



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**



KARDENE PEREIRA RODRIGUES

**A EXPERIÊNCIA DE TRABALHO DAS ENFERMEIRAS NAS AÇÕES DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MARANHÃO NA DÉCADA DE 1980: O
Resgate da Memória**

**SÃO LUIS
2018**

KARDENE PEREIRA RODRIGUES

**A EXPERIÊNCIA DE TRABALHO DAS ENFERMEIRAS NAS AÇÕES DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MARANHÃO NA DÉCADA DE 1980: O
Resgate da Memória**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado.

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientador: Professora Doutora Liberata Campos Coimbra.

SÃO LUIS

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

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

Rodrigues, Kardene Pereira.

A EXPERIÊNCIA DE TRABALHO DAS ENFERMEIRAS NAS AÇÕES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MARANHÃO NA DÉCADA DE 1980: O Resgate da Memória / Kardene Pereira Rodrigues. - 2018. 107 f.

Orientador (a): Liberata Campos Coimbra.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Enfermagem. 3. História. I. Coimbra, Liberata Campos. II. Título.

KARDENE PEREIRA RODRIGUES

**A EXPERIÊNCIA DE TRABALHO DAS ENFERMEIRAS NAS AÇÕES DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MARANHÃO NA DÉCADA DE 1980: O
RESGATE DA MEMÓRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado.

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientador: Professora Doutora Liberata Campos Coimbra.

Aprovada em ___/___/___

COMISSÃO EXAMINADORA

Professora Liberata Campos Coimbra - Orientadora
Enfermeira
Doutora em Políticas Públicas
Universidade Federal do Maranhão-UFMA

Professora Isabel Ibarra Cabrera-1º membro
Historiadora
Doutora em História
Universidade Federal do Maranhão-UFMA

Professora Elza Lima Silva- 2º membro
Enfermeira
Doutora em Fisiopatologia
Universidade Federal do Maranhão-UFMA

Professora Tatiana Raquel Reis Silva-1º suplente
Historiadora
Doutora em Estudos Étnicos e Africanos
Universidade Estadual do Maranhão- UEMA

Dedico esta Dissertação aos meus filhos, Maria Sofia Pereira de Lima e Gabriel Pereira Rodrigues, minha memória de amor.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que me sustenta e me guarda. Ele é a minha pedra angular. Senhor obrigada por tudo que fazes na minha vida e pelo modo sobrenatural como cheguei até aqui.

À “minha” toda minha, Professora Doutora Liberata Campos Coimbra orientadora inteligente, detalhista, técnica, sensível, educada, bem-humorada e feliz. Me orientou, me desconstruiu e me reconstruiu na pesquisa. Felizes aqueles que tiverem entendimento para perceberem o privilégio de a tê-la por perto.

À minha mãe, Maria Pereira Rodrigues, os bastidores, meu tempo e que cuida dos meus filhos como se fossem seus. Não tenho como agradecer. Te amo!

Aos meus filhos, Maria Sofia Pereira de Lima e Gabriel Pereira Rodrigues, por estarem ao redor enquanto eu escrevia, tornando o processo vivo! Eu amo vocês!!!!

Ao meu irmão, Leonan Pereira Rodrigues, Historiador e pesquisador nato que me apoiou na aproximação com a História.

Ao meu Pai, Manoel Rodrigues, me apoiou muito nas conversas de fim de tarde.

As minhas Tias e Avó materna, Domingas Rodrigues, Maria do Socorro Soares Pereira e Vitória Clemente Soares Madeira, pela dedicação e orações.

À minha amiga Doutora Debora Luana Ribeiro Pessoa, as conversas foram reparadoras e revigorantes, obrigada!

Aos meus sobrinhos, Levi Barros Rodrigues, Davi Barros Rodrigues, Yasmin Barros Rodrigues, Cecilia Alves Rodrigues, Benício Alves Rodrigues, Pedro Carneiro Rodrigues, vocês compõem essa história. Amo vocês!!!

Às Enfermeiras participantes da pesquisa, suas memórias são tesouros e me empoderaram como Enfermeira.

À Universidade Federal do Maranhão por ser essa Instituição referência de qualidade, inclusão social e educação pública. O meu sonho era um dia estudar aqui.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), sem a bolsa seria inviável cursar o mestrado e chegar a este trabalho. Continuem e não parem!

Ao PPGENF, Programa de Pós-Graduação de Enfermagem que me orgulha fazer parte e espero sempre honrar.

Aos colegas do mestrado, uma turma ímpar, em especial Kaliny (o sorriso aberto, as coreografias e uma aluna referência), a Mayra (um doce de pessoa e focada), Cleber (foco na perfeição), Daisy (superação).

