à afirmação do ACS como ponte, ou seja, como um elo entre a equipe a comunidade. Esta forma de representação o coloca como mediador, muitas vezes, em um “fogo cruzado”. Ora a equipe e a gestão delegam funções e responsabilidades diversas, ora eles são atravessados pelos problemas comunitários, que interferem tanto na rotina profissional, quanto na sua vida social e comunitária. As funções novas, que são vistas como desvio de função estão relacionados àquilo que ninguém quer fazer; atividades que são direcionadas ao ACS pela equipe e comunidade.

A necessidade de discutir as suas atribuições põe em disputa ações prioritárias, diante das políticas públicas vigentes e o resgate das práticas e saberes comunitários, que já fizeram parte do fazer deste trabalhador. O distanciamento das práticas que fundaram essa ocupação, como as atividades de mobilização e educação em saúde diminuem, enquanto isso ocorre a inclusão de novas funções, que são demandadas pela ESF e pelas demais políticas que são

transversais à saúde no território.

Em várias situações o papel do ACS, como um ator local, é pormenorizado como, por exemplo, na saúde indígena.

Precisamos resgatar os saberes que os nossos ancestrais nos deixaram, que são as práticas naturais que sempre nos curaram, e que ninguém pode dizer hoje, que elas não servem mais (Participante-P2).

O ACIS – Agente Comunitário Indígena de Saúde estavam sem um papel definido no seu trabalho, eram apenas carregadores de mochilas e bagagens; levavam a equipe às aldeias; e faziam limpeza no polo base da comunidade (Participante-P2).

Faz-se necessário que os governos corrijam tais problemas, adequando seus serviços ao incorporar conhecimentos e saberes tradicionais. Nesse sentido, o setor de saúde precisa construir mecanismos que reconheçam a diversidade e que ampliem a interlocução entre os serviços e a comunidade. É fundamental também definir as atribuições e qualificações que são consideradas como especificidades nos contextos culturais, étnicos e conjunturais de trabalho, reconhecendo a pluralidade e a interculturalidade.

Outro aspecto a ser considerado é que a profissão de ACS não existe *a priori* enquanto emprego, ela se faz no ato da incorporação ao SUS, deixando, portanto, de existir fora dele. É uma ocupação que só existe dentro do setor público de saúde. Esta exclusividade é também das instituições que realizam a formação técnica destes trabalhadores.

No momento, “a única política que temos para o agente comunitário de saúde é uma política baseada em capacitações fragmentadas e totalmente descoladas da formação técnica” (Participante-ET2). Outro aspecto é que o curso técnico não pode existir por fora da estrutura do SUS e, para tanto, a disputa tanto pelo financiamento quanto pela execução é tomada de grandes desafios. Além da tensão diante da condição posta, atualmente o SUS tem ACS e técnico de ACS, neste sentido “a formação técnica do ACS é um dispositivo importante para a discussão da carreira” (Participante-G2).

O perfil do ACS tem se modificado e algumas questões precisam ser colocadas em reflexão, dentre elas a escolarização. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2012), houve um aumento geral de escolarização de 54% em vinte anos. Estudo realizado por Santos constatou que 65,8% dos ACS possuem ensino médio completo e 21,1%, possuem ensino superior incompleto (SANTOS et al., 2011, p.1025). Já o estudo de Nascimento (2008, p. 56) aponta que 84,3% dos ACS possuem ensino médio completo, 4,6% possuem ensino superior incompleto e 1,3% declararam ter superior completo. Embora o estudo revele que o ACS tem buscado uma formação universitária, no momento, não existe pesquisa e nem um censo nacional, que traga o diagnóstico sobre a escolarização dessa categoria.

O ACS é um profissional proveniente das camadas populares e, como tal, almeja melhores condições de vida e de trabalho. Entretanto, escolarização não é garantia dessas melhorias, mas ainda assim tem um valor importante e é socialmente reconhecida para a ascensão social e profissional. (MOTA; DAVID, 2010, p. 243)

Para Mota e David, “a escolarização pode representar uma saída, uma possibilidade de mudança” (2010, p. 237). Segundo o parecer do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Básica nº 19 de julho de 2004, a conclusão do ensino fundamental é condição indispensável para continuidade do programa de profissionalização do agente comunitário de saúde. Já a conclusão do ensino médio é condição imperativa para a obtenção do diploma de técnico de nível médio. Entretanto, o Curso Técnico de ACS continua sem financiamento federal e só foi realizado em quatro estados: Rio de Janeiro, Tocantins, Acre e Pernambuco, com recursos dos estados e/ou município.

No contexto geral houve um crescente investimento na formação técnica, realizado no governo da presidenta Dilma Rousseff, a partir do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC). O Pronatec foi criado em 2011 com o objetivo de ofertar cursos de educação profissional e tecnológica para a população, principalmente jovem. O curso técnico para ACS consta no Catálogo Nacional de Cursos Técnicos, no eixo de ambiente, saúde e segurança. Entretanto, algumas questões precisam ser esclarecidas em relação à articulação do Pronatec com o Curso Técnica de ACS, já que àquele programa tem servido à lógica do mercado, tanto na formação da mão de obra quanto na ampliação do investimento empresarial no setor.

A formação técnica no Brasil, segundo Pronko, é vinculada ao nível médio de escolaridade e nos demais países do Mercosul “essa formação se realiza, predominantemente, no nível superior de educação, seja em instituições universitárias, seja em institutos terciários não universitários” (2011, p. 57). Sendo assim, propor que a formação técnica possa ser reorientada e incorporada à formação tecnológica de nível superior contribuiria para harmonizar o enquadramento dos profissionais de formação técnica na região, bem como qualificaria o seu trabalho.

Em 2014, completou-se 10 anos do referencial curricular do Curso Técnico de ACS e somente alguns estados/municípios formaram os primeiros técnicos ACS. A formação dos primeiros técnicos de ACS reacende a agenda sobre a retomada da formação técnica, tanto a conclusão da primeira etapa quanto em relação à continuidade das outras duas. E suscita as seguintes questões: qual a diferença entre o ACS e técnico de ACS? A partir da formação, o que muda na sua responsabilidade e nas suas atribuições? E, o que irá acontecer com a carreira e a remuneração?

Sendo assim, é fundamental que os governos proponham projetos que integrem a elevação de escolaridade do trabalhador à política de formação e o Curso Técnico de ACS, superando a lógica da oferta de cursos fragmentados e descontínuos. Para tanto, é fundamental recompor a agenda de continuidade e conclusão do Curso Técnico de ACS. E também, por em análise as políticas de educação técnica e tecnológica, na perspectiva de eliminação de barreiras, tanto para a inserção e progressão profissional, quanto para a continuidade dos estudos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na atualidade a agenda política central das organizações do ACS se encontra na interlocução com o poder legislativo, em torno da regulamentação do piso salarial. Entretanto, tanto a agenda de regulamentação do seu trabalho quanto a de qualificação e valorização profissional, precisam ganhar espaço de negociação e pactuação, junto ao poder executivo, a partir dos três entes governamentais.

A Lei nº 12.994/2014, que regulamenta e valoriza o trabalho do ACS, proibindo a sua terceirização e definindo um piso nacional, foi um avanço para o contexto da luta pela desprecarização do trabalho. No entanto, a sua implantação continua sendo um desafio na agenda de gestão do SUS. Sendo assim, as conquistas e desafios deste trabalhador, bem como o seu papel comunitário e a sua organização política precisam levar em consideração a sua condição de classe social.

Outro aspecto diz respeito ao aumento da escolarização e da formação profissional do ACS, através do acesso à formação técnica e universitária. O estudo não pôde dispor de dados nacionais, uma vez que não estão organizados e sistematizados em bases de dados. Sendo assim, é estratégico organizar um esforço para viabilizar que tais dados sejam disponibilizados no âmbito do censo do PMAQ.

Partindo da constatação de que as práticas profissionais do ACS vêm sendo constantemente alteradas e, que tais mudanças não são alheias a conflitos e contradições, vale questionar se tais mudanças farão parte da agenda política da gestão do SUS, incluindo aí, o controle social ou se a agenda continuará sendo disputada no cenário legislativo. Além disso, vale interrogar se o acúmulo da luta política do ACS extrapolará a agenda da categoria e unificará suas bandeiras junto à classe trabalhadora, contra as desigualdades e iniquidades sociais.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTUNES, Ricardo. A Nova Morfologia do Trabalho, suas principais metamorfoses e significados: um balanço preliminar. In: GUIMARÃES, Cátia. *Trabalho, Educação e saúde: 25 anos de formação politécnica no SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.
- BARBOSA, Allan Claudius Queiroz. *Saúde da Família no Brasil: situação atual e perspectivas*. Estudo Amostral 2008. Belo Horizonte: FACE/UFGM/DAB/MS, 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica/SAS/MS – planilha de cobertura, competência de MAIO de 2011. Brasília, 2014.
- BRASIL. Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 18 jun. 2014. Disponível em: . Acesso em: 10 set. 2014.
- BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. *Políticas Sociais: fundamentos e história*. São Paulo: Cortez, 2006.
- CASTRO, Janete de Lima et al. *Programa Saúde da Família: flexibilidade e precarização no trabalho*. Pesquisa Integrante do Plano Diretor 2004/2005. Natal: ROREHS/MS/OPS, 2006.
- CONASEMS. *Nota técnica: Orientações acerca da aplicação da lei 12.994*. Brasília, 2014.
- FALEIROS, Vicente de Paula. *Política social do estado capitalista*. São Paulo: Cortez, 2000.
- FLEURY, Sônia Teixeira. A questão democrática na Saúde. In: FLEURY, Sônia Teixeira (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editora, 1997.
- FREIRE, Paulo. *Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo: Centauro, 2008.
- IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul de. *Relações Sociais e Serviço Social: esboço de uma interpretação histórico metodológico*. São Paulo: Cortez, 1996.
- LOPES, Marcia Raposo; DURÃO, Anna Violeta; CARVALHO, Valéria. A disputa sobre os sentidos do trabalho e da formação dos agentes comunitários de saúde. In: VIEIRA, Monica; DURÃO, Anna Violeta; LOPES, Marcia Raposo (Org.). *Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011. p. 161-207.
- LOTTAS, Gabriela e PAVEZ, Thais. Agentes de Implementação: Mediação, Dinâmicas e estruturas relacionais. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, São Paulo, v. 15, n. 56, p. 109-125, jul. 2010.
- LUZ, Madel Therezinha. *As instituições médicas no Brasil. Instituição e Estratégia de Hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal Editora, 1981.
- KARSCH, Ursula M. Simon. *O Serviço Social na Era dos serviços*. São Paulo: Cortez, 1998.
- KOSIK, Karel. *Dialética do Concreto*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.
- MOTA, Roberta Rodrigues de Alencar; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. A crescente

escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho. *Trabalho, educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 229-248. 2010.

MERHY, Emerson Elias. *O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador*. *Cadernos do Centro de Estudo Hospital Cândido Ferreira*. Campinas, 1998, 20 pp.

MERHY, Emerson Elias. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver-SUS/BR: *Caderno de Textos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 108-137.

NAKATANI, Paulo. A questão metodológica na discussão sobre a centralidade do trabalho. *Revista de Análise Econômica*, Porto Alegre, v. 19, n. 35, p. 127-144, mar. 2001.

NASCIMENTO, Cynthia Maria Barboza. *Análise do cumprimento das práticas dos Agentes Comunitários de Saúde em municípios da Região Metropolitana do Recife*. 2008. 158f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

PIRES, Denise. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.53, p.251-63, abril/jun. 2000.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.1025-1035, oct/dec. 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Brasil). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2007*. Rio de Janeiro, 2007.

PRONKO, Marcela, et al. *A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

QUEIRÓS, Agleildes Arichele Leal. *A institucionalização do trabalho do ACS em Recife*. 2008. 142f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa Integrado de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

QUEIRÓS, Agleildes Arichele Leal; LIMA, Luci Praciano. A institucionalização do trabalho do ACS. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 257-281, jul./out. 2012.

RODRIGUES, Máisa Paulino; ARAÚJO, Mariza Sandra de Souza. O Fazer em Saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia Saúde da Família. *Revista do CEBES*, 2003.

SANTOS, Karina Tonini et al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, supl. 1, p.1023-1028, 2011.

SILVA, Ilano Almeida Barreto. Vínculos de trabalho na Estratégia Saúde da Família, segundo dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB). 2014. 34f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasília, 2014.

SERRA, Rose Mary Sousa. *A prática institucionalizada do Serviço Social: determinações e*

possibilidades. São Paulo: Cortez, 1986.

STOTZ, Eduardo Navarro. *Necessidades de saúde: mediações de um conceito*. 1991. 765f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

TESTA, Mario. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1995.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. *Karl Marx e a subjetividade humana: a trajetória das ideias e conceitos nos textos teóricos*. São Paulo: HUCITEC, 2010.

VIEIRA, Luis Carlos Nunes Vieira. *Por uma ética artesanal do trabalho em saúde: o caso das agentes comunitárias de saúde*. 2013. 111 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

4.4 AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO CONTEXTO LATINO-AMERICANO: CONTRADIÇÕES E DESAFIOS

(AGENT COMMUNITY HEALTH IN LATIN AMERICAN CONTEXT: CONTRADICTIONS AND CHALLENGES)

Esta é uma pesquisa qualitativa, ancorada no materialismo histórico e dialético, que aborda a prática do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na América Latina. Buscou-se compreender os arranjos que constituem a prática do ACS em seis países da região: Bolívia, Brasil, Cuba, Equador, Peru e Venezuela. Em todos os países o ACS aparece como um potente articulador e mobilizador dos interesses da comunidade. Outra semelhança na organização do trabalho do ACS vai desde o surgimento ancorado na capacidade da comunidade reagir às iniquidades sociais, bem como nas diretrizes dos órgãos internacionais que apoiaram o fortalecimento das experiências. Neste sentido, as políticas de saúde, principalmente as estratégias de cuidado comunitário realizadas pelo Estado, a partir do trabalho do ACS, precisam enfrentar e superar a dicotomia entre biomedicina e práticas tradicionais, aceitando essas últimas, como parte integrante e não como atividades subordinadas. Por fim, vale ressaltar que os diversos arranjos que produzem a prática do ACS resgatam valores comunidades de solidariedade e avançam na articulação popular frente às lutas políticas do setor saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Viver Bem. Cuidado em Saúde. Agente Comunitário de Saúde. Regulamentação Profissional. Gestão do Trabalho.

This is a qualitative research, anchored in historical and dialectical materialism, which explores the role of the health agent in Latin America. We tried to understand the historical process that founded this occupation/role/profession in six countries in the region: Bolivia, Brazil, Cuba, Ecuador, Peru and Venezuela. Was analyzed as each country develops its health policies and how the production of professional practice agent is crossed by government institutions, non-governmental and community. When analyzing the emergence and the contemporary process of the health agent work in other countries in the region, the survey recognized the existence of similarities, among them the present state bond in countries like Brazil, Ecuador and Venezuela or voluntary practice found in Cuba, Peru and Bolivia. Also there was some specifics as the fact that the formation of the ACS be technical in Brazil and graduated in Ecuador, to name examples.

KEYWORDS: Living Well Health Care, Community Health Agent, Professional Regulation, Work Management.

1 INTRODUÇÃO

A América Latina vive um processo histórico no campo da esquerda mundial e, diante de reformas constitucionais e dos anúncios de políticas públicas, evidencia-se nesse processo a recuperação da agenda dos sistemas universais de saúde e do investimento na Atenção Primária em Saúde (APS). Sendo assim, cabe interrogar sobre os arranjos que estão sendo construídos em âmbito comunitário e, se o recrutamento do Agente Comunitário de Saúde (ACS) recoloca em discussão os saberes biomédicos e tradicionais e a constituição da prática enquanto emprego.

Nesse sentido, faz-se necessário compreender os pressupostos que fundamentam a estruturação das políticas públicas na região e, como essas têm respondido às necessidades das pessoas e às desigualdades sociais. E, como os governos reagem à investida das políticas de ajuste neoliberal para a região, marcada por propostas de desestatização, desregulamentação e desuniversalização (FERNANDES 1995, p. 55).

Vale destacar ainda, que a saúde latino-americana sempre sofreu com as políticas restritivas, ora pela desresponsabilização do poder público, ora pelo modelo de desenvolvimento ancorando nas políticas neoliberais.

Nessa perspectiva, pensar políticas públicas centradas na superação dos determinantes de saúde, portanto, no enfrentamento das iniquidades e opressões, aponta para a necessidade de investir em projetos e serviços da atenção primária como parte da Rede de Saúde, capazes de superar a simplificação e a focalização da oferta. Sendo assim, é preciso reconhecer e valorizar as estratégias de controle social e de cuidado primários realizados em âmbito comunitário.

A Declaração de Alma-Ata é um documento que marca o processo histórico das políticas de APS em diversos países. Ela sugeriu que os cuidados primários fossem desenvolvidos pelas pessoas que trabalham no campo da saúde como “médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares e agentes comunitários”, bem como pelos praticantes da medicina tradicional (OMS/UNICEF, 1979, p. 4).

Entretanto, o mesmo documento aponta para a priorização dos programas de acordo com as especificidades dos problemas de saúde e dos grupos populacionais mais pobres e vulneráveis, dando margem à focalização da atenção. Outro aspecto a ser considerado são os organismos internacionais e agências, como o Banco Mundial (BM), que tem influenciado a região na formulação e implantação de serviços de APS, propondo ações simplificadas e focalizadas em populações vulneráveis (LOPES; DURÃO; CARVALHO, 2011).

Sem dúvida, expandir a cobertura é universalizar, mas a expansão só atenderá à universalidade e à equidade se levar em conta as necessidades sociais observadas. A priorização de ações de saúde para grupos ditos vulneráveis promove uma intervenção que associa pobreza e saúde, fenômenos indissociáveis, mas de naturezas distintas. Dissolve, ainda, numa única intervenção racionalizadora, ações estigmatizadoras e focalizadas, que não consubstanciam um projeto unificado de proteção social para satisfazer exigências mínimas de renda, trabalho, acesso à saúde, educação e saneamento qualificados em sua diversidade regional e local (MENDONÇA, 2004, p. 354-355).

Ao analisar o contexto das políticas de saúde e quem são os agentes recrutados na comunidade, identificamos que este possui diversas denominações e que elas estão alicerçadas em saberes distintos. Uma característica comum é que a concepção de saúde e de cuidado, e a dicotomia gerada entre a biomedicina e as práticas tradicionais, na maioria dos países, tem recorte de classe. Identificou-se, que embora a tentativa de valorizar as práticas seja importante, como é o caso da saúde intercultural, assumida no Equador e Bolívia, ela precisa ser formulada dentro dos projetos de descolonização, que estão alicerçados na defesa da pluralidade e diversidade cultural e étnica (MAMANI, 2010, p. 22). Neste sentido, a estratégia do ACS se torna uma pauta importante.

Na tentativa de identificar estas experiências percorremos seis países: Bolívia, Brasil, Cuba, Equador, Peru e Venezuela; que são governados por lideranças que apresentaram uma plataforma política progressista. Algumas dessas lideranças, tendo, inclusive, anunciado o socialismo bolivariano como plataforma, como é o caso da Venezuela, do Equador e da Bolívia. O desafio foi identificar se os projetos de transformação proclamados pelos governantes se expressam em políticas de saúde, principalmente as de base comunitária.

Ao analisar a prática profissional do agente de saúde interrogamos se este é um mecanismo institucional para apaziguar problemas, racionalizar e simplificar o cuidado ou se é estratégico para aumentar a comunicação dos interlocutores públicos com a população. Questiona-se também se esta deve ser uma prática necessariamente voluntária ou se deveria tornar-se uma ocupação/trabalho capaz de integrar a esfera pública, fortalecendo a representação da comunidade na interlocução com o Estado.

2 METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa qualitativa baseada no materialismo histórico e dialético em que se realiza uma observação atenta e dinâmica do objeto estudado. A perspectiva da dialética diante da realidade é superar as suas impressões iniciais ao confrontá-la e apreender as contradições, os conflitos e os antagonismos, na perspectiva de interpretá-la de forma mais complexa.

Na perspectiva materialista histórica, o método está vinculado a uma concepção de

realidade, de mundo e de vida no seu conjunto. A questão da postura, nesse sentido, antecede ao método. Este se constitui numa espécie de mediação no processo de apreender, revelar e expor a estruturação, o desenvolvimento e transformação dos fenômenos sociais (FRIGOTTO, 1991, p. 77).

Para Freire, “o importante é advertir que a resposta que o homem dá a um desafio não muda só a realidade com a qual se confronta: a resposta muda o próprio homem, cada vez um pouco mais, e sempre de modo diferente” (2008, p. 42).

A conscientização é, neste sentido, um teste de realidade. Quanto mais conscientização, mais se “desvela” a realidade, mais se penetra na essência fenomênica do objeto, frente ao qual nos encontramos para analisá-lo. Por esta mesma razão, a conscientização não consiste em “estar frente à realidade” assumindo uma posição falsamente intelectual. A conscientização não pode existir fora da “práxis”, ou melhor, sem o ato ação – reflexão. Esta unidade dialética constitui, de maneira permanente, o modo de ser ou de transformar o mundo que caracteriza os homens (FREIRE, 2008, p.30).

O estudo analisa o ACS a partir das transformações sócio-históricas que o determina enquanto prática, e dos movimentos que atravessam os seus arranjos, tais como as diretrizes dos órgãos internacionais, as lutas políticas de base comunitária, e os arranjos dos órgãos que coordenam seu trabalho.

A partir da realização de entrevistas com representantes de quatro grupos específicos: governos; pesquisadores; trabalhadores; e organizações e/ou movimentos sociais. Foram realizadas 61 entrevistas, sendo 33 selecionadas para a transcrição, e 19 para análise neste artigo. O banco de dados possui 51 entrevistas em espanhol, 6 em português e 4 em idiomas aymara e quéchua. Em cada país, percorremos duas regiões distintas, a capital e uma outra região com experiência de ACS. No caso do Brasil, além das entrevistas foi realizada uma oficina de trabalho.

Quadro 1. ENTREVISTAS ANALIZADAS DA PESQUISA		
Países	Número de entrevistas	Código de entrevistas
Bolívia	3	Gestor boliviano-1 Gestor boliviano-2 Pesquisadora-1
Brasil	3	Gestor brasileiro-1 Pesquisadora brasileira-1 Trabalhadora brasileira-1
Cuba		Gestora cubana-1 Trabalhadora cubana-2 Gestora cubana-2
Equador	4	Pesquisadora equatoriana-1 Gestora equatoriana-2 Trabalhadora equatoriana-1 Gestor equatoriano-1
Peru	2	Organização peruana-1 Gestor peruano-1 Gestora peruana-2
Venezuela	3	Gestor venezuelano-1 Trabalhadora venezuelana-1

		Pesquisadora venezuelana-1
--	--	----------------------------

Os cinco países foram percorridos entre os meses de dezembro de 2012 e abril de 2013, e a pesquisa de campo foi realizada entre 7 dias na Venezuela e 15 dias nos outros quatro países. Já no Brasil, o trabalho de campo foi realizado durante o Congresso da Rede Unida, ocorrido em abril de 2014.

Em relação ao processo de análise, a organização do método se deu em duas partes: o método de pesquisa, que busca se apropriar da realidade estudada por meio de uma análise que buscasse evidenciar as relações internas; e o método de exposição, que entende a reconstituição – a síntese do objeto ou fenômeno estudado – como um processo inverso, oposto ao primeiro (GADOTTI, 2004, p.103).

As transcrições e traduções, tanto das entrevistas quanto dos materiais bibliográficos, foram feitas pela autora da pesquisa.

3 CATEGORIAS ANALÍTICAS – A MATRIZ DE INVESTIGAÇÃO

Regalado acredita que a ascensão de governos com pensamentos à esquerda na América Latina é o resultado de um processo de democratização, que ocorre à medida que o desenvolvimento econômico, político e social, junto com as lutas dos movimentos de trabalhadores, camponeses, indígenas, socialista e feminista, impulsiona mudanças para dentro das estruturas políticas (REGALADO, 2008, p. 3-4).

O Estado segundo a concepção gramsciana é ampliado e possui conexões com a sociedade civil (BUCI-GLUCKSMANN, 1970, p.86). Para esse autor, o Estado não pode ser visto como um mero reflexo da classe dominante, embora defenda seus interesses. Ele, dependendo da correlação de forças na sociedade, pode incorporar interesses da classe dominada, sem modificar de forma radical os seus interesses.

Behring e Boschetti (2006, p.133) dizem que “a reestruturação capitalista em sua vertente política, o neoliberalismo, impacta no Estado e nas políticas sociais”. Nesse sentido, o sistema de proteção social e as políticas de saúde variam de acordo com as circunstâncias históricas e a correlação de forças. Dessa forma, as propostas de desestatização, desregulamentação e desuniversalização dos serviços de saúde devem ser entendidas como frutos do ajuste neoliberal imposto sobre a América Latina. Essas políticas têm se apresentado de forma setorializada e fragmentada e precisam ser observadas a partir da abrangência, universalização, financiamento, cobertura, etc. (SOARES, 2000, p. 32).

A partir dos anos 1980 e 1990 os países da América Latina assumiram a APS proposta

pela Declaração de Alma-Ata e recrutaram membros da comunidade para desenvolver ações e serviços de prevenção e promoção da saúde. A Declaração compreendeu a concepção de APS integral como um direito humano fundamental e forjado no conceito ampliado da saúde. Apontou que a mesma precisava ser garantida pelos governos, a partir dos sistemas de saúde universais e, que precisava ser realizada a partir dos cuidados primários, que serão desenvolvidos pelas pessoas que trabalham no campo da saúde, dentre as quais, “[...] médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares e agentes comunitários”, bem como os praticantes tradicionais, que devem ser “treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e para responder às necessidades expressas de saúde da comunidade” (OMS/UNICEF, 1979, p. 4).

Neste sentido, as diretivas em relação à APS difundida pelos organismos internacionais, principalmente na América Latina, são resultados da correlação de forças de diversos atores e organizações, que também disputam a sua conformação nas políticas públicas dos países (FONSECA, 2013, p.19).

Em nossa compreensão, as indefinições existentes na atenção primária à saúde não derivam de uma suposta insuficiência conceitual, mas do fato de a APS ser um campo de disputas em que se enfrentam diferentes orientações políticas, econômicas e sociais traduzidas em diferentes modos de conceber o processo saúde-doença, os direitos sociais e o papel do Estado na produção e manutenção dos serviços públicos (FONSECA, 2013, p.18-19).

Outro aspecto a ser considerado diz respeito ao Banco Mundial (BM) e a sua interferência no campo da saúde. Ela tem início a partir do documento *Financing Health Services in Developing Countries: an agenda for reform*, de 1987, onde o BM questiona a saúde como direito universal e propõe que o Estado diminua sua responsabilidade e financiamento e desenvolva uma APS seletiva.

É no âmbito dessas políticas restritivas que se observa o crescimento da atenção primária seletiva nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, em detrimento da atenção primária mais abrangente proposta em Alma-Ata. A atenção primária seletiva implicava um pacote limitado de serviços de baixa complexidade para a população empobrecida e configurava o que muitos denominaram de uma “política pobre para os pobres” (CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011, p. 46).

Em 1993, a Conferência Internacional de Promoção da Saúde produziu a Declaração de Santafé de Bogotá, intitulada: Promoção e Igualdade. Ela é assinada por representantes de 21 países do continente americano, com o compromisso de garantir o bem-estar geral e de reconhecer como trabalhador e agente de saúde todas as pessoas comprometidas com os processos de promoção da saúde, para além dos profissionais de formação técnica e universitária (OPS, 1992).

Então, é preciso reconhecer que a população utiliza diferentes práticas e recursos para acessar o cuidado, para além das práticas biomédicas. Algumas dessas práticas são complementares, outras opostas. A população realiza o autocuidado, usa a medicina ancestral e tradicional e utiliza as redes informais de cuidado e as medicinas alternativas (HITA, 2011, p. 7). Em alguns países, como é o caso da Bolívia, a medicina tradicional é o principal acesso à saúde da população.

A base dos seus fundamentos é o saber da medicina ancestral da comunidade, transmitido preferencialmente pela tradição oral, um chamado pessoal através de sonhos ou visões, ou por escolha e decisão da comunidade de origem. Este conhecimento é aplicado através de rituais específicos por seus próprios agentes de saúde, mesmo que com o passar do tempo e através das experiências de cura que realizam são reconhecidos como tal, dentro de seu núcleo social (PRIBY, 2011, p. 3-4).

Durante a colonização da região, os espanhóis, não concordando com práticas de cuidar popular, perseguiram, prenderam e torturaram os curandeiros. No século XX, as práticas de cura eram consideradas ilegais e, por isso, realizadas de forma privada e escondida. A partir da segunda metade do século as práticas tradicionais foram sendo reconhecidas, porém ainda é um desafio a articulação junto aos sistemas de saúde (HITA, 2011, p.20).

E com o objetivo de compreender como se desenvolvem as práticas do agente comunitário de saúde em alguns países da América Latina, é necessário entender o contexto sociopolítico em que tais práticas surgem e, como elas se encontram na atualidade. Assim, seguem as especificidades do contexto da saúde dos países estudados:

Bolívia

Em 1938, cria-se o Ministério da Saúde e Desportes (MSD) e o Sistema Nacional de Saúde (SNS). Na década de 1990, as políticas sociais e, principalmente, a de saúde sofrem com as privatizações e com a estruturação de seguros de saúde para trabalhadores com vínculo, e seguros públicos universais para alguns segmentos da sociedade, tais como: mulheres grávidas, crianças e idosos (PEREIRA, 2012, p.483). A cobertura do acesso à saúde é focalizada e segundo dados governamentais de 2009 cobrem apenas 28,4% da população (LEDO; SORIA, 2011, p.112).

A atual Constituição boliviana em seu Artigo 18 propõe a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), que pretende ser universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, com qualidade e controle social. O governo aposta no modelo de Saúde Familiar Comunitária e Intercultural (SAFCI) para efetivar o sistema. O SAFCI é alicerçado em dois pilares: gestão e atenção. Na gestão, a proposta é fortalecer a gestão participativa e o controle social, além de articular estratégias de promoção e prevenção da

saúde. Na atenção, a aposta é integrar, nos três níveis de assistência, as práticas tradicionais e biomédicas, além de fortalecer a interculturalidade.