À Professora Doutora Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim, pelas palavras de incentivo, pelas avaliações de trabalhos e artigos e por ser autêntica nas suas falas e posturas, adoro!

À Professora Doutora Santana de Maria, coordenadora do PPGENF, zelosa e atenta.

Às professoras do PPGENF, Doutoradas, Sirliane Sousa Paiva, Rita Carvalhal, Rosilda Silva Dias, Lucia Holanda, Ana Hélia Sardinha, Arlene Caldas, Dorlene Maria de Aquino, Santana de Maria, Rosângela Fernandes, Lena Maria Barros, Elza Lima e aos Professores Doutores, Helder Machado e Leonardo Hunaldo. Encontros de revelações e sedimentações.

À secretária do PPGENF, Jessica, muito mais do que secretariar.

Ao Professor Mestre Rafael Lima, Chefe do Departamento de Enfermagem – UFMA, muito obrigada pela forma como fui recebida e conduzida durante a substituição, contribuiu muito para o meu mestrado.

À Professora Doutora Elza Lima Silva, obrigada por me receber com respeito e me ensinar muito!

À Professora Doutora Isabel Ibarra Cabrera, que aceitou compor a banca examinadora deste trabalho, confesso que tremi ao ler o seu currículo e ao mesmo tempo me senti honrada, obrigada!

À Professora Doutora Tatiana Raquel Reis Silva, o seu trabalho me empodera enquanto mulher negra, é uma honra ter a sua avaliação.

Aos meus alunos do curso de Enfermagem-UFMA, foram a mola propulsora para a jornada.

*Quero trazer à memória o que me
pode dar esperança.*

Livro de Lamentações, 3:21 - Bíblia

Sagrada

RODRIGUES, K.P. **A EXPERIÊNCIA DE TRABALHO DAS ENFERMEIRAS NAS AÇÕES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MARANHÃO NA DÉCADA DE 1980:O RESGATE DA MEMÓRIA.** 2018. 107 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

RESUMO

Na década de 1980 vivenciava-se a sedimentação do modelo privado hospitalar de saúde e ao mesmo tempo se buscava redesenhar a função das unidades sanitárias estaduais, municipais e ambulatoriais do INAMPS, além de discussões acerca da participação dos profissionais de saúde nas Ações Integradas à Saúde (AIS) que enfatizava a Atenção Primária à Saúde. O trabalho da Enfermagem na Atenção Primária é visto como a efetivação da promoção e proteção à saúde das populações, fazendo uso de conhecimentos tanto das ciências em enfermagem quanto das ciências sociais e de saúde pública, esta declaração foi feita pela *Scope and Standards of Public Health Nursing Practice*. O reconhecimento que a memória é, sobretudo, uma reconstrução contínua e atualizada do passado é consenso entre os estudiosos. O fato é que a memória, é mais uma conjuntura do que um conteúdo, um propósito sempre atingível, um composto de estratégias. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, utilizando como instrumento metodológico a História Oral e analisado pelo conteúdo temático-categorial de Bardin. De acordo com DataSus, no Maranhão da década de 1980 a população residente era de 3.996.445 distribuída entre 129 municípios e em São Luís a população residente era de 449.433 habitantes. No início da década de 1980 o Estado do Maranhão apresentava altas taxas de mortalidade materna e infantil, tendo como as doenças diarreicas, a cobertura vacinal baixa, a baixa adesão ao aleitamento materno, a desnutrição e o índice baixo de gestantes em acompanhamento de pré-natal como fatores que geravam as altas taxas. A taxa de mortalidade infantil era aproximadamente de 130/1.000NV, a segunda maior taxa do Nordeste. Na APS a enfermeira é uma liderança valorosa em territórios de pobreza extrema, atuam na gestão e assistência com ingerência nos processos de reflexão, ações de promoção de saúde e integralidade de cuidados junto a essa realidade. A década de 1980 é considerada como uma das décadas que mais ocorreram mudanças na profissão de enfermagem, com desafio a hegemonia do positivismo que dominava a área da saúde. Na experiência estudada, as enfermeiras envolvidas exerceram de forma autônoma o cuidado principalmente à gestantes e crianças através da consulta de enfermagem. Realizaram pré natal e puericultura em Centros de Saúde podendo ser esta ação considerada pioneira no Maranhão.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. História. Enfermagem.