Em síntese, ainda que esforços tenham sido feitos no sentido de reformar o sistema de saúde boliviano com a implantação de um modelo assistencial integral com a Saúde Familiar Comunitária Intercultural, persiste um sistema de saúde segmentado com predomínio do modelo de APS seletiva. A segmentação entre diferentes tipos de seguros e coberturas, bem como a fragmentação das redes constituem importantes problemas do sistema, produzindo profundas iniquidades no acesso aos serviços de saúde, permanecendo elevados níveis de exclusão (PEREIRA et al., 2012, p. 493).

A APS funciona a partir de dois serviços: posto de saúde sem médico, a maioria localizada em áreas rurais; e centros de saúde, que contam com médicos e ficam em localidades mais populosas.

Brasil

A Constituição de 1988 promulga o Sistema Único de Saúde (SUS) proposto pela 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. O sistema de saúde é reconhecido como sendo universal, equânime e integral; garantido a partir de políticas públicas gratuitas, sob a responsabilidade do Estado. O SUS tem uma cobertura de 75% da população, e compõe uma rede regionalizada e hierarquizada, sob a gestão de municípios, estados e o ente federal (ISAGS, 2011, p. 231).

O modelo de saúde aposta na Atenção Básica como estratégia para expandir a oferta de serviços de saúde. Em 1991, incorporou-se ao modelo, o ACS, em programa de âmbito nacional que hoje funciona com uma equipe multiprofissional e recebe a denominação de Estratégia Saúde da Família (ESF); que por sua vez, foi transformada em arranjo prioritário para reorientar a atenção à saúde no Brasil.

Cuba

Cuba é o único país socialista da região e, em relação à saúde, não possui sistema privado. A saúde é um direito universal, garantido pelo Estado, e o Sistema Nacional de Saúde (SNS) possui serviços de caráter integral. Existem três níveis de atenção, o primário, o secundário e o terciário, que se relacionam regionalmente. Os serviços são financiados pelo Estado e o Ministério da Saúde é o órgão que opera em todos os níveis (FÉLIX et al., 2011, p. 7).

Na atenção primária, o médico de família constitui a porta de entrada para a rede de serviços de saúde. Aposta-se que este profissional é capaz de solucionar 95% dos problemas de saúde apresentados pela população (PEREZ, 2000). O médico de família trabalha com uma enfermeira, constituindo uma equipe que é responsável por 600 a 700 pessoas e que cobre 97%

da população do país (PEREZ, 2000). A equipe do programa Saúde da Família mora na área de abrangência. Na concepção de saúde vigente naquele país, os trabalhadores de saúde são, em geral, definidos como promotores.

Equador

Criou-se em 1994 a Lei da Maternidade Gratuita (LMG) e, quatro anos depois, se amplia a LMG para a assistência materno-infantil e para crianças menores de cinco anos; período em que houve também uma reforma constitucional no setor (LUCIO et al., 2011, p. 181). Em 2003 se promove a estratégia de Seguro de Saúde Universal no Equador, que em 2006 recebe o nome de projeto PRO-AUS com financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). No entanto, essa experiência é finalizada em 2008, com a mudança de governo. Atualmente a cobertura realizada pelo Ministério de Saúde Pública (MSP) é de 51% (LUCIO et al., 2011, p. 185) e o atual governo busca a sua expansão e integração a partir de uma Rede Pública de Saúde Integral (LUCIO et al., 2011, p. 181).

O sistema de saúde no Equador é composto por dois setores, público e privado. O setor público compreende o Ministério da Saúde Pública (MSP), o Ministério da Inclusão Econômica e Social (MIES), os serviços de saúde dos municípios e instituições de segurança social [Instituto Equatoriano de Segurança Social (IESS), Instituto de Segurança Social das Forças Armadas (ISSFA) e Instituto de Segurança Social da Polícia Nacional (ISSPOL)]. O MSP oferece serviços de atenção à saúde a toda a população. Os MIES e os municípios têm programas e serviços de saúde, prestando assistência à população não segurada. As instituições de segurança social cobrem a população de trabalhadores filiados. O setor privado compreende entidades com fins lucrativos (hospitais, clínicas, dispensários, consultórios, farmácias e empresas de seguros de saúde) e organizações sem fins lucrativos da sociedade civil e do serviço social. O seguro privado e o seguro de saúde abrangem cerca de 3% dos estratos da população pertencente à classe média e alta (LUCIO et al., 2011, p. 180).

A Constituição de 2008 propõe que “a prestação de serviços de saúde deve ser regida pelos princípios de equidade, universalidade, a solidariedade, o multiculturalismo, a qualidade, eficiência, eficácia, precaução e bioética, com enfoque de gênero e geracional” (ECUADOR, 2008). O Sistema Nacional de Saúde compõe uma Rede Integrada de Serviços de Saúde, a partir do Modelo de Atenção Integral à Saúde (MAIS), tem como porta de entrada a estratégia APS e segue a diretriz da Saúde Familiar, Comunitária e Intercultural (ECUADOR, 2012, p. 12).

Peru

O sistema de saúde do Peru tem dois setores: o público e o privado. O público é dividido entre o regime subsidiado ou contributivo indireto e o regime direto, que responde à seguridade social. Nele, o governo oferece serviços de saúde à população que vive em condiciones de pobreza (ALCALDE-RABANAL, 2011, p. 247). Em 2009, foi promulgada a Lei de Asseguramento Universal de Saúde e naquele ano também foi formulado o Plano

Essencial de Asseguramento em Saúde (PEAS), que definiu algumas prioridades dos serviços.

Segundo Castro, essa lei não atende aos propósitos que anuncia de universalização do acesso, porque, entre outras razões, não altera a segmentação do sistema de saúde peruano, apenas propõe a unificação operacional das diversas estruturas que são paralelas e autônomas. Atualmente existem cinco subsistemas que atendem à população: a) o Ministério da Saúde (MINSA), que abrange o Seguro Integral de Saúde (SIS); b) o Seguro Social em Saúde (ESSALUD) adstrito ao Ministério do Trabalho; c) a rede assistencial das forças armadas (Marinha, Aeronáutica e Exército), que atende o Ministério da Defesa; d) o subsistema da Polícia Nacional do Peru, que abrange o Ministério do Interior; e e) o setor privado, formado por entidades prestadoras de serviços de saúde, seguradoras privadas, clínicas e organizações da sociedade civil (CASTRO, 2009, apud LEVINO; CARVALHO, 2011, p. 494).

O sistema de saúde segue o Modelo de Atenção Integral de Saúde (MAIS) e possui três níveis de atenção, com cobertura de 39,3% pelo Sistema Integral de Saúde (SIS). O modelo de APS é baseado na Saúde Familiar e Comunitária, que desenvolve ações de prevenção e promoção da saúde, com participação comunitária, a partir de serviços públicos e privados (ISAGS, 2011, p.611).

Venezuela

O sistema de saúde venezuelano encontra-se em processo de mudança desde 1999, quando a nova Constituição da República Bolivariana da Venezuela foi aprovada, com a proposta de criar um Sistema Nacional de Saúde Pública (SPNS). Esse sistema atua sob os princípios de gratuidade, universalidade, integralidade, equidade, a integração social e responsabilidade social, sendo financiado e gerido pelo Estado. Em 2008 é sancionado um decreto de centralização da saúde. A criação de SPNS tem sido lenta e a sua universalização ainda não ocorreu, funcionando com uma série de subsistemas fragmentados e sem informação sobre a cobertura de saúde (BONVECCHIO et al., 2011, p. 278).

O sector público é constituído pelos MS, as direções de Estado da Saúde e Desenvolvimento Social (instâncias descentralizadas de MS), o Instituto Venezuelano de Seguro Social (IVSS), o Instituto de Ação Social das Forças Armadas (IPSFA) e do Instituto Bem-estar e Bem-Estar Social, Ministério da Educação, Cultura e Esportes (IPASME). Há também empresas estatais, como a Petróleos de Venezuela (PDVSA), que oferecem seguro de saúde para os seus trabalhadores (BONVECCHIO et al., 2011, p. 279).

Em 2003, a Presidência da República anunciou mudanças na saúde pública, criando estratégias preconizadas na Constituição de 1999.

Proibição da privatização dos recursos naturais e dos serviços públicos de saúde e educação; desenvolvimento das missões sociais; igualdade de acesso à educação; modelo de desenvolvimento local; e proteção ambiental, segurança alimentar e reforma agrária (OPS, 2006, p.1).

O governo anuncia a Missão *Barrio Adentro*, que tem início em 2003 com o objetivo de atender a população antes desassistida e contribuir com a educação e a prevenção das

enfermidades (OPS, 2006, p. 14). Em 2004, ela se converte em um programa de saúde pública nacional, destinada a responder aos problemas históricos de saúde, com atividades organizadas em *Barrio Adentro* I, II, III, e IV (ISAGS, 2011, P.816).

O SPNS tem como modelo a Atenção Integral e a Promoção para a Saúde. A atenção primária oferta serviços de prevenção de doenças e consultas especializadas, a partir de: consultórios populares do *Barrio Adentro* I, podendo compor a equipe – médicos, enfermeiros, odontologistas, defensores e promotores de saúde; consultórios do Instituto de Prevenção Social do Ministério da Educação; e ambulatórios (ISAGS, 2011, p.796-797).

4 DISCUSSÃO E SISTEMATIZAÇÃO: O SURGIMENTO E A INSERÇÃO DA PRÁTICA DO AGENTE COMUNITÁRIO NA BOLÍVIA, BRASIL, CUBA, EQUADOR, PERU E VENEZUELA

A seguir, serão apresentadas as origens que dão conformação à prática do ACS e os seus arranjos na atualidade, considerando individualmente os seis países estudados: Bolívia Brasil, Cuba, Equador, Peru, e Venezuela.

Bolívia

Um marco fundamental da história da participação comunitária na Bolívia é de 1982, com o governo da Unidade Democrática Popular (UDP), quando “o Ministério da Saúde no período do presidente Hérnan Zuazo fortaleceu a mobilização social e comunitária. Na saúde, o agente era chamado de Responsáveis Populares de Saúde (RPS)” (GESTOR BOLÍVIANO-1). O governo daquele período mobilizou a população, principalmente em áreas rurais, para enfrentar os graves problemas de saúde e, a comunidade identificava pessoas, o RPS, para fazer capacitações com órgãos de saúde, com o objetivo de contribuir com os programas e ações de reidratação oral e vacinação. Segundo GESTOR BOLÍVIANO-1, “o RPS já era voluntário”.

Nos anos seguintes, a participação do RPS foi diminuindo e, segundo Gestor Boliviano-2 “mudou o nome e passou a ser chamado de promotor de saúde. Eles continuam desenvolvendo as ações nas suas comunidades, agora com a ajuda de entidades religiosas, da igreja católica, e de ONGs internacionais”. Esses representantes, ora são chamados de promotores de saúde, ora de agentes comunitários de saúde, depende do projeto e da entidade.

No momento atual, a Bolívia tem três tipos distintos de agentes comunitários: os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou Promotores de Saúde, que atuam a partir de projetos coordenados por ONGs e instituições religiosas; os representantes e lideranças de comunidade com autogestão, como é o caso das ‘Juntas Vecinais’; e os curandeiros e terapeutas, que são os médicos tradicionais.

Brasil

O ACS surge no Brasil durante a Ditadura Militar, entre 1964 a 1985. Nesse período a população sofria com a repressão e com as condições precárias de saúde. Segundo a Trabalhadora Brasileira-1 “o ACS surge quando a população começa a se organizar dentro dos bairros, primeiro para enfrentar os problemas e as condições precárias de saúde, e depois para lutar contra o regime político autoritário”.

Eles surgem juntos com a articulação dos movimentos comunitários, e ajudam a formar o Movimento Popular de Saúde (MOPS), lutando contra a problemática da ditadura militar. E esses Agentes de Saúde vão se inserindo por dentro das igrejas e dos sindicatos, principalmente os sindicatos rurais. O nascedouro deles se dá desta contradição que a gente vivia no Brasil, que eu coloco em relação à democracia. Ele ainda não é conhecido, apesar de vir com uma estrutura forte, do documento de Alma-Ata (GESTOR BRASILEIRO-1).

A questão da saúde passa então a ser parte da agenda política das organizações comunitárias e populares, que engajados na luta pela redemocratização do país passam a defender um sistema de saúde universal. O que acaba se concretizando com a promulgação na Constituição federal de 1988, do Sistema Único de Saúde (SUS). Outra conquista desse período, segundo Trabalhadora Brasileira-1 “foi o reconhecimento e a incorporação do ACS nas políticas de saúde”, como declarou a 8ª Conferência Nacional de Saúde: “[...] incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado, sob a coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde, para trabalhar em educação para a saúde e cuidados primários” (1986, p. 12).

No entanto, apesar das experiências ocorrerem em diversos municípios brasileiros desde a década de 1970, conforme estudos de Morosini et al (2007) e Queirós (2012), foi somente em 1991 que ocorreu a sua incorporação enquanto projeto nacional, com o Programa Nacional de Agente Comunitário de Saúde (PNACS). Um ano depois, o PNACS passou a ser coordenado localmente e a se chamar Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS). Em 1994, o programa se amplia, diversifica e passa a integrar uma equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, além do ACS), passando a chamar-se Programa Saúde da Família (PSF). Este programa se tornou a principal estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil (QUEIRÓS, 2012).

No país, a APS recebeu a denominação de Atenção Básica, e tem como arranjo principal a Saúde da Família. Em 2000, foi incluída uma equipe de saúde bucal, composta por cirurgião-dentista (CD) e auxiliar de consultório dentário (ACD); e, em 2008, é criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a inserção de 12 categorias profissionais e mais 19 especialidades (QUEIRÓS, 2012).

A profissão foi criada a partir da Lei nº 10.507/2002, que definiu perfil, atribuições e vínculo desse profissional, e hoje ele é a maior categoria de trabalhadores da saúde com 287.195 profissionais, e “a regulamentação do seu trabalho é de responsabilidade municipal” (PESQUISADORA BRASILEIRA-1). O financiamento é repassado pelo Ministério da Saúde para os municípios.

Cuba

A Revolução Cubana de 1959 anuncia uma nova ordem social – o socialismo cubano. Diante de um país desigual e de um povo com muitas carências; “o novo sistema teve que enfrentar a saída de quase 50% dos médicos existentes no país, durante a década de 1960, e para tentar minimizar os problemas, adotou a estratégia de brigadas” (GESTORA CUBANA-1), que eram ações coordenadas pela Federação de Mulheres Cubanas (FMC).

As Brigadistas Sanitárias, naqueles primeiros anos, realizaram múltiplas tarefas e ações, cooperando tanto pelo Ministério da Saúde Pública, quanto pela Cruz Vermelha, dentre elas: vacinação em massa; higienização dos bairros insalubres; organização dos cursos de primeiros socorros, e capacitação de outros instrutores. Muitas foram incorporadas como auxiliares de enfermagem (CUBA, 1986, p. 3).

As Brigadistas Sanitárias são indicadas pela FMC e a sua maioria são mulheres. Elas são voluntárias e atuam na área onde moram, apoiando os médicos e enfermeiras das equipes de APS. Segundo a Trabalhadora Cubana-2 “elas recebem formação para melhor desenvolver as atividades de promoção e prevenção, dadas pelo Centro de Promoção de Saúde do Ministério da Saúde”, e quando precisam realizar as ações, são liberadas do trabalho. As brigadistas realizam suas funções por dentro da sua rotina de vida, em prol dos valores humanistas e comunitários.

Equador

Segundo o Gestor Equatoriano-1, “em 1989, uma ONG de referência internacional recrutou mulheres para compor o primeiro grupo de promotoras da saúde, organizando uma equipe com 12 pessoas para desenvolver ações de saúde na região Chilibulo, no sul de Quito”. As mulheres eram identificadas e escolhidas a partir do perfil de liderança e da disposição que apresentavam para ajudar a comunidade. “Eram pessoas que não tinham um nível educativo completo, não porque era o critério, mas esta era a realidade” (GESTOR EQUATORIANO-1). Segundo ele, “as agentes comunitárias, que também eram parteiras, aprendiam sobre riscos da gravidez e educavam a comunidade e as mulheres grávidas”. O projeto durou dois anos e teve como objetivo realizar um censo da comunidade, priorizando grávidas e crianças, tendo como meta a diminuição da mortalidade materna e infantil. Então eram organizadas visitas às gestantes para monitoramento de riscos e também às crianças para acompanhamento de vacinação, nutrição, crescimento e desenvolvimento.

Os agentes neste país possuem duas origens: os promotores, que surgiram a partir de projetos com ONGs; e “os curandeiros, com suas práticas seculares, parteiras e homens e mulheres de sabedoria” (PESQUISADORA EQUATORIANA-2). Além desses, o Ministério da Saúde Pública (MSP) está formando outro tipo de cuidador, o Técnico de Atenção Primária em Saúde (TAPS), que atuará, e se tornará um funcionário do MSP, na promoção e prevenção junto as EAIS. Os promotores de saúde, que foram treinados por ONG ou outras organizações, hoje tentam compor a equipe TAPS.

O Ministério da Saúde vem trabalhando a estratégia dos cuidadores comunitários em duas diretorias: a de Medicina Intercultural e a de Promoção de Saúde, que articulam dois grupos distintos: os agentes comunitários tradicionais, que também são chamados de ‘homens e mulheres de sabedoria’, e que “até o momento não houve definição sobre remuneração” (GESTORA EQUATORIANA-2); e os Técnicos de Atenção Primária em Saúde (TAPS), que são institucionalizados pelo governo.

Peru

No ano de 1933, o médico Manuel Núñez Butrón organizou um trabalho social com atuação nas áreas da educação, saúde e trabalho, articulando pessoas das comunidades indígenas e camponesas da região de Puno. Essas pessoas ficaram conhecidas como rijcharismo, que vem de rijchary, que em quéchua significa despertar (PERU, 2007, p.4). Segundo o Gestor Peruano-1, “ele [o médico Manuel] identificava pessoas com habilidade para trabalhos comunitários e os capacitava para desenvolver cuidados básicos, higiene pessoal e limpeza”, e os ensinamentos eram passados para a comunidade. Segundo o Gestor Peruano-1 “eles também aprendiam e depois ensinavam a comunidade a ler e escrever”. A mobilização comunitária, campesina e indígena, também sofreu influência da igreja católica:

Entre 1962 e 1992, os camponeses da região andina foram fortemente influenciados pelas correntes progressistas da Igreja Católica; e, nos últimos 15 anos desse período, o movimento camponês de autogoverno e justiça popular chamado Ronda Campesina [...] imprimiram um caráter ético de “compromisso” e de “missão de vida” para o trabalho em saúde dos campesinos (WONG-UN, 1998, p. 94, tradução nossa).

O entrevistado Gestor Peruano-1 defende que “esta foi uma das primeiras experiências de promoção de saúde, antecipando em quatro décadas Alma-Ata”, que é um marco internacional sobre os cuidados primários de saúde. Segundo ele, foi a partir deste momento que “[...] todos começaram a dar importância aos promotores de saúde e também as parteiras tradicionais”.

Segundo a Gestora Peruana-2, “o Ministério da Saúde Pública (MINSA) do Peru seguiu as diretrizes internacionais e o postulado de Alma-Ata e assumiu a formação dos promotores de saúde no início dos anos 1980”, que antes eram realizadas por ONGs. O governo aprovou a

Resolução Ministerial N° 10-083311-001, que reconhece o Agente Comunitário de Saúde,

[...] cujo objetivo é contribuir para o fortalecimento da participação cidadã, na atenção primária, articulando o setor saúde com a gestão do governo local, instituições sociais, comunidade e outros atores sociais, que se encontram relacionados territorialmente, para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde e de prevenção de doenças, no âmbito das políticas nacionais de saúde (PERU, 2011, tradução nossa).

Segundo a Organização Peruana-1 “nos últimos anos, estamos trabalhando com um ACS novo, com um projeto de quatro anos e, chamamos ele [sic] de Educador Comunal em Nutrição”. Para Christina Ewig, experiências peruanas combinam com as influências internacionais, no que se refere a projetos de focalização da APS. A mesma aponta que entre 1994 a 2000, o Banco Mundial financiou 44,4 milhões de dólares em um importante projeto de focalização chamado Programa de Saúde e Nutrição Básica (2012, p. 120).

Venezuela

O médico José Ignacio Baldó no II Congresso de Saúde Pública, em 1961, apresentou um estudo sobre a ‘Necessidade de pessoal para os serviços de saúde na Venezuela’ e propôs como resposta à situação de pouca oferta de serviços, principalmente nos locais mais distantes e com população vulnerável, que se realizasse a formação do ‘perito sanitário’. “A proposta era inspirada na experiência do *feldsher* da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), que tinha a função de diagnosticar e tratar algumas enfermidades” (GESTOR VENEZUELANO-1).

No ano de 1962, o Ministério da Saúde e Assistência Social (MSAS) venezuelano, disposto a enfrentar o problema da falta de pessoal na área de saúde, desenvolve o Programa de Medicina Simplificada, formando os Auxiliares de Medicina Simplificada (AMS). Foi usando como referência a experiência do sanitarista Armando Castillo Plaza, que se capacitou auxiliares de enfermagem na região de Aragua para atuarem na prevenção e na medicina curativa (VENEZUELA, 2010, p. 1).

Em 1999, o governo do presidente Hugo Chávez, a partir do Ministério da Saúde propôs a suspensão para avaliação dos cursos de formação de AMS. Havia também a perspectiva de definir um novo papel para ele (VENEZUELA, 2010, p. 1). O governo, segundo o Gestor Venezuelano-1 “propôs a implementação de um programa de formação de um novo trabalhador de saúde, que seria recrutado na comunidade, o Agente Comunitário de Atenção Primária a Saúde (ACAPS)”.

O Programa ACAPS é uma estratégia para ampliar a cobertura do primeiro nível de atenção do Sistema Público de Saúde às comunidades indígenas e rurais e aos territórios de difícil acesso, por meio de pessoas selecionadas pela própria comunidade (VENEZUELA, 2010, p. 5-6). A função do agente é “[...] realizar atividades de promoção da saúde, prevenção

de doenças, diagnóstico precoce e tratamento oportuno das principais enfermidades, [...] com a finalidade de melhorar o estado de saúde de suas comunidades” (VENEZUELA, 2010, p. 31).

Existem dois grupos de promotores: o agente comunitário de atenção primária à saúde e os defensores da saúde. Os defensores “surtem quando os conselhos comunais e a população precisaram apoiar os médicos da Missão *Barrio Adentro* e para defender a própria missão” (PESQUISADORA VENEZUELANA-1). Eles são voluntários da comunidade, que contribuem na pauta política da saúde e compõem o comitê de saúde. Segundo a Trabalhadora Venezuelana-1, “na medida da necessidade, os defensores contribuem na rotina dos serviços e na interlocução com a população”.

5 SÍNTESE E ANÁLISE: OS ARRANJOS QUE PERMEIAM A PRÁTICA DO ACS NA ATUALIDADE

Para Gramsci, o Estado é a própria sociedade organizada de forma soberana, socialmente e historicamente construída, a partir das correlações de forças (BUCHLUCKSMANN, 1970, p. 86). Che Guevara (apud SOSA, 2011, p. 317-318), baseado na experiência de Cuba, propunha que para construir o socialismo é necessário e essencial construir simultaneamente um “homem novo”. Para isso, seria preciso “eliminar o egoísmo e o interesse para concentrar-se conscientemente nas necessidades humanas” e buscar soluções coletivas para os seus problemas. Neste sentido, a Constituição cubana assume a construção do socialismo e de uma sociedade comunista e tem avançado na consolidação da saúde enquanto valor humano (CUBA, 1976). Já a Venezuela propõe valores libertários, alicerçados nas doutrinas de Simón Bolívar (VENEZUELA, 1999) e, embora tenha perdido o referendo sobre a perspectiva de adotar um socialismo bolivariano, o chavismo empreendeu mudanças importantes na luta contra o imperialismo na região, além de empreender em setores como saúde, educação e moradia.

[...] temos que reivindicar o socialismo como uma tese, um projeto, um caminho, mas um novo tipo de socialismo, um socialismo humanista, que põe os seres humanos e não as máquinas ou o Estado antes de tudo. [...] Teremos que criar um sistema comunal de produção e consumo, um sistema novo e construído em base popular, com a participação da comunidade, mediante as organizações comunais, as cooperativas, a autogestão e outras tantas maneiras de criar este sistema (Discurso do presidente Hugo Chávez) (SOSA, 2011, p. 318).

No Equador a nova Constituição de 2008 foi aprovada no governo do presidente Rafael Correa, que defende este momento como uma “Revolução Cidadã”. O Estado assumiu a sua pluralidade e interculturalidade e o paradigma do Bem Viver (o mesmo que Viver Bem, só que o primeiro tem referência na língua quéchua, e o outro aymara) (ECUADOR, 2008). A saúde

passa a ser reconhecida como direito fundamental garantido pelo Estado e sua plena realização é interdependente a outros como “o direito à água, à alimentação, à educação, à cultura, ao trabalho, à segurança social, a ambientes saudáveis e outros que sustentam o Bem Viver”, previstos no Artigo 32 da Constituição. A Bolívia, além de assumir a plurinacionalidade, interculturalidade e o Viver Bem; assume na Constituição de 2009 a superação do projeto neoliberal (BOLÍVIA, 2009). E, quanto à saúde, o país propõe um SUS público e universal.

No Brasil, a Constituição foi promulgada em 1988 com o fim da Ditadura Militar. A mesma defende um Estado democrático de direito e cidadania. Em seu capítulo 3, firmou a responsabilidade sanitária integral e definiu a concepção social da saúde criando o SUS (BRASIL, 1988). E quanto à Constituição do Peru de 1993, ela dá ênfase ao desenvolvimento individual e compreende a saúde pública de forma focalizada e livre a iniciativa privada (PERU, 1993).

Em relação à universalização da saúde, somente Cuba assume e realiza historicamente a saúde universal e integral enquanto bem público. No Brasil, o SUS ainda não atende aos preceitos constitucionais e vem sofrendo mudanças com a crescente inserção do setor privado dentro do sistema público. Já Bolívia, Equador e Venezuela, apesar dos avanços constitucionais em assumir a universalização, a estruturação do sistema público e universal ainda é um desafio. O Peru defende a focalização de serviços para pessoas em situação de vulnerabilidade (ISAGS, 2011, p.27-29).

Outro aspecto importante diz respeito ao fato de Bolívia e Equador reconhecerem o Estado como sendo plurinacional e intercultural; e a Venezuela em reconhecer o seu sistema como multiétnico. Isso aponta para um reconhecimento político e jurídico da heterogeneidade do seu povo. Entretanto, a viabilidade de seus projetos precisa ser construída a partir da convivência comunitária e da intercultural, sem assimetria de poder (GAMBOA, 2011).

A interculturalidade em saúde aparece como diretriz em alguns países. No Equador, o Ministério da Saúde constitui uma Direção Nacional de Saúde Intercultural e Direito no MSP, que vem implantando o enfoque intercultural, de forma transversal, a partir da adequação dos serviços, principalmente os relacionados ao parto. O Ministério da Saúde reconhece a existência de organizações locais e dos agentes de saúde de medicina indígena e tradicional, que historicamente têm desempenhado um papel de protagonista no cuidado à população (ECUADOR, 2012, p. 45-46).

A Bolívia criou um Vice-Ministério de Medicina Tradicional e Intercultural (VMTI) para coordenar a integração entre as práticas tradicionais e interculturais e as práticas biomédicas, a partir do modelo de Saúde Familiar Comunitária e Intercultural (SAFCI). A

gestão tem realizado algumas iniciativas: um censo para cadastrar os terapeutas tradicionais; a adequação dos serviços para desenvolver as outras práticas além da biomédica; e a coordenação de ações de integração entre os residentes de medicina SAFCI e os médicos tradicionais. O processo em curso precisa ser acompanhado, e segundo a Pesquisadora Boliviana-1 “o discurso da interculturalidade em saúde serviu para estabelecer relações de poder biomédico sobre os terapeutas tradicionais”.

No Peru, até o presente momento “os chamados ‘curandeiros’ ou especialistas em medicina tradicional fazem o seu trabalho à margem de um reconhecimento oficial por parte das instituições de saúde e educação no país e em paralelo à biomédica” (PRIBY, 2011, p. 6). Segundo Priby, a medicina tradicional, suas práticas e agentes, constituem um importante “setor de atenção informal” de saúde no Peru. Ela cobre, com baixo custo e efetividade, os cuidados em saúde para 60% da população, principalmente daquelas residentes em áreas sem assistência pública. Essas práticas são também transmissoras de histórias e culturas (2011, p. 4).

Já em Cuba, “com a estruturação da rede de saúde e com a formação em larga escala de médicos de família, algumas práticas tradicionais, como a das parteiras, deixaram de ser acessadas pela população” (GESTORA CUBANA-2). Segundo ela “o governo cubano inseriu algumas práticas na rede de serviços, dentre elas, a homeopatia, a acupuntura e a terapia de floral. Já as práticas populares não existem mais”. Durante o trabalho de campo identificou-se a existência de um comércio de plantas medicinais na região central de Havana, o que leva a crer que apesar do rigoroso controle sobre as práticas, ainda sobrevivem na ilha saberes e práticas tradicionais.

As práticas e saberes ancestrais e tradicionais fazem parte da produção do cuidado dos seis países pesquisados, porém na Bolívia, Equador e Peru, as práticas da medicina tradicional se mantêm de forma pulsante e podem ser identificadas nas ruas e mercados públicos. Durante a atividade de campo, foram realizadas algumas vivências e registrados alguns depoimentos na língua quéchua e aymara. Alguns exemplos podem ser citados, como o caso do Centro de Saúde de Tena, no Equador, onde foi possível observar o funcionamento da casa de parto e conversar com um xamã; ou o caso da Rua dos Bruxos, em El Alto, na Bolívia onde existiam em torno de 40 consultórios com as diversas práticas de ancestrais; ou nos mercados públicos de Lima e Quito, onde foi possível observar o trabalho das benzedeiras.

Em relação a estruturação da prática profissional dos praticantes que podem ser identificados como ACS, essas ocorrem na sociedade por meio da correlação de forças e dos consensos socialmente construídos e considera-se que a prática do ACS, a partir dos saberes

populares, tencionam os limites institucionais, as regras e normas hegemônicas (LUZ, 1981, p. 35). No caso da medicina tradicional, seu saber é produto social da classe popular, portanto, a ordem institucional tenta criminalizar e torná-la invisível e, caso não consiga, subordina práticas e saberes.

A institucionalização desses processos passa pelas diretrizes e agendas internacionais. Vale lembrar, que na América Latina, desde as décadas de 1980 e 1990, as políticas públicas de educação, saúde e trabalho sofrem homogeneização, a partir das contribuições e interferências crescentes dos organismos internacionais como as agências multilaterais de crédito como Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial (BM), Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), entre outros, além disso, também são influenciadas pelas recomendações de órgãos como das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), Organização Internacional do Trabalho (OIT) e OMS (PRONKO, 2011, p. 33).