RODRIGUES, K.P. **THE NURSING WORK EXPERIENCE IN PRIMARY HEALTH CARE ACTIONS IN MARANHÃO IN THE 1980 'S: THE MEMORY RESCUE**. 2018. 107 f. Dissertation (Master degree) - Nursing Graduate Program in Nursing. Federal University of Maranhão, São Luís, 2018

ABSTRACT

In the 1980s, the sedimentation of the private hospital model of health was being studied, and at the same time the aim was to redesign the function of the state, municipal and outpatient health units of INAMPS, as well as discussions on the participation of health professionals in Integrated Health Actions (AIS), which emphasized Primary Health Care. Nursing work in Primary Care is seen as the effective promotion and protection of the health of the population, making use of knowledge of the nursing sciences as well as the social sciences and public health, this statement was made by the Scope and Standards of Public Health Nursing Practice. The recognition that memory is, above all, a continuous and updated reconstruction of the past is a consensus among scholars. The fact is that memory is more a conjuncture than a content, an always attainable purpose, a composite of strategies. It is a descriptive study, with a qualitative approach, using as methodological instrument Oral History and analyzed by the thematic-categorial content of Bardin. According to DataSus, in the Maranhão of the 1980s the resident population was 3,996,445 distributed among 129 municipalities and in São Luís the resident population was 449,433 inhabitants. In the early 1980s the State of Maranhão had high rates of maternal and infant mortality, with diarrheal diseases, low vaccination coverage, low adherence to breastfeeding, malnutrition and low rates of pre-natal follow- factors that generated the high rates. The infant mortality rate was approximately 130 / 1,000NV, the second highest rate in the Northeast. in APS the nurse is a valuable leadership in territories of extreme poverty, they act in the management and assistance with interference in the processes of reflection, actions of health promotion and integrality of care next to this reality. The 1980s are considered as one of the decades that have occurred most changes in the nursing profession, challenging the hegemony of positivism that dominated the health area. In the experiment studied, the nurses involved independently exercised the care mainly to pregnant women and children through the nursing consultation. They performed prenatal and child care in Health Centers and this action may be considered a pioneer in Maranhão.

Keywords: Primary Health Care. History.Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Quadro das Participantes da Pesquisa	54
Quadro 2-Categoria A: Território da Experiência	60
Quadro 3-Categoria B: A Experiência	61

LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CPS - Cuidados Primários de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional da Previdência Social

AIS – Ações Integradas de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

CIE – Conselho Internacional de Enfermagem

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

CAPs – Caixa de Aposentadorias e Pensões

IAPs – Instituto de Aposentadorias e Pensões

IAPAS – Instituto da Administração da Previdência e Assistência Social

SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UFMA – Universidade Federal do Maranhão

PRODIMA – Projeto de Controle de Doenças Diarreicas Infantis no Maranhão

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

TRO – Terapia de Reidratação Oral

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	20
2.1	Geral	20
2.2	Específicos	20
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
3.1	Acerca da memória	26
3.2	O trabalho e sua organização	33
3.3	O processo de trabalho em saúde	33
3.4	O processo de trabalho em enfermagem	39
3.5	O processo de trabalho da enfermeira na APS	43
3.6	O modelo de Atenção à Saúde e sua representação política	44
4	METODOLOGIA	50
4.1	Tipo de Estudo	50
4.2	Local e Período de Estudo	51
4.3	Participantes do Estudo	52
4.4	Técnica de Coleta de Dados	52
4.5	Instrumento de Pesquisa	53
4.6	Análise de Dados	54
4.6.1	Categoria A: Território da experiência	56
4.6.2	Categoria B: A experiência	58
4.7	Aspectos éticos e legais	59
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
5.1	Território da experiência	61
5.2	A experiência	70
6	CONCLUSÃO	81
	REFERÊNCIAS	83
	APÊNDICE A	97
	APÊNDICE B	98
	APÊNDICE C	99

1 INTRODUÇÃO

Em diversos países a Atenção Primária à Saúde (APS) se estabeleceu de maneira estratégica como reorganização, reordenação, recombinação e apropriação de todos os recursos do sistema de saúde, de maneira que os problemas de saúde da população obtivessem respostas. Assim sendo, a Atenção Primária, como sustentáculo da estrutura dos sistemas de saúde, busca suplantar os conceitos mais cerceados que a concebem como apenas um meio de oferta de serviços às populações pobres e vulneráveis (MENDES, 1999; MENDES, 2002).

As possibilidades de melhor desempenho dos sistemas de saúde aumentam quando estes forem organizados tendo como base a Atenção Primária à Saúde, por conta de suas características de acessibilidade, integralidade, e à peculiar organização e otimização de recursos (MEDINA, 2006).

De acordo com Aleixo (2002) a terminologia Atenção Primária à Saúde é concebida como a junção de ações básicas articuladas a um sistema de promoção e integralidade à saúde. Esta referência data desde o fim do século XIX, na cidade de Paris, em 1892, quando o professor Pierre Budin estabeleceu Centros de atendimento para crianças com ações básicas de saúde.