Neste sentido, a contribuição dos organismos internacionais na estruturação das políticas de saúde da região, a partir da Declaração de Alma-Ata, foi decisiva para a inserção da APS e do ACS nas políticas públicas. O reconhecimento destas práticas também recebeu influência da igreja católica progressista, no Brasil, Bolívia e Peru e, dos movimentos políticos de resistência popular, como ocorreu no Brasil, com a articulação dos agentes junto ao MOPS; e em Cuba, com as Brigadistas, que fazem parte da FMC.

Na atualidade, chama atenção às diretrizes e investimentos políticos que vêm sendo orquestrados por esses organismos em torno da desuniversalização da saúde e da sua privatização. E, em relação ao ACS, os órgãos internacionais financiam ONGs que coordenam prioritariamente o seu trabalho na Bolívia e no Peru.

O trabalho de campo não foi suficiente para apreender alguns aspectos importantes da mobilização política do ACS, ora na sua auto-organização, ora a partir da participação em movimentos sociais e políticos. No Brasil, o ACS possui articulações locais e entidades nacionais, associativas e sindicais. Os defensores identificados na Venezuela compõem articulações comunitárias e nacionais em torno da estrutura dos Conselhos Comunais. Já na Bolívia, existem importantes movimentos comunitários, dentre eles as Juntas Vecinais (Associação de Moradores), onde participei durante o campo de uma reunião com a Federação das Juntas Vecinales (FENAJU) em El Alto. Outros contatos foram realizados com associações locais de promotores de saúde/ACS no Peru e Equador.

Outro aspecto a ser observado é a articulação dos governos junto ao ACS para desenvolver as políticas de saúde na comunidade. A atuação do ACS ocorre com a orientação,

capacitação e o monitoramento do poder público em todos os países, menos na Bolívia, onde a sua coordenação é realizada por ONGs. O ACS atua de forma voluntária em Cuba, Bolívia e Peru, e a partir de vínculo empregatício no Brasil, Equador e Venezuela. Lottas e Pavez (2010) analisam o ACS enquanto agente de implementação de política pública e conclui que “a ação desses agentes permite uma inserção do Estado dentro das redes relacionais locais” (2010, p. 123).

No Peru, o trabalho voluntário do ACS é regulamentado e são definidos estímulos não monetários, tais como: certificados, equipamentos, materiais e vestiários para o trabalho. Entretanto para a Gestora Peruana-2 “o trabalho deveria ser remunerado, pela sua importância e necessidade de ação contínua”. O Gestor Peruano-1 “defende que o trabalho continue sendo voluntário e questiona a existência de qualquer tipo de bonificação para os agentes de saúde, seja vinda do governo ou de ONGs”.

No Equador, a remuneração do TAPS ocorre através de uma bolsa, durante a sua formação, e só será efetivado na conclusão do curso. Para a Trabalhadora Equatoriana-1 “Nós [TAPS] seremos funcionários do MSP e, durante a nossa formação recebemos uma bolsa de 300 dólares e os benefícios legais; e quando terminar o curso vamos receber 700”. Os TAPS farão formação técnica em um Instituto Superior de Educação por dois anos (ECUADOR, 2012, p.117).

No Equador a formação do ACS é de nível superior, um tecnólogo. E, no Brasil, há 10 anos existe uma proposta de formação técnica, que se encontra sem financiamento, e vem acontecendo em alguns municípios a partir da mobilização política da categoria. Já na Venezuela, ocorre formação técnica e, diferente dos demais países, é dado ênfase no desenvolvimento de habilidade do campo da clínica. E, no Peru, Bolívia e Cuba a formação é realizada a partir de capacitações.

Vale lembrar que originalmente a prática social do ACS tem origens em saberes e poderes populares, constituídos em práticas familiares e comunitárias; que segue sendo modificada na atualidade por saberes e práticas biomédicas. Entretanto, o setor saúde está mais conectado ao saber biomédico, hegemonizado por meio da técnica e da ciência e institucionalizado na ordem social por meio da disciplina e da hierarquia (LUZ, 1981, p. 36). Desse modo, a institucionalização da prática do ACS sofre investida dos contextos nos quais são inseridas e seguem sendo modificadas pela correlação de forças.

Sendo assim, ao analisar o processo histórico que funda a prática do ACS em seis países da América Latina, compreende-se que o mesmo ocorre a partir das correlações de forças e dos

consensos socialmente construídos. Entretanto, o percurso apresentando é uma aproximação com o surgimento desta ocupação social e, certamente, não desvendará todos os aspectos que significam a produção desta prática.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os governos com projetos progressistas na América Latina estão permeados de contradições, a maioria vem criando políticas e estratégias de resgate da cultura popular e comunitária, bem como enfrentado a mercantilização da saúde e o resgate dela como valor público. O que a análise desses países sugere é um redirecionamento das políticas públicas de saúde, fortalecendo a perspectiva da universalização da oferta, com ênfase na atenção primária, e com uma mobilização crescente na inserção e ACS.

O estudo, ao fazer um levantamento das experiências que marcaram a conformação do agente comunitário, mostra que a mesma tem duas matrizes de produção da prática: as práticas tradicionais e as práticas biomédicas. Também ficou evidenciado que a função pode assumir diferentes arranjos e nomenclaturas. Sendo assim, as políticas de saúde do Equador e Bolívia, principalmente as estratégias de cuidado comunitários realizados em conjunto com o Estado, a partir do trabalho do ACS, precisam enfrentar e superar a dicotomia entre biomedicina e práticas tradicionais, aceitando essas últimas como parte integrante e não como atividades subordinadas.

A pesquisa mostrou que os diversos agentes de saúde possuem importantes semelhanças, desde o surgimento ancorado na capacidade da comunidade reagir às desigualdades e mazelas sociais, bem como nas diretrizes dos órgãos internacionais que apoiaram o fortalecimento e a legitimação das experiências, principalmente a partir da Declaração de Alma-Ata, até a inserção desta prática nas políticas públicas. Entretanto, os documentos e relatórios mais recentes, principalmente àqueles propostos ou articulados pelo BM vem contribuindo para a desregulamentação do trabalho e a privatização da saúde.

A pesquisa nos aponta que mesmo diante do processo de desumanização da sociedade e das inúmeras desigualdades geradas pelo sistema capitalista existem ações de resistência e projetos políticos e/ou comunitários que buscam formas de sociabilidade mais recíprocas e solidárias e mantêm diversidades étnicas e culturais. As experiências do ACS nos diferentes países analisados mostram a capacidade de invenção comunitária e a perspectiva de renovação das políticas de saúde.

Por fim, vale ressaltar que projetos políticos à esquerda devem investir em mudanças

estruturais no modo de produzir bens e riquezas. Assim, para além de dedicar atenção às políticas sociais de conformação, tais projetos devem investir em mudanças profundas, que incidam na promoção do trabalho digno, da educação libertadora e em uma saúde que esteja vinculada à perspectiva do cuidado.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCALDE-RABANAL, Jacqueline Elizabeth; LAZO-GONZALEZ, Oswaldo; NIGENDA, Gustavo. Sistema de salud de Perú. *Revista Salud Pública México*, Cuernavaca, v. 53, supl. 2, p.243-254, enero. 2011.

BANCO MUNDIAL. *Financiando os serviços de saúde nos países em desenvolvimento: uma agenda para a reforma*. Washington D.C., 1987.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. *Políticas Sociais: fundamentos e história*. São Paulo: Cortez, 2006.

BOLÍVIA. Constitución (2009). *Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia*, 2009.

BRASIL. *VIII Conferência Nacional de Saúde. Relatório final*. Brasília, 1986. Disponível em: <>. Acesso em: 05 out. 2011.

_____. *Planilha de cobertura, competência de MAIO de 2014*. Brasília: Secretaria de Atenção Básica/SAS/MS, 2014.

_____. Lei n.º 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 jul. 2002. Disponível em: <>. Acesso em: 23 fev. 2012.

BONVECCHIO, Anabelle et al. Sistema de salud de Venezuela. *Revista Salud Pública México*, Cuernavaca, v. 53, supl. 2, p.275-286, enero. 2011.

BUCCI-GLUCKSMANN, Christine. *Gramsci y El Estado: Hacia una teoria materialista de la Filosofía*. Cidade do México: Siglo Veintiuno, 1970.

CHINELLI, Filippina; LACERDA, Alda; VIEIRA, Monica. A reconfiguração gerencial do Estado brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990. In: VIEIRA, Monica; DURÃO, Anna Violeta; LOPES, Márcia Raposo (Org.). *Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011. p. 33-78.

CUBA, Constitución. Constitución de la República de Cuba, 1976.

_____. Ministerio de Salud Pública (MINSAP). *Manual de Capacitacion de las Brigadistas Sanitarias*. Havana, 1986.

ECUADOR, Constitución. Constitución de la República del Ecuador, 2008.

EWIG, Christina. *Neoliberalismo de la segunda ola: género, raza y reforma del sector salud en el Perú*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, 2012.

FÉLIX, Sansó Sobertas. *Medicina geral – Medicina familiar: experiencia internacional y enfoque cubano*. Havana: Ed. Ciencias Médicas, 2011.

FERNANDES, Luis. Neoliberalismo e reestruturação produtiva. In: SADER, Emir; GENTILE, Pablo (Org). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. p. 54-61.

FONSECA, Angélica Ferreira Fonseca. O trabalho do agente comunitário de saúde: implicações da avaliação e da supervisão na Educação em Saúde. 2013. 233f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2013.

FREIRE, Paulo. *Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo: Centauro, 2008.

FRIGOTTO, Gaudêncio. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa Educacional. In: FAZENDA, I. *Metodologia da Pesquisa Educacional*. São Paulo: Cortez, 1991.

GADOTTI, Moacir. *Pedagogia da Práxis*. São Paulo: Cortez, 2004.

GAMBOA, Shirley. Vivir Bien: un desafío viable para nuestra sociedades. In: FARAH, Ivonne; VASAPOLLO, Luciano. *Vivir Bien: ¿? Paradigma no capitalista?* La Paz: CIDES-UMAS, 2011. p. 365-381.

HEAVER, Richard. Managing Primary Health Care: Implications of the Health Transitions. Washington DC: World Bank, 1995.41p.

HITA, Susana Ramírez. *Salud Intercultural: crítica y problematización a partir del contexto boliviano*. La Paz: ISEAT, 2011.

INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE (ISAGS). *Sistemas de Salud en Suramérica: Desafíos para la universalidade, integralidade y equidade*. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.

LEDO, Carmen; SORIA, René. Sistema de salud de Bolivia. *Revista Salud Pública México*, Cuernavaca, v. 53, supl. 2, enero, 2011.

LEVINO, Antonio; CARVALHO, Eduardo Freese de. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, v. 30, n. 5, p. 490-500, nov. 2011.

LOPES, Marcia Raposo; DURÃO, Anna Violeta; CARVALHO, Valéria. A disputa sobre os sentidos do trabalho e da formação dos agentes comunitários de saúde. In: VIEIRA, Monica; DURÃO, Anna Violeta; LOPES, Marcia Raposo (Org.). *Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011. p.161-207.

LOTTAS, Gabriela e PAVEZ, Thais. Agentes de Implementação: Mediação, Dinâmicas e estruturas relacionais. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, São Paulo, v. 15, n. 56, p. 109-

125, jul, 2010.

LUCIO, Ruth; VILLACRES, Nílida; HENRIQUEZ, Rodrigo. Sistema de salud de Ecuador. *Revista Salud pública Méx*, Cuernavaca, v. 53, supl. 2, enero, 2011.

LUZ, Madel Therezinha. *As instituições médicas no Brasil*. Instituição e Estratégia de Hegemonia. Rio de Janeiro: Graal Editora, 1981.

MENDONÇA, Maria Helena Matias. Profissionalização e regularização da atividade do Agente Comunitário de Saúde no contexto da reforma sanitária. *Revista Trabalho Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 353-365, set. 2004.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA – MSB (Ecuador). *Creacion de la carrera de Técnico Superior en Atención Primaria de Salud –TAPS*. Quito, 2012.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA – MINSA (Peru). *Directivas Administrativa para el Trabajo con el Agente Comunitario de Salud n°174*. Lima: MINSA, 2012.

_____. *Resolución ministerial: N° 10-083311-001. /DGPS/MINSA*. Directiva Administrativa para el Trabajo con el Agente Comunitario de Salud. Lima, 20, abril de 2011.

_____. Direccion General de Promocion de la Salud e Direccion de Participacion Comunitaria en Salud. *Documento Tecnico para el trabajo con los Agentes Comunitarios de Salud*. Lima: MINSA, 2007.

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD – MPPS (Venezuela). *Barrio Adentro Rumbo al Sistema Público Nacional de Salud Bolivariano y Socialista. Plan Nacional de Salud 2009-2013/2018*. Caracas: MPPS, 2010.

MOROSINI, Márcia Valéria; CORBO, Anamaria D'Andrea; GUIMARÃES, Cátia Corrêa. O Agente Comunitário de Saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 261-280, jul. 2007.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPS). *Estrategia de cooperación técnica de OPS/OMS con Venezuela 2006-2008*. Caracas: OPS/OMS, 2006.

_____. *Declaração de Santa Fé de Bogotá*. Conferência Internacional de promoção da saúde. Santafé de Bogotá: OPS, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em 1978*. Alma-Ata: UNICEF, 1979.

PEREIRA, Adelyne Maria Mendes et al. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. *Revista Saúde & Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p.482-499, set. 2012.

PEREZ, Fernández. Experiências Internacionais em Saúde da Família. In: Relatório Final do I Seminário de experiências internacionais em saúde da família, Brasília: Ministério da Saúde/SPS/DAB Brasil, p.37-38, 2000.

PERU, Constitución. Constitución Política del Perú, 1993.

PRONKO, Marcela, et al. *A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

PRIBYL, Rosario Quevedo Pereyra. La Medicina Tradicional en el Sistema Oficial de Salud en el Perú. In: VII CONGRESS OF RELAJU – RED LATINOAMERICANA DE ANTROPOLOGIA JURIDICA, 2010, Lima. *Anais...* Lima: RELAJU, 2010. Disponível em: <http://www.academia.edu/435259/Medicina_Tradicional_en_el_Sistema_de_Salud_en_el_Peru>. Acesso em: 20 set. 2014.

QUEIRÓS, Agleildes Arichele Leal; LIMA, Luci Praciano. A institucionalização do trabalho do ACS. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 10 n. 2, p. 257-281, jul./out. 2012.

REGALADO, Roberto. *Los gobiernos de izquierda em América Latina*. Querétaro: Ocean Sur, 2008.

SOARES, Laura, Tavares. Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina. São Paulo: Cortez, 2000.

SOSA, Vicente E. Escandell. “Vivir Bien”, alba y socialismo del siglo XXI. ¿ paradigmas opuestos?. In: FARAH, Ivonne; VASAPOLLO, Luciano. *Vivir Bien: ¿ Paradigma no capitalista?* La Paz: CIDES-UMAS, 2011, p. 311-329.

WONG-UN, Julio Alberto. Control comunitario de las infecciones endémicas: pensando los haceres sanitarios colectivos de los campesinos de los Andes peruanos. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 2, 1998.

VENEZUELA, Constitución. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, 1999.