A publicação de um relatório em 1920, no Reino Unido, conceitua e distingue os serviços de saúde em dois níveis, descrevendo as funções em cada nível e como deveria ser a relação entre estes. Os Centros de saúde primários e os Centros de Saúde Secundários, estes obrigatoriamente precisavam do vínculo com os hospitais-escola. A publicação faz referência aos profissionais importantes na atenção à saúde da comunidade, entre eles enfatiza o trabalho da Enfermagem como essencial (MENDES, 2002).

Starfield (2002) afirma que o relatório supracitado proporcionou a base conceitual para regionalização dos serviços de saúde, onde estes devem responder às necessidades da população. Proporcionou também as diretrizes que reorganizaram serviços de saúde em muitos países, contribuição muito importante para a efetivação e funcionamento da Atenção Primária à Saúde.

As experiências de organização dos serviços de saúde intitulados Centros Comunitários ainda no início do século XX, nos Estados Unidos, representaram o início da implementação consistente e articulada de ações básicas de saúde, da forma como a Organização Mundial de Saúde concebe nos dias atuais. As ações incluíam prevenção e assistência médica a crianças, gestantes, doenças venéreas e tuberculose, ademais educação sanitária, meio ambiente e habitação em um território definido e sobre determinada população (ALEIXO, 2002).

Destaca-se no mesmo período referido, a proposta de modificação nos currículos do Curso de Medicina de autoria do professor Abraham Flexner, a mudança apresentava ideologia mecanicista, biológica, individualista, tecnicista e especialista enfatizando a medicina curativa. A doença é analisada apenas como um processo natural e biológico, sendo que questões sociais, coletivas, públicas e da comunidade não eram inseridas e nem consideradas no processo saúde-doença para o processo de formação do médico (PAGLIOSA, 2008).

Os Centros Comunitários de Saúde não se encaixavam no modelo Flexneriano e foram desativados gradativamente, o trabalho que era desenvolvido abordando a questão biopsicossocial da comunidade, família e indivíduo através de ações interdisciplinares e intersetoriais e foi sucedido pelo trabalho médico especializado (ALEIXO, 2002).

Arouca (2003) afirma que o trabalho médico especializado é reducionista, distante do humanismo e que não atende e nem responde as questões relacionadas à saúde da população.

Lima (2011) chama atenção para as implicações deste modelo não só na formação médica, mas também nos sistemas públicos quanto a sua funcionalidade e organização, repercutindo conseqüentemente na organização do trabalho em Enfermagem.

Melo (1986) relata que no século XVI paralelamente com a Revolução Industrial ocorre à institucionalização da Enfermagem como profissão na Inglaterra e os ensinamentos de Florence Nightingale eram divulgados pelo mundo.

A influência dos ensinamentos de Florence Nightingale no Brasil se apresenta nas primeiras décadas do século XX pela chegada de enfermeiras¹

americanas formadas no sistema Nightingale através da Fundação Rockefeller. O controle das epidemias era essencial para as exportações e crescimento econômico, obrigando a formação de enfermeiras para atuarem na saúde pública, sendo criada a primeira Escola de Enfermagem do País (MELO, 1986).

O início do século XX tem outro marco importante que é a participação estatal no setor saúde, financiando, regulando, distribuindo e prestando atenção médica, porém sob a tutela do capital e suas necessidades de controle, reprodução, manutenção da força de trabalho, além das expectativas de expansão da indústria farmacêutica. A ideologia política de negação social é confirmada e sustentada pelo Modelo Flexneriano (ALEIXO, 2002).

O autor supracitado chama atenção para a implementação e funcionalidade da APS na Europa Ocidental em um modelo universalizado e com base em políticas de bem-estar social, mesmo sob a influência do Modelo Flexneriano, enfatizando que este modelo era subordinado ao Estado, afetado pela etiologia social da doença.

O Modelo Flexneriano se apresenta como a base dos sistemas de saúde nos países capitalistas do intitulado Terceiro Mundo, com hospitais de grande porte centralizados e tecnologia biomédica de alto custo, facilitando e acumulando os recursos financeiros em grupos de empresas e corporações profissionais fortes. Os serviços públicos ou filantrópicos formaram a base da assistência nesses países. Cuba foi um dos poucos países em desenvolvimento que optou pela organização do nível de atenção básica como estrutura para o seu sistema de saúde (ALEIXO, 2002).