5 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO E OS RESULTADOS DA PESQUISA

Os governos com projetos progressistas na América Latina estão permeados de inovações e contradições, a maioria vem criando políticas e estratégias de resgate da cultura popular e comunitária, bem como enfrentado a mercantilização da saúde e buscando resgatar nela o seu caráter público. O que a análise das práticas de saúde desses países mostra é que há uma necessidade de se investir na política universal de saúde, com ênfase na atenção primária enquanto parte da Rede de Atenção e, nos ACS, na perspectiva de desenvolver, diversificar e qualificar a saúde na comunidade.

A pesquisa mostrou que os diversos agentes de saúde possuem importantes semelhanças, desde o surgimento ancorado na capacidade de a comunidade reagir às desigualdades e mazelas sociais, bem como nas diretrizes dos órgãos internacionais que apoiaram o fortalecimento e a legitimação das experiências, principalmente a partir da Declaração de Alma-Ata, até a inserção desta prática nas políticas públicas.

Entretanto, alguns órgãos internacionais, nos documentos e relatórios mais recentes, principalmente àqueles propostos ou articulados pelo Banco Mundial vem contribuindo para a desregulamentação do trabalho e a privatização da saúde.

O estudo, ao fazer um levantamento das experiências que marcaram a conformação do agente comunitário, mostra que a mesma tem duas matrizes de produção da prática: as práticas tradicionais e as práticas biomédicas. Vale lembrar que o setor saúde estrutura suas práticas hegemonicamente a partir dos saberes biomédicos e da saúde coletiva. Desse modo, a prática do ACS ao ser institucionalizada apreende saberes e fazeres desenvolvidos no contexto dos serviços de saúde, e a sua forma de cuidar é modificada pela correlação de forças entre saberes e práticas populares, e pelo pensamento biomédico e do campo da saúde coletiva.

Também ficou evidenciado que a função desenvolvida pelo ACS pode assumir diferentes arranjos e nomenclaturas. Sendo assim, as políticas de saúde, principalmente as estratégias de cuidados comunitários realizadas em conjunto com o Estado, a partir do trabalho do ACS, precisam enfrentar e superar a dicotomia entre biomedicina e práticas tradicionais, aceitando essas últimas como parte integrante e não como atividades subordinadas.

Nesse sentido, a experiência boliviana expressa processos contraditórios e socialmente enriquecedores na busca por novas práticas de saúde que, na coexistência da medicina tradicional e da biomedicina operando no espaço comunitário possibilite o desenvolvimento de novos arranjos setoriais, a partir do paradigma da interculturalidade e do ‘Viver Bem’, como princípio organizador da vida societária. Os entrevistados e os documentos analisados

indicaram ser desafiador e estimulante a formulação e implementação de uma política com essas características, que respeite e valorize as diversas culturas e tradições e, ao mesmo tempo, aponte para a recomposição do processo de cuidado biomédico, valorizando princípios humanistas na oferta de cuidados do que se entende como saúde naquele contexto social específico.

O projeto de saúde em estruturação pelo governo boliviano, com marco constitucional na defesa da interculturalidade, avança na concepção de saúde e do impacto na determinação social. Entretanto, a cobertura restrita em termos de acesso e oferta é um dos grandes desafios para a implantação do SUS boliviano e do modelo SAFCI.

A pesquisa demonstra que a contribuição do governo boliviano no fomento de políticas e estratégias ancoradas na pluralidade, diversidade e interculturalidade já vêm produzindo ou potencializando mudanças tanto no setor econômico, quanto nas políticas de saúde. Sendo assim, as estratégias e políticas públicas alicerçadas na pluralidade e na interculturalidade abrem espaço às necessidades sociais, valorizando a diversidade cultural e étnica. Neste sentido o diálogo respeitoso e tolerante não pode ser descontextualizado da necessária ruptura com o padrão de exploração, colonização e subordinação.

O paradigma do Viver Bem proposto pelos povos indígenas que reivindica uma ruptura com o sistema de colonização e opressão e com a dicotomia homem/natureza, aparecendo como uma alternativa ao modelo capitalista e como um novo arranjo dentro do sistema socialista. A Bolívia, ao assumir na sua constituição o Viver Bem, o “plurinacionalismo” e a “interculturalidade”, aposta em um horizonte ideológico de transformação social e humana. Neste sentido, esta experiência pode ser considerada, do ponto de vista histórico, um avanço na construção de novas sociabilidades e projetos sociais. E, os desafios para alcançá-las requer um enfrentamento dos processos de opressão que existem nas relações sociais, culturais e econômicas.

Outro aspecto a ser considerado é que o contexto do neoliberalismo modificou o tecido social e impactou de forma negativa na articulação e organização política, inclusive do ACS. As agendas políticas defendidas pelos movimentos sociais e de trabalhadores são modificadas por pautas mais pragmáticas e setorializadas. Hoje, a agenda política central das organizações de ACS do Brasil se encontra na interlocução com o poder legislativo, em torno da regulamentação do piso salarial. Entretanto, tanto a agenda de regulamentação do seu trabalho quanto a de qualificação profissional, precisam ganhar espaço de negociação e pactuação junto ao poder executivo, a partir dos três entes governamentais (município, estado e federação).

A pesquisa nos aponta que mesmo diante do processo de desumanização da sociedade e

das inúmeras desigualdades geradas pelo sistema capitalista existem ações de resistência e projetos políticos e/ou comunitários que buscam formas de sociabilidade mais recíprocas e solidárias e mantêm diversidades étnicas e culturais. As experiências do ACS nos diferentes países analisados mostram a capacidade de invenção comunitária e a perspectiva de renovação das políticas de saúde.

Por fim, vale ressaltar que projetos políticos à esquerda devem investir em mudanças estruturais no modo de produzir bens e riquezas. Assim, para além de dedicar atenção às políticas sociais de conformação, tais projetos devem investir em mudanças profundas, que incidam na promoção do trabalho digno, da educação libertadora e em uma saúde que esteja vinculada à perspectiva do cuidado.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCALDE-RABANAL, Jacqueline Elizabeth; LAZO-GONZALEZ, Oswaldo; NIGENDA, Gustavo. Sistema de salud de Perú. *Revista Salud Pública México*, Cuernavaca, v. 53, supl. 2, p.243-254, enero. 2011.

BANCO MUNDIAL. *Financiando os serviços de saúde nos países em desenvolvimento: uma agenda para a reforma*. Washington D.C., 1987.

BOLIVIA, Ministerio de Prevision Social y Salud Publica – MPSSP. *Fundamentos de la Política Nacional de Salud*. La Paz, 1991.

BOLÍVIA. Constitución (2009). *Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia*. La Paz: Câmara Legislativa, 2009.

BONVECCHIO, Anabelle et al. Sistema de salud de Venezuela. *Revista Salud pública Méx*, Cuernavaca, v. 53, supl. 2, enero, 2011.

BRANDÃO, Maria Helena Nagamine. *Introdução à análise do discurso*. São Paulo: Unicamp, 2002.

BRASIL. Lei no 12.994, de 17 de junho de 2014. Altera a Lei nº11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 18 jun. 2014. Disponível em: . Acesso em: 10 set. 2014.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS de Saúde – CEBES. *Saúde e Revolução: Cuba – antologia de autores cubanos*. Achiamé, Rio de Janeiro, 1984.

CHINELLI, Filippina; LACERDA, Alda; VIEIRA, Monica. A reconfiguração gerencial do Estado brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990. In: VIEIRA, Monica; DURÃO, Anna Violeta; LOPES, Márcia Raposo (Org.). *Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.p. 33-78.

COUTINHO, Carlos Nelson. *Intervenções: o marxismo na batalha das ideias*. São Paulo: Cortez, 2006.

DENZIN, Norma K.; LINCOLN, Yvonna S. (Org.). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed Bookman, 2006.

ECUADOR, Ministerio de Salud Pública (MSP). *Creacion de la carrera de Técnico Superior en Atención Primaria de Salud –TAPS*. Quito, 2012.

FÉLIX, Sansó Sobertas. *Medicina geral – Medicina familiar: Experiência internacional y enfoque cubano*. Havana: Ed. Ciências Médicas, 2011.

FREIRE, Paulo. *Ação cultural para a liberdade e outros escritos*. Rio de Janeiro: Paz&Terra, 1976.
_____. *Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo: Centauro, 2008.

FRIGOTTO, Gaudênio. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional.

In: FAZENDA, I. *Metodologia da Pesquisa Educacional*. São Paulo: Cortez, 1991.

HITA, Susana Ramírez. *Salud Intercultural: crítica y problematización a partir del contexto boliviano*. La Paz: ISEAT, 2011.

INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE (ISAGS). *Sistemas de Salud en Suramérica: Desafíos para la universalidade, integralidade y equidade*. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.

KONDER, Leandro. *O que é dialética*. São Paulo: Brasiliense, 1987. (Coleção Primeiros Passos).

LUCIO, Ruth; VILLACRES, Nilhda; HENRIQUEZ, Rodrigo. Sistema de salud de Ecuador. *Revista Salud pública Méx*, Cuernavaca, v. 53, supl. 2, enero, 2011.

LUZ, Madel Therezinha. *As instituições médicas no Brasil*. Instituição e Estratégia de Hegemonia. Rio de Janeiro: Graal Editora, 1981.

MAMANI, Fernando Huanacuni. *Vivir Bien/ Buen Vivir: filosofía, políticas, estrategias y experiencias regionales*. La Paz, CAOI, 2010.

MARX, Karl. *O Capital: crítica da economia política*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006. (Livro I)

MATTOS, Ruben Araujo. *Desenvolvendo e oferecendo ideias: um estudo sobre a elaboração de propostas de política de saúde no âmbito do Banco Mundial*. 2000. 307 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

MENDONÇA, Maria Helena Matias. Profissionalização e regularização da atividade do Agente Comunitário de Saúde no contexto da reforma sanitária. *Revista Trabalho Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 353-365, set. 2004.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE – OPS. Declaração de Santa Fé de Bogotá. Conferência Internacional de promoção da saúde. Santafé de Bogotá: OPS, 1992.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE – OPS. *Estrategia de cooperación técnica de OPS/OMS con Venezuela 2006-2008*. Caracas: OPS/OMS, 2006.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – OPS. *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas de Salud Tradicionales. Plan de Acción 1995-1998*. Washington, 1995.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em 1978*. Alma-Ata: UNICEF, 1979.

PÉREZ, Filiberto. Experiências internacionais em saúde da família. In: Ministério da Saúde do Brasil. *Relatório Final do I Seminário de experiências internacionais em saúde da família*. Brasília: OPS, p.37-38, 2000.

POLIGNANO, Marcus Vinicius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. *Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG*, 2001, 35.

PRIBYL, Rosario Quevedo Pereyra. *La Medicina Tradicional en el Sistema Oficial de Salud en el Perú*. In: VII CONGRESS OF RELAJU – RED LATINOAMERICANA DE ANTROPOLOGIA JURIDICA, 2010, Lima. *Anais...* Lima: RELAJU, 2010. Disponível em: <http://www.academia.edu/435259/Medicina_Tradicional_en_el_Sistema_de_Salud_en_el_Peru>. Acesso em: 20 set. 2014.

QUEIRÓS, Agleildes Arichele Leal. *A institucionalização do trabalho do ACS em Recife*. 2008. 142f. Dissertação (Mestrado em Saúde) – Programa Integrado de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

QUEIRÓS, Agleildes Arichele Leal; LIMA, Luci Praciano. A institucionalização do trabalho do ACS. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 10 n. 2, p. 257-281, jul./out. 2012.

QUEIRÓS, A. A. L. A prática do Agente Comunitário de Saúde na América Latina: origem, contradições e desafios para o cuidado em saúde no começo do século XXI. Caderno de Anotações produzido durante as viagens aos seis países da América Latina que foram objeto da pesquisa, 2013.

ROSA, João Guimarães. *Grande Sertão: veredas*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2006.

SOARES, Laura, Tavares. *Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina*. São Paulo: Cortez, 2000.

STOTZ, Eduardo Navarro. Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil. *Perspectiva*, São Paulo, v. 17, n. 1, p.25-33, jan/mar. 2003.

WANDERLEY, Fernanda. El Vivir Bien y el derecho al cuidado. In: FARAH, Ivonne; TEJERINA, Verónica. *Vivir Bien: infancia, genero y economía entre la teoría y la práctica*. La Paz: CIDES-UMSA, 2013. p. 153-168.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu (nome do entrevistado) _____, domiciliado em _____, portador do RG _____ de profissão _____, acredito ter sido informado detalhadamente, através da carta de apresentação do projeto e do que para mim foi dito a respeito dele, sobre a pesquisa intitulada: **Trabalho em saúde no início do século XXI na América Latina e Caribe: o Agente Comunitário**, de autoria de Agleildes Arichele Leal de Queirós.

Fui plenamente esclarecido de que, ao dar a entrevista, estarei participando de um estudo de cunho acadêmico, que tem como objetivo Identificar e analisar a prática profissional do Agente de Saúde da Comunidade nos países da América Latina. E, concordo voluntariamente em participar deste estudo, sabendo que será preservada a minha identificação assim como as identificações de todas as pessoas referidas por mim. Sei que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a sua realização, inclusive sem nenhum motivo, bastando para isso, informar a minha decisão de desistência, da maneira mais conveniente.

Fui esclarecido ainda de que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não terei direito a nenhuma remuneração. Minha participação na pesquisa não me exporá a nenhum risco conhecido nem me acarretará prejuízos de qualquer natureza. Minha identificação pessoal será preservada, sendo que autorizo a divulgação dos dados, informações e opiniões por mim declaradas na tese e publicações científicas decorrentes da pesquisa. Eu, e somente eu, posso solicitar esclarecimentos durante todas as fases da pesquisa, inclusive após sua publicação.

A coleta de dados será feita por meio de entrevista, relato da observação, e coleta de documentos. A transcrição e análise será feita sob supervisão e orientação do professor Paulo Capel Narvai, da Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo.

_____, _____ de _____ de 2012.

Assinatura (de acordo)

Participante do estudo

Pesquisadora Agleildes Arichele Leal de Queirós

Telefone: (11) 84656943; E-mail: liu_leal@yahoo.com.br

Orientador: Paulo Capel Narvai

APÊNDICE 2: CARTA DE CONVITE

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Faculdade de Saúde Pública
 DEPARTAMENTO DE PRÁTICA DE SAÚDE PÚBLICA
 AV. DR. ARNALDO, 715 - SÃO PAULO, SP - CEP 01246-904
 tel: +55 11-3061-7782 • fax: +55 11-3061-7835 • e-mail: pcnarvai@usp.br

CARTA DE PRESENTACIÓN

São Paulo, 15 de abril de 2013

Señora Doctora **MIDORI MUSME CRISTINA DE HABICH ROSPIGLIOSI**
Dignísima Ministra de la Salud
REPÚBLICA DEL PERÚ

Asunto: Pesquisa Científica

Señora Ministra,

Con un cordial saludo desde Brasil, tengo el gusto de presentarle la señora **AGLEILDES ARICHELE LEAL DE QUEIRÓS**, la cual, bajo mi orientación académica, desarrolla en esta Facultad de Salud Pública (FSP) de la Universidad de São Paulo (USP), su tesis de doctorado. En esa labor científica, la investigadora se encuentra involucrada con el tema de los trabajadores que viven en su comunidad. En Brasil los llamamos “Agentes de Salud”. La investigación la estamos llevando a cabo en algunos países de América Latina, además del Brasil: Cuba, Bolivia, Ecuador y Venezuela. A nosotros nos gustaría incluir el Perú. El objetivo del estudio es entender qué hacen, y cómo, los agentes de salud en cada país, y si hay algunas prácticas de atención y promoción de la salud en las cuáles estén involucrados. Para lograr esa comprensión es indispensable, para allá de los documentos técnicos, entrevistar a algunos de los actores de los distintos escenarios de prácticas: investigadores de centros de formación, trabajadores/agentes, representantes de los gobiernos, de nivel central y local.