No Brasil, a repercussão do modelo flexneriano ampliou a segmentação social do trabalho, entre os médicos, donos do saber, e a enfermeira cumpridora do trabalho manual. Entretanto essa segmentação se estendeu dentro da própria enfermagem, com o surgimento de novas categorias que são encarregadas do cuidado direto da pessoa (LIMA, 2011).¹

A grave crise econômica nos anos de 1970 afetou a todos os países, socialistas ou capitalistas. Os socialistas sofreram com maiores gastos com importações e sanções externas, na mesma proporção os capitalistas

¹ O termo enfermeira será adotado neste estudo, por esta categoria profissional se constituir, em sua maioria, por mulheres.

efetuaram fortes restrições aos investimentos sociais, na saúde e na educação. Este cenário produziu empobrecimento da população, miséria e doenças (LIMA, 2011).

Nas décadas de 1970 e 1980, muitos países nas Américas viveram guerra, revolução política e governo totalitário. Durante a última década, as práticas de ajustes econômicos, as pressões da globalização e o impacto de algumas políticas neoliberais contribuíram, juntamente com outros fatores, com as disparidades de riquezas, status e poder dentro dos países das Américas e entre eles, reforçando os impactos negativos sobre a saúde (OPAS, 2005, p. 2).

Em 1977 a Trigésima Assembleia Mundial de Saúde apresenta como meta principal aos países participantes, a obtenção de um nível de saúde para todos, onde todos pudessem alcançar uma vida econômica e social produtiva até o ano 2000. Esta meta foi declarada como “Saúde para Todos no ano 2000”, provocando ações que implicaram na concepção da Atenção Primária à Saúde, sendo em Alma-ata sedimentada as suas bases de organização (STARFIELD, 2002).

Em setembro de 1978 na cidade de Alma Ata, Cazaquistão com produção da Organização Mundial de Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) aconteceu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, tendo como produto final, a expressão que ecoou era a urgência da ação de todos os governos, profissionais de saúde e o desenvolvimento da promoção da saúde para todos no mundo (OPAS, 1978, p. 1).

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OPAS, 1978, p. 1).

É a partir da Conferência de Alma-Ata que vários países experimentam a implantação de ações de APS.

A partir de 1920 observa-se no Brasil a implementação dos Centros de Saúde Escola a primeira tentativa de organização de APS, esses Centros de Saúde propostos por Paula Souza em São Paulo tinham a proposta de ofertar ações integralizadas enfatizando a educação sanitária e promoção da saúde (TEIXEIRA, 2006).

Em 1960 a criação da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) destaca-se como outra iniciativa de organização da APS, especialmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, organizando e operacionalizando serviços de saúde pública e assistência médica. Nos estados observa-se a expansão dos Centros de Saúde através das Secretarias de Estado da Saúde com ações predominantemente para atenção materna – infantil com ênfase no enfrentamento das grandes epidemias (LAVRAS, 2011).

Para Melo (1986) a década de 1970 retrata um momento de crise para o setor saúde com uma política que priorizava a medicina previdenciária, precarizando as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, excluindo ainda o saneamento básico. Favorecendo a expansão das especialidades médicas e, subsequentemente, a divisão social do trabalho, fragmentando o conhecimento em disciplinas e ciências individualizadas. A compartimentalização do conhecimento em disciplinas e ciências individualizadas, resultou em um parcelamento do trabalho comprometendo a integralidade do cuidado.

Concomitante ao cenário descrito anteriormente, acontecem as primeiras experiências de medicina comunitária influenciadas pelo movimento de reforma sanitária e apoiadas pelas Universidades Públicas. Estas experiências marcaram a inserção de alguns municípios no desenvolvimento da APS. As experiências foram diversificadas e sob a responsabilidade de alguns municípios brasileiros, entre eles Campinas, Niterói, Londrina, Montes Claros, Teresina, São Luís, Cotia, Sete Lagoas, Pelotas e Joinville.

O entendimento da enfermagem comunitária e assistência primária à saúde surge como pressupostos capazes de atenuarem as tensões disseminadas pelo cenário de crise referido. O ambiente hospitalar enquanto espaço de trabalho para a enfermagem é predominante, ficando a Atenção Primária sob a responsabilidade das categorias auxiliares e incumbindo as enfermeiras a função de coordenar, treinar e supervisionar estas (LIMA, 2011).

Santos (2007), afirma que a década de 1970 é o marco da estratificação da profissão da enfermagem, inserção de mulheres de classe média baixa, com necessidade de mais de um emprego, acentuando a divisão social do trabalho entre atendente de enfermagem, auxiliar de enfermagem, técnica de enfermagem e enfermeira.

A partir da década de 1970 a enfermeira é responsabilizada pela capacitação de pessoas em nível técnico e auxiliar, organização e gerencia de serviços. Além de realização de diagnósticos, prescrição de medicamentos e solicitação de exames baseados nos protocolos do Ministério da Saúde (LIMA et al, 2013).