Con esta *Carta de Presentación*, solicito su autorización para que la señora Agleildes pueda realizar su trabajo académico en el Perú y, además, adjunto una solicitud de apoyo para la realización de dicha investigación doctoral en su país. Ella estará en el Perú del 16 al 22 de abril de 2013. La comunicación sobre el asunto se puede hacer por el correo electrónico de la señora Agleildes (liu_leal@yahoo.com.br).

Señora Ministra, le agradezco de antemano su tiempo y atención y, poniéndome disponible para lo que se necesite, aprovecho esta oportunidad para expresarle mis más expresivas gracias.

Muy atentamente,

PROF. DR. PAULO CAPEL NARVAI
Orientador

APÊNDICE 3: ROTEIRO DA ENTREVISTA

GUIÓN DE LAS ENTREVISTAS SEMI ESTRUCTURADAS:

Tópicos:

1. Identificar cómo sucedió el surgimiento y cuál la situación actual del Agente Comunitario (Objetivo A).
2. Cuestionar cómo el Agente Comunitario produce sus saberes y desarrolla sus actividades (Objetivo B).
3. Identificar si la acción del Agente Comunitario produce el rescate de los valores comunitarios para la salud, o reproduce los valores del mercado (objetivo C).
4. Averiguar cómo la comunidad comprende el trabajo del Agente Comunitario (Objetivo D).
5. Describir las directrices y, la operacionalización del trabajo del Agente Comunitario (Objetivo E).
6. Explicar las tensiones que el Agente Comunitario vivencia en el cotidiano, en lo se refiere a: lo que hacen y, lo que debería ser hecho (Objetivo F).

APÊNDICE 4: DOCUMENTO SOBRE A PESQUISA PARA OS ENTREVISTADOS

El Trabajo Del Agente Comunitario De Salud En América Latina Y El Caribe

Autores: Agleildes Arichele Leal de Queirós; Paulo Capel Narvai.

Institución: Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo

Teléfono: 11- 984656943

Correo Electrónico: liu_leal@yahoo.com.br

RESUMEN

Esta investigación abordará la temática del trabajo del Agente Comunitario de Salud en América Latina y el Caribe, frente a la relación capital-trabajo. Por tanto, estudiará como las instituciones de salud de los respectivos países: Bolivia, Cuba, Ecuador, Perú y Venezuela, articulan/coordinan las prácticas de los Agentes Comunitarios de Salud – ACS, las directrices del Estado. El estudio en cuestión parte del presupuesto que hay en la relación entre la acumulación del capital, las complejas luchas de clase, y las formas de organización política del Estado y de la Sociedad, y que esta atraviesa el trabajo del ACS. Para eso, adopta un abordaje cualitativo, cuya herramienta teórica metodológica está conectada con el Materialismo Histórico y Dialectico, que es para esa investigación posición, método y praxis. En las primeras décadas del siglo XXI, en cuanto se interroga a la centralidad del trabajo en la vida social, surgen “nuevos” trabajos originarios de la comunidad, que en Brasil se denomina Agente Comunitario de Salud – ACS. Por el cual, analizar las políticas públicas de salud en los países de América Latina y el Caribe ayudará a entender el papel de atención primaria en la organización de los sistemas de salud, y si hay, en los diversos contextos, resistencia popular, con la perspectiva de producir a partir de la práctica profesional proyecto de transformación de la realidad. Se espera, con los resultados de la investigación, contribuir para la reflexión política sobre el significado trabajo en salud, en el contexto Latinoamericano, en medio de las profundas transformaciones en el mundo de trabajo en la contemporaneidad.

1. PRESENTACIÓN

El estudio tiene como desafío identificar y analizar en los países de América Latina un trabajador con a práctica profesional compatible al de Agente Comunitario de Salud – ACS de Brasil. Este proyecto de tesis buscará comprender como se conforma una ocupación, que tiene

como misión desenvolver intervenciones preconizadas como cuidados básicos, junto a las poblaciones vulnerables, a través del reclutamiento institucional por el Estado, o de su destacamento por la comunidad.

Este trabajo es un esfuerzo de continuar investigando y estructurando conocimientos en el campo del trabajo en salud, utilizando como motivación algunas indagaciones que traigo desde la conclusión de mi tesis de maestría – La Institucionalización del Trabajo del Agente Comunitario de Salud en Recife, sustentado en el año 2008. Retorno en la elaboración de mi tesis el interés de profundizar los resultados encontrados en la investigación realizada en la maestría, como también conseguir entender cual es la misión de esa forma de trabajo: Simplificar el cuidado? Aumentar la comunicación de los interlocutores públicos con las clases populares? O si esta práctica profesional puede superar las expectativas de la esfera pública, y si se puede tornar un representante comunitario con perspectivas de actuar contra las desigualdades sociales.

Se parte del presupuesto de que él es, dentro del campo de la salud, un trabajador estratégico para el estudio de nuevas morfologías de trabajo en servicio y de las mediaciones de esa categoría frente a las luchas sociales. En este sentido, es relevante analizar al ACS en Brasil, y también entender como se encuentran los procesos de institucionalizaciones de esta ocupación en algunos países de América Latina y el Caribe, que son: Bolivia; Brasil; Cuba; Ecuador; Perú y Venezuela.

2. INTRODUCCIÓN

2.1. Contextualizando la política y el trabajo en salud

Comprendemos que los cambios en el mundo del trabajo y la interrogación sobre su centralidad en la sociedad contemporánea han provocado incansables debates y reflexiones. Marx (2006,p.202) señala que el trabajo está presente en la relación del hombre con la naturaleza desde tiempos remotos, consistiendo en un proceso en que el ser humano – con su propia acción – impulsa, regula, y controla su intercambio material con la naturaleza. Para Nakatani (2001, p.3) “fue a través del trabajo que se desarrollaron las demás funciones y comportamientos humanos”, una vez que la acción desenvuelta por el hombre es previamente proyectada en la conciencia y, al ser objetivado, es transformada de la naturaleza y del propio hombre.

Para Lessa (1999, p.25), es una esfera de la reproducción social que son generadas nuevas

necesidades y posibilidades, que darán origen a nuevas relaciones sociales, y éstas se organiza sobre la forma de complejos sociales. Siendo así, las necesidades sociales, en el caso, a las de salud, pueden ser definidas como un conjunto de carencias de personas, que se modifican socialmente a partir de las clases sociales. Nuevas necesidades se anuncian y son respondidas de forma desigual, pues desiguales son los accesos a los productos que la satisfacen.

Según Stotz (1991), las necesidades de salud son presentadas como dificultades y buscas de posibilidades para la reproducción de la vida de las personas. Para el autor, esos aspectos vitales no están separados de los procesos sociales en los cuales los sujetos están inseridos.

En este sentido, el trabajo es comprendido como proceso dirigido por determinado proyecto que tiene como base el atendimento de determinadas necesidades sociales. Se considera que en nuestra sociedad las relaciones sociales resultan de la lucha entre las clases sociales, se comprende que existe una disputa permanente por la dirección de ese proceso. La producción de la salud se presenta y se constituye como expresión histórica de esas tensiones y disputas, de las cuales derivan dos concepciones distintas de salud: la que se concibe como mercadería, como reproductora de la mercadería fuerza de trabajo y como mecanismo de distensionamiento/conformación social; y otra, para la cual la salud es considerada un derecho que debe ser garantizado a todos los seres humanos, no es restringido a la ausencia de la enfermedad, y si diciendo respecto a la garantía de condiciones de vida plena en todas sus dimensiones. (Lopes; Durão; Carvalho, 2011, p. 163).

Para Pires (2000) el trabajo en salud es parte del sector de servicios, localizado en un sinnúmero de producción de material, que adquiere sentido completo en el acto de su realización. O sea, no posee como resultado un producto material, “ya que el producto es indisoluble del proceso que lo produce; es la propia realización de la actividad” (Pires, 2000, p.85). Rodrigues y Araújo (2003, p.2) reiteran que “son servicios producidos por el encuentro entre quien produce y quien recibe, o sea, la producción es singular y se da en el propio acto”. Los autores defienden que, en el caso del sector de servicios, en el ámbito de la salud el proceso de producción se da de la siguiente forma:

El trabajo en salud es un servicio que no se realiza sobre cosas o sobre objetos, como ocurre en la industria; se da al contrario, sobre personas, y, mas aun, con base en una intersección partida entre el usuario y el profesional, en la cual el primero contribuye para el proceso de trabajo, o sea, es parte de ese proceso. El ofrece valores de uso necesarios al proceso de trabajo, no apenas la información acerca de lo que ocurre consigo, cual la historia de su queja o enfermedad; es solicitada de el una participación activa, para que sean correctamente aplicadas las normas y prescripciones médicas. En cuanto favorecer de valores de uso substantivos, el usuario se torna un co-participante del proceso de trabajo y, casi siempre, un responsable por el éxito o el fracaso de la acción terapéutica. (Rodrigues y Araújo, 2003, p. 2-3).

Serra (2001) ha abordado la temática del mercado de trabajo en sus estudios y llama la atención para un requisito importante en las tres últimas décadas del siglo XX: El impacto de la metamorfosis del trabajo sobre las fuerzas productivas; y la alteración de la estructura y de la composición de las clases, en fin, la modificación de todo el tejido social.

Behring y Boschetti (2006, p. 133) dicen que “la reestructuración capitalista en su vertiente política, el neoliberalismo, impacta en el Estado y en las políticas sociales”. Atiende a sus funciones y actuación, lo que hace con que ese asuma nuevas atribuciones y cumpla de alguna forma, papel crucial en la nueva lógica. En lo que concierne a las relaciones de trabajo, se observa ajustes estructurales en términos de desregulación, reestructuración, y la incorporación de nuevos paradigmas productivos y flexibilización de las leyes de trabajo.

Soares (2003) definió que la estructuración de las políticas sociales en los países como Brasil, Argentina y Chile; son atravesadas por las cuestiones económicas, por el desarrollo industrial y tecnológico, y por las políticas de ajuste, o sea, el crecimiento con centralidad, autoritarismo, corporativismo, bien como coerción y burocracia fuertemente presentes en las funciones estatales. Para Viana (2004), la crisis fiscal del Estado, debe ser analizada a partir de los hechos de la coyuntura internacional y nacional. Y que las políticas de ajuste neoliberal para América Latina, según Fernandes (1995: 55-56), es marcada por propuestas de desestatización con privatización, desregulación estatal de las actividades económicas y sociales; y no universalización de los sistemas de protección social.

Mendonça (2004) llama la atención para el hecho de que la profesionalización de una nueva actividad en salud se torne un hecho social siempre que surjan proyectos de renovación de las prácticas sociales. La política de salud a partir de los años 1990 opta por la expansión de la oferta de acciones y servicios relacionados a la atención primaria, ampliando el acceso para una población vulnerable.

En Brasil el Sistema Único de Salud (SUS) tiene en la universalidad y en la integralidad principios que muestran la intencionalidad de atender las necesidades de todos e de aprenderlas de forma amplia. En ese escenario, la atención primaria gana importante espacio y coloca como estrategia central la inserción de un nuevo trabajador, el Agente Comunitario de Salud – ACS. En esta situación la organización de la atención primaria a la salud se torna una agenda prioritaria para la ampliación del acceso de la población a los servicios de salud urbanos y para la interiorización de la asistencia a la salud.

De acuerdo con Fleury (1997, p.26), el SUS tiene un ideario pautado en las siguientes dimensiones: “la construcción de un nuevo saber que evidencie las relaciones entre salud y estructura social, la ampliación de la conciencia sanitaria; la organización del movimiento social, definiendo espacios y estrategias de acción política”. Teniendo como referencia las cuestiones mencionadas anteriormente, cabe aquí una pregunta: ¿De qué Estado estamos hablando? ¿Cómo se estructura la política pública de salud en cada país? ¿Y como el trabajador – comunitario ACS participa?

Al analizar la Declaración de Santa Fé de Bogotá producida en la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de 1993, titulada: Promoción e Igualdad; firmada por representantes de 21 países del continente americano, que asumen la búsqueda por condiciones que garanticen el bienestar general. Los mismos asumen diversos compromisos, dentro de ellos el de: Reconocer como trabajadores y agentes de salud a todas las personas comprometidas con los procesos de promoción de la salud, de la misma manera que los profesionales formados para la prestación de servicios asistenciales.

En tal sentido es fundamental reconocer las prácticas tradiciones, mantenidas vivas hasta la actualidad por las parteras, curiosas, curanderos entre otros, que actualmente con conocimientos y compilación producidos por otras racionalidades, consiguen desenvolver cuidado, identificar las necesidades, y relacionarlas con la sociedad en que ambos viven.

De esta forma colocadas, este conjunto de necesidades y tareas de salud y los de sus practicantes tradicionales y oficiales, en mayor o menor amplitud, han sido incorporadas en las estructuras organizativas de los sistemas de servicios de numerosos países para el enfrentamiento de los problemas y prioridades locales, sea reforzando los sistemas existentes o estableciendo nuevas estructuras.

Algunos tienen incorporado en las estructuras organizativas de los sistemas de servicios, este conjunto de necesidades y los de sus practicantes tradicionales, bien como tienen identificado y reconocido funciones que pueden desempeñarse como auxiliares de la propia comunidad, ya sea actuando en bases voluntarias, como intermediarios entre el sistema formal y los moradores, o también estableciendo o reforzando programas oficiales de empleo, como es el caso de los ACS en Brasil.

La identificación hecha, parte de la condición que “el agente” fuese reclutado en la propia comunidad, y tuviese como papel: mediar relaciones entre su comunidad y los servicios de salud; y auxilien en la implementación de estrategias, y en el desarrollo de acciones de salud que da para su comunidad.

El documento de 1989 de la Organización Mundial de Salud – OMS, elabora un documento titulado: “Mejoramiento de la labor de los Agentes de Salud Comunitarios en la atención primaria de salud, en 1989, describiendo las diversas experiencias y denominaciones para el “agente”, y su respectivo país: educador de bienestar de la familia (Botswana); médico rural y ayudante sanitario (China); trabajador de salud comunitario (Etiopia); ayudante de salud de la comunidad (India) y agente de salud del pueblo (Nigeria).

El desafío fue seleccionar algunos países de América Latina que desarrollan tal experiencia. Inicialmente propusimos: Brasil, Bolivia, Cuba, Ecuador, Perú y Venezuela, pero

en el desarrollo de la investigación evaluamos y replanteamos con el Ministerio de Salud de Brasil algunos cambios: la salida a Haití, y la inclusión de Ecuador. La modificación es fruto de una aproximación con estrategias en curso, entre los referidos países. Uno de los objetivos de la investigadora es articular en cada país el comportamiento de la producción científica, con posibilidad de elaboración de artículos. Otro desafío es, hacer de éstos, producto de análisis de diálogo, con perspectiva de producir política de colaboración y reconocimiento.

3.1. OBJETIVO

3.1. Objetivo General:

Identificar y analizar el trabajo del Agente Comunitario de Salud en los países de América Latina y el Caribe: Bolivia, Brasil, Cuba, Ecuador, Perú y Venezuela; en el inicio del siglo XXI, sobre la perspectiva de la lucha de clases.

3.2. Objetivos Específicos

- A. Describir en Bolivia, Brasil, Cuba, Ecuador, Perú y Venezuela en que contexto socio-históricos surge el Agente Comunitario de Salud.
- B. Analizar la inserción y el papel político del Agente de Salud en las políticas públicas de salud en Bolivia, Brasil, Cuba, Ecuador, Perú y Venezuela.
- C. Explorar sobre las condiciones y el proceso de trabajo del Agente comunitario de Salud de Bolivia, Brasil, Cuba, Ecuador, Perú y Venezuela.
- D. Identificar en Bolivia, Brasil, Cuba, Ecuador, Perú y Venezuela como el Agente Comunitario de Salud construye su praxis (saber y práctica), frente a las directrices de las instituciones de salud.
- E. Analizar la relación del Agente Comunitario de Salud con los movimientos de resistencia popular de Bolivia, Brasil, Cuba, Ecuador, Perú y Venezuela.

4. CAMINOS METODOLÓGICOS.

Esta es una investigación cualitativa, que asume como acuerdo metodológico el materialismo histórico y dialectico. Es importante aprender que dialéctica es posición, método y praxis. Es que estructurar una investigación en la perspectiva materialista es, ante todo, una participación compleja y desafiante.

En la perspectiva materialista histórica, el método esta vinculado a una concepción de realidad, de mundo y de vida en su conjunto. La cuestión de la postura, en ese sentido,

antecede al método. Este se constituye en una especie de mediación en el proceso de aprender, revelar y exponer la estructuración, el desarrollo y transformación de los fenómenos sociales (Frigotto, 1991, p. 77).

Así, se comprende que “el conocimiento de la realidad histórica e su proceso de apropiación teórica – esto es, de crítica, interpretación y evaluación de los hechos – proceso en que la actividad del hombre, del cientista y condición necesaria al conocimiento objetivo de los hechos” (Kosik, 1976, p.84).

Utilizamos la adaptación del método hecho por Gadotti (2004, p.103). Este autor propone la organización del método dialectico en dos partes: el método de investigación – que busca apropiarse de la realidad estudiada, a través de un análisis que evidencie las relaciones internas; y el método de exposición – que entiende la reconstitución, la síntesis del objeto o fenómeno estudiado, como un proceso inverso, opuesto al primero.

Esta investigación se caracteriza por procesos de investigación (investigar) y de exposición. La fase de investigación dice respecto al recojo del material. En esa fase serán abordados los presupuestos teóricos en el cual el trabajo se fundamentará. La reflexión sobre la realidad nos ofrecerá una base potente para comprender el contexto socio-político, en cuanto el referencial teórico-metodológico esclarecerá las contradicciones y nos ayudará a mirar con más profundidad las interrogantes.

La fase de exposición buscara ordenar de forma lógica y coherente la aprensión que será hecha de la realidad. Tal proceso será reconstituido en el trabajo de campo, sobre todo a través de las técnicas de colecta y análisis, dentro de algunas, optamos por utilizar el cuaderno de anotaciones – diario de campo; los testimonios de los actores entrevistados; y materiales/documentos que aparezcan sobre el asunto estudiado. Cabe resaltar que los sujetos entrevistados deberán componer, de forma directa o indirecta, procesos políticos que influncien/definen la institucionalización de esa práctica profesional. Para identificar cada uno, creamos cuatro categorías que remiten a la inserción social del entrevistado en el proceso de institucionalización:

G - Gestores o representantes público nacionales o internacionales.

A - Agentes Comunitarios de Salud.

M - Movimiento Social o lideranza comunitaria.

P - Investigador o representante de Escuelas Formadoras.

Para aprender el discurso de estos actores, pretendemos analizar las producciones históricas que insertará ese trabajador en la condición de agente de salud; las condiciones

actuales; y la lucha política, y sus divergencias y contradicciones. La idea es, en cada país, iniciar con un informante-clave identificado a priori, y a partir del contacto, levantar otros sujetos que puedan participar para contribuir con el enriquecimiento del contexto. Serán realizadas entrevistas semi-estructuradas, como base en el cuestionario en anexo. La observación y análisis del trabajo del Agente tendrán como espacio la contextualización de alguna región del país en estudio, y se tratará de generalizar, caso no sea posible.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. *Políticas Sociais: fundamentos e história*. São Paulo: Cortez, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica/SAS/MS - planilha de cobertura, competência de MAIO de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, declaração de Jacarta, Rede Mega Países e Declaração do México, Brasília, 2001.

_____. _____. *VIII Conferência Nacional de Saúde*. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 05 out. 2011.

CHRISTENSEN, P. B. & KARLQUIST, S. Impacto de Los Promotores de Salud en una Zona de Barrios Pobres de Pucallpa, Perú. “Boletín Oficina Sanitaria Panamericana, v. 109, n. 2, p. 134-144, 1990.

DOIMO, Ana Maria; RODRIGUES, Marta Maria Assumpção. A formulação da nova política de saúde no Brasil em tempos de democratização: entre uma conduta estatista e uma concepção societal da atuação política. *Política & Sociedade*. Florianópolis: UFSC. v.3. p.1-30, out. 2003. *Política Sociedade*, Florianópolis, v. 3, p. 1-30, 2003.

FALEIROS, Vicente de Paula. *Política social do estado capitalista*. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

FERNANDES, Luis. Neoliberalismo e reestruturação produtiva. In: SADER, Emir & GENTILE, Pablo (org). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. P. 54-61.

FLEURY, Sônia Teixeira. A questão democrática na Saúde. In: FLEURY, Sônia Teixeira (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editora, 1997.

FRIGOTTO, Gaudênio. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa Educacional. In: FAZENDA, I. *Metodologia da Pesquisa Educacional*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1991.

GADOTTI, Moacir. *Pedagogia da Práxis*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

GAGNON, A. J. Capacitación e integración de promotores rurales de salud. *Boletín Oficina*

Sanitaria Panamericana, v. 110, n. 4, p. 298-309, 1991.

LESSA, Sérgio. O processo de produção/reprodução social: trabalho e sociabilidade. In: *Capacitação em serviço social e política social*. Módulo 2: Brasília: CEAD – UnB, 1999. p. 22.

LOPES, Marcia Raposo; DURÃO, Anna Violeta; CARVALHO, Valéria. A disputa sobre os sentidos do trabalho e da formação dos agentes comunitários de saúde. In: VIEIRA, Monica; DURÃO, Anna Violeta; LOPES, Marcia Raposo (Org). Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.p. 161-207.

KOSIK, Karel. Dialética do Concreto. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

MARX, Karl. O Capital - Crítica da economia política. Livro I, v. 1, 23. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

MENDONÇA, Maria Helena Matias. *Profissionalização e regularização da atividade do Agente Comunitário de Saúde no contexto da reforma sanitária*. Revista Trabalho educação e Saúde, v. 2, n. 2, p. 353-365, 2004.

MOROSINI, Márcia Valéria; CORBO, Anamaria D'Andrea; GUIMARÃES, Cátia Corrêa. O Agente Comunitário de Saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 261-280, 2007.

NAKATANI, Paulo. A questão metodológica na discussão sobre a centralidade do trabalho. In: Análise Econômica. Porto Alegre (RS), Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS, v. 19, n. 35, mar. 2001.

NUNES, Tânia Celeste Matos. A especialização em saúde pública e os serviços de saúde no Brasil de 1970 a 1989. 1998.194p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1998.

NOVÁS, J.D. & SACASAS, J.A.F., 1989. Del Policlínico Integral al Médico de la Familia. Revista Cubana Medicina General Integral, 5 (4):556-564.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE LA SALUD. *Mijoramiento de la labor de los agentes de salud comunitarios em la atención primaria de salud*. Série de Informes Técnicos 780, Genebra, 1989.

PEREZ, F. Experiências Internacionais em Saúde da Família. In: Relatório Final do I Seminário de experiências internacionais em saúde da família, Brasília: Ministério da Saúde/SPS/DAB Brasil, p.37-38, 2000.

PIRES, Denise. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v.53, p.251-63, 2000.

QUEIRÓS, Agleildes Arichele Leal. A Institucionalização do Trabalho do ACS em Recife. Dissertação (Mestrado) – Recife, Programa Integrado de Pós-graduação em Saúde Coletiva, UFPE, 2008.

RODRIGUES, Máisa Paulino; ARAÚJO, Mariza Sandra de Souza. O Fazer em Saúde: um

novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia Saúde da Família. Revista do CEBES, 2003.

SANTOS, Maria Ruth dos. Perfil dos agentes comunitários de saúde da região de Juiz de Fora - MG. Tese (doutorado), Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.

SERRA, Rose Mary Sousa. Alterações no mundo do trabalho e repercussões no mercado profissional do Serviço Social. In: SERRA, Rose. *Trabalho e Reprodução*: enfoques e abordagens. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: PETRES-FSS/UERJ, 2001.

SILVA, Joana Azevedo da; DAMALSO, Ana Sílvia Whitaker. Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

SOARES, Laura Tavares Ribeiro. O desastre social. Rio de Janeiro: Record, 2003.

STOTZ, Eduardo Navarro.. Necessidades de saúde: mediações de um conceito (1991). Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

VIANA, Valdilene Pereira. A Universalidade do direito à saúde no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002). 2004. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2004.

ANEXOS

ANEXO 1: PARECER DO COEP/FSP/USP, DE 26 DE MARÇO DE 2008

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Trabalho em saúde no início do século XXI na América Latina e Caribe: o Agente Comunitário

Pesquisador: Agleildes Arichele Leal de Queirós

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08646112.7.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 204.734

Data da Relatoria: 22/02/2013

Apresentação do Projeto:

ndn

Objetivo da Pesquisa:

ndn

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

ndn

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

ndn

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

ndn

Recomendações:

ndn

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas. Pela aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7742

E-mail: coep@fsp.usp.br

ANEXO 2: PÁGINA INICIAL DO CURRÍCULO LATTES DO AUTORA

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Agleildes Arichele...
<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizaacv.do?id=K...>

Agleildes Arichele Leal de Queirós

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/1750869374664401>
Última atualização do currículo em 04/02/2013

Possui mestrado em Saúde Coletiva pelo PIPASC/UFPE (2008). Membro do conselho consultivo do CEBES. Tem experiência na formação de trabalhadores do SUS; na gestão da saúde; e em Educação Popular em Saúde, com ênfase em Saúde Coletiva. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Agleildes Arichele Leal de Queirós
Nome em citações bibliográficas	QUEIRÓS, A. A. L.

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2006 - 2008	Mestrado em Saúde Coletiva (Conceito CAPES 3). Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Brasil. Título: A Institucionalização do Trabalho do Agente Comunitário de Saúde em Recife, Ano de Obtenção: 2009. Orientador: Lucil Pradiano Lima. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública.
1999 - 2004	Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Brasil.

1 de 9
11/02/15 02:34

ANEXO 3: PÁGINA INICIAL DO CURRÍCULO LATTES DO ORIENTADOR

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Paulo Capel Narvai)

<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?meto...>

Paulo Capel Narvai

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/8531106709147659>
Última atualização do currículo em 29/01/2015

Paulo Capel Narvai concluiu o doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) em 1997. É graduado em Odontologia pela Universidade Federal do Paraná (1978) e Especialista (1981) e Mestre (1993) em Saúde Pública pela USP. Atualmente é Professor Titular da USP, instituição da qual é Livre-Docente desde 2001, Vice-Presidente da Comissão de Cultura e Extensão Universitária (CCEu) e Coordenador do Curso de Especialização em Saúde Pública (CESP) da FSP/USP. Publicou 4 livros, 31 capítulos de livros e 94 artigos científicos em periódicos especializados. Apresentou 146 trabalhos em eventos, incluindo resumos, conferências, simpósios, palestras e outras formas de comunicação técnico-científica. Ministrou 47 cursos, integrou comissões organizadoras de 40 eventos e participou de 225 eventos técnico-científicos, no Brasil e no exterior. É Professor Convidado de várias universidades brasileiras e das universidades de Sevilla (Espanha), de la Republica (Uruguai), de Antioquia (Colômbia) e Cayetano Heredia (Peru). Integrou 138 bancas julgadoras de mérito acadêmico (defesas de mestrado, doutorado, e concursos públicos). Orientou 21 dissertações de mestrado e 9 teses de doutorado na área de Saúde Coletiva. Colabora com 14 revistas científicas, sendo Editor Associado ad hoc da Revista Brasileira de Epidemiologia, membro do conselho editorial de 3 e revisor de 11 periódicos. Atua na área de Saúde Pública, com ênfase em Saúde Coletiva e Saúde Bucal Coletiva. Em suas atividades profissionais interagiu com 441 autores em co-autorias de trabalhos acadêmicos e técnico-científicos cujas temáticas se referem à Saúde Pública, Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde, Saúde Bucal Coletiva, Fluoretação da Água e Vigilância da Saúde Bucal. É consultor ad hoc da CAPES, da Fapesp e Coordenador Geral do CECOL/USP - Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal (www.cecol.fsp.usp.br). (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Paulo Capel Narvai
Nome em citações bibliográficas	NARVAI, P. C.; Narvai, Paulo Capel; Paulo Capel Narvai

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública. Av. Dr. Arnaldo, 715 - Sala 23 Pinheiros 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 3061.7782 Fax: (11) 30833501 URL da Homepage: www.usp.br/fsp
-----------------------	---

Formação acadêmica/titulação

ANEXO 4: SUBMISSÃO DO ARTIGO NA REVISTA TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE

**ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO**

Saúde Educação Ciência
 Cultura Tecnologia
 Ciência Trabalho Saúde

MENU

VOLTAR

Manuscrito Novo Aguardando Aceitação

Código: 0034.2015

Título: A Medicina Tradicional e a Interculturalidade na política e nas práticas de saúde na Bolívia, no início do século XXI: limites e desafios

Resumo: O artigo aborda as práticas de saúde no espaço comunitário boliviano e discorre sobre a interculturalidade em saúde e a inter-relação entre a medicina tradicional dos povos indígenas e a biomedicina moderna. Trata-se de estudo qualitativo alicerçado no materialismo histórico e dialético. No contexto histórico do início do século XXI, a sociedade e o Estado da Bolívia avançam ao reconhecer o seu plurinacionalismo e a sua interculturalidade e desafiam suas instituições a construir políticas públicas alicerçadas na cosmovisão dos povos originários. Para a saúde, o governo propôs o modelo de Saúde Familiar Comunitária e Intercultural, que tem como objetivo integrar saberes, práticas e atores sociais na defesa de uma saúde intercultural. Porém, mudanças dessa envergadura e alcance se deparam com importantes barreiras e dificuldades, algumas das quais identificadas e analisadas neste ensaio. Conclui-se identificando aspectos relevantes do desafio que tem sido criar estratégias de valorização e interlocução das práticas fundadas na interculturalidade em saúde, sem subordinações.

Palavras-chave: Medicina Tradicional. Interculturalidade em Saúde. Atenção Primária em Saúde. América Latina

Coautores:

Nome	Instituição	Titulação	Cargo/Função	Email
PAULO CAPEL NARVAI	Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo	Doutor em Saúde Pública	Professor Titular	pcnarvai@usp.br

Arquivos Word:

primeira versão enviada

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

ANEXO 5: SUBMISSÃO DO ARTIGO NA REVISTA PHYSIS