Fagundes (2007) relata que na década de 1970, o Ministério da Saúde pretendia expandir as ações de saúde pública no país e uma das medidas para que isto acontecesse foi à inserção de forma crescente do trabalho das enfermeiras nos Programas de Atenção Integral a Saúde da Mulher e da Criança, no controle da Tuberculose, da Hanseníase e da Diabetes a perspectiva era de extensão da cobertura dos serviços e reversão dos indicadores de mortalidade e morbidade.

Na década de 1980 vivenciava-se a sedimentação do modelo privado hospitalar de saúde e ao mesmo tempo se buscava redesenhar a função das unidades sanitárias estaduais, municipais e ambulatoriais do INAMPS, além de discussões acerca da participação dos profissionais de saúde nas Ações Integradas à Saúde (AIS) que enfatizava a Atenção Primária à Saúde (OLIVEIRA, 1984).

A enfermagem mobiliza se em torno da regulamentação do exercício profissional pela Lei 7498 e Decreto 94.406 de 1987 que apresenta a consulta de enfermagem entre as atividades próprias do enfermeiro, sendo que esta vem promover a efetivação das AIS (BRASIL, 1986; BRASIL,1987).

Resgatar a memória das enfermeiras que vivenciaram a experiência de trabalho nas ações de Atenção Primária à saúde na década de 1980 no Maranhão pode elucidar o contexto vivido e elucidar os significados deste contexto.

Para Padilha e Borenstein (2006), a libertação das enfermeiras quanto a heranças passadas no contexto de pratica de cuidado vem pelo

conhecimento das correntes socioeconômicas, culturais e políticas que influenciaram ao longo da história.

Ao longo do tempo a enfermagem constrói e desconstrói a sua história, liberando-se de paradigmas e introduzindo outros mais próximos da compreensão de enfermagem como ideia, como corpo político-social que molda opiniões (PADILHA, 1991).

Graduados de programas de enfermagem que não conheçam a sua herança não estão orientados de forma adequada para a profissão, pois o conhecimento da sua história fornece um senso de identidade profissional (PADILHA; BORENSTEIN, 2006).

Para Dosse (2001) a memória está no núcleo de uma questão essencial que une a identidade individual e coletiva. A memória pode ser reinvestida como compreensão aberta para o futuro, reapropriação coletiva vinculada com o presente.

Considerando os aspectos apresentados, revela-se a importância de um estudo que resgate a memória das enfermeiras que atuaram nas ações de Atenção Primária à Saúde no Maranhão na década de 1980, de modo a contribuir com a identidade profissional dentro do contexto de Atenção Básica à Saúde na atual conjuntura.

Desta forma, elaboramos a seguinte questão de modo a nortear o desenvolvimento deste estudo: Qual o estado da arte do trabalho das enfermeiras nas ações de Atenção Primária à Saúde no Maranhão na década de 1980 resgatado por suas memórias?

Os pressupostos deste estudo é que o trabalho das enfermeiras foi protagonista nas ações de Atenção Primária à Saúde no Maranhão na década de 1980 e suas memórias podem contribuir para formação da identidade profissional das enfermeiras que atuam na Atenção Básica de Saúde no Maranhão.

2OBJETIVO

2.1 Geral

Resgatar a memória da experiência do trabalho das enfermeiras nas ações nas ações de Atenção Primária à Saúde na década de 1980 no Maranhão.

3FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Enfermagem tem muito a construir com a História, esta aproximação pode proporcionar o conhecimento de realidades organizacionais e assistenciais contemporâneas por um novo caminho.

De acordo com Barreira (1999) a construção de uma memória coletiva através de estudos históricos é de muito interesse para a enfermagem, pois possibilita a conquista da consciência do que realmente somos, à medida que é produto histórico, aumento da autoestima coletiva e a ação de reedificar a identidade profissional.

A forma como as enfermeiras adentram ao mundo do trabalho, além de suas inferências subjetivas, pertencentes ao encadeamento de formação e cotidiano profissional, tem consequências sociais, pois a maior parte de suas vidas é ocupada pelo trabalho, que é também um emprego, isto é, aponta na hierarquia das profissões quanto ao prestígio o seu lugar (BOURDIEU, 1989).

Almeida e Barreira (1997) rememoram sobre as origens/religiosas e militares/ da Enfermagem e que esta é dominada pelas mulheres e direcionada aos mais pobres. Enquanto serviço, esta foi organizada para ser o sustentáculo dos serviços de saúde assegurando a produção e reprodução da força de trabalho. À vista disto, reconhece-la no campo da saúde necessita de novas categorias que a apreciem e a percebam, ou melhor, emergir uma nova identidade da enfermeira, diferente da identidade aceita pelos que monopolizam a expressão no mundo social.

A preservação dos elementos básicos da Enfermagem (conhecimento técnico-científico, educativo, ético, artístico, filosófico, político, social) é permitido pela memória e que aponta o que poderá ser transformado em referência e identidade da profissão relacionando-se com as outras profissões e a sociedade. A lembrança sedimenta as experiências do grupo social permitindo a comunicação às novas enfermeiras. São pelas experiências que o conhecimento se acumula e este deve ser motivo de orgulho para a classe e próximas gerações de enfermeiras (BORENSTEIN; PADILHA, 2011).

3.1 Acerca da memória

De acordo com Le Goff (1994) a memória é a peculiaridade de manter certas informações, especificidade que se refere a um composto de funções psíquicas que possibilita a pessoa renovar impressões ou informações passadas, ou produzir nova interpretação como passadas.

Nos alicerces da História está a memória, emaranhando-se com o documento, com o monumento e com a oralidade. Porém somente no final da década de 1970 que se tornou objeto de reflexão dos historiadores (SILVA; SILVA, 2006).

Os autores supracitados afirmam que os historiadores iniciaram a apropriação da memória como objeto da História, sendo a História Oral o principal campo trabalhado por esta. A preocupação de muitos estudiosos está em compreender as formas da memória e como esta atua sobre o nosso entendimento do passado e do presente.

Para Menezes (1984) a memória é o alicerce da identidade, a define como o dispositivo de retenção de informações, discernimento, experiência individual ou social, estabelecendo -se em núcleo de atribuições que vincula, classifica os aspectos multiformes de realidade, atribuindo-lhes lógica e clareza.

Halbwachs (2013) afirma que a percepção e análise do fenômeno da recordação e da localização precisa que os contextos sociais sejam adicionados para que estes sirvam de sustentação para a reconstrução da memória. A memória pode ser entendida como fragmentos do passado que ressurgem no presente, através do pensamento de cada pessoa, ou como a nossa capacidade de guardar informações pertencentes a acontecimentos que foram vividos no passado.

Para Davidoff (2001) a memória individual é entendida pelo modelo espacial apresentando como certo que os sistemas de memória são compostos pela retenção e codificação; armazenamento e recuperação.

Todo conteúdo entendido é apreendido e codificado para depois ser retido, sendo que a codificação das informações organiza para a estocagem. Durante este processo os conteúdos podem ser traduzidos de uma forma para outra, isto é, para imagens, sons ou ideias que tenham significado. Depois da codificação da experiência, a mesma pode ser guardada (DAVIDOFF, 2001).

De acordo com Oliveira (2017) a memória não pode ser comparada a um *chip* de computador, onde a informação é salva de forma automática e até mesmo programada, ficando à espera da solicitação de acesso. De maneira oposta, o repositório parece externar um sistema complexo e dinâmico com alterações de acordo com a experiência. A busca e o resgate de informações são o momento da recuperação.

O reconhecimento que a memória é, sobretudo, uma reconstrução contínua e atualizada do passado é consenso entre os estudiosos. O fato é que a memória, é mais uma conjuntura do que um conteúdo, um propósito sempre atingível, um composto de estratégias (NORA, 1984 apud CANDAU, 2008).

Carvalho (2006) apud Halbwachs (1950) ao afirmar que a memória individual sempre nasce de uma memória coletiva, em virtude de que as recordações são compostas internamente no grupo. As diversas ideias, reflexões, sensações, paixões que outorgamos a nós são efetivamente sugeridas pelo grupo. A memória individual está ligada uma intuição sensível, uma vez que no alicerce de toda recordação há um estado de consciência simplesmente individual, se diferenciando das concepções em que são adicionados elementos do pensamento social.

De acordo com Silva e Silva (2006) a memória não é apenas individual. O maior interesse do historiador é a memória coletiva, que vem a ser o conjunto de lembranças vivenciadas pela pessoa ou que lhe foram contadas, porém que não lhe pertencem somente, e são compreendidas como particularidade de uma comunidade.

Para Halbwachs (2013) há uma clara diferença entre memória coletiva e memória histórica, em razão de, enquanto existe uma História, existem muitas memórias. Para o referido autor a História representaria fatos distantes, enquanto a memória fatos vividos. Montenegro (2001) é contrário a essa ideia, pois considera que apesar de haver uma diferença entre História e memória, essas são indissociáveis, pois enquanto a História é uma estruturação que preserva o passado do ponto vista social, outrossim por meio da memória o processo encontra paralelos em cada indivíduo.

O estudo histórico da memória coletiva começou a se expandir através da investigação oral. Essa categoria de memória tem algumas especificidades, inicialmente, circula em torno quase sempre de lembranças do

dia a dia do grupo, por exemplo, epidemias, bons remédios, quase não fazendo referências a eventos históricos valorizados pela historiografia, pretendendo idealizar o passado. Seguindo, a memória coletiva alicerça a própria identidade do grupo ou comunidade, porém habitualmente tem a tendência a ligar-se a um acontecimento analisado como fundador, resumindo o passado (SILVA; SILVA, 2006).

Ainda segundo Silva e Silva (2006) a reelaboração dos fatos pela memória coletiva é constante. A História trabalha com o acontecimento disposto para e pela sociedade, à medida que para a memória a reação do indivíduo é o principal. A memória traz para a superfície o que está submerso, ora do indivíduo, ora do grupo, já a História trabalha com que a sociedade publica.

De acordo com Montenegro (2013) há correntes contrárias ao uso de depoimentos orais como fonte da História, pois estas são fontes construídas pela memória, e esta refaz a realidade vivida pela imaginação.

Ademais dos conceitos de memória individual ou coletiva, a classificação de memória pode ser de outra forma: pessoal e a outra social; ou ainda, memória autobiográfica e memória histórica. A memória pessoal estaria herdando da memória social, pois a nossa história pessoal faz parte também da história geral. Esta por sua vez, é bem mais extensa, sendo para nós o passado de forma resumida e esquemática, no tempo em que a memória de nossa vida nos mostraria uma perspectiva mais densa e contínua. O fato vivido propicia maior apego do que o contato através dos livros (HALBWACHS, 2013, p. 79).

Sob outra perspectiva, é pela memória histórica que um acontecimento externo à nossa vida deixa sua marca em um dia ou hora específica, e, é a partir dessa marca que relembramos esse momento. A identificação entre nossa existência e momentos anteriores ocorre à medida que estes foram vividos por outras pessoas que compõem o grupo. Adjacente de uma história escrita, há uma história viva, onde encontramos sempre uma grande quantidade de correntes antigas que supostamente desaparecem (HALBWACHS, 2013).

Para o autor supracitado as nossas lembranças se mantêm coletivas, pois por mais que tenhamos a sensação de ter vivenciado

acontecimentos e observado objetos que apenas nós vimos estas podem ser lembradas por outros. O autor afirma, nunca estamos sós, mesmo na ausência física de outros, visto que os levamos conosco em pensamento. Halbwach (2013, p. 31) menciona que “Para confirmar ou recordar uma lembrança, não são necessários testemunhos no sentido literal da palavra, ou seja, indivíduos presentes sob uma forma material e sensível”.

Le Goff (1990) apresenta a memória na perspectiva coletiva e esclarece o seu desenvolvimento até a memória histórica. Refere ainda, que a memória dos povos sem escrita é coletiva, esta tende à confusão entre mito e história, tem proveito pelos conhecimentos que descrevem fazeres e técnicas de compreender profissional e está fundamentada na estruturação social.

O autor supracitado afirma que a memória oral foi sucedida pela memória escrita e a memória coletiva foi modificada para história, explana que a memória coletiva foi substancialmente alterada com o desenvolvimento da oralidade para a escrita e que a memória coletiva se transforma em história a partir que foram gravados os feitos dos reis. Afirma que a memória histórica está sujeita à memória coletiva.

Para Peralta (2007, p.15) a memória pode ser reconhecida como sistema cultural, pois ao relacionar acontecimentos passados com acontecimentos presentes a memória é, de fato, parte integrante dos dispositivos de incumbência de interpretações próprias de uma cultura.

A memória é social porque nela influem os constrangimentos sociais próprios de determinado grupo. A memória é social porque pressupõe sempre uma relação de partilha cultural no seio do grupo social, mas também a memória é social principalmente porque é um sistema de organização e mediação cultural do ato mental de recordar (PERALTA, 2007, p. 15).

Gondar (2005) afirma que o conceito de memória social é transdisciplinar por ser composto de várias significações e por expor uma diversidade de símbolos que demonstram polissemia, transversalidade e transdisciplinaridade. Assegura que não há isolada com capacidade de dar respostas à complexidade do conceito de memória social, uma vez que diversos formatos histórico-sociais erguem-se produzindo entendimentos distintos de memória social.

Torino (2013) corrobora com a afirmação de Menezes (1984) esclarece que o autoconhecimento e a compreensão do mundo têm suas raízes no passado, e, é de lá que buscamos o que nos mantém vivos e identificados culturalmente, a memória.

Segundo Dodebei (1997, p. 71) “ao falarmos em memória, falamos em representação”.

A memória resgatada pelas enfermeiras participantes do estudo pode representar a identidade profissional no passado, presente e futuro.

3.2 O trabalho e sua organização

De acordo com Peduzzi (1998), as pessoas em sociedade, constroem e reconstróem sua existência, o trabalho é um fazer humano, não somente no nível físico, mas também no nível da subjetividade, ambos com mutuo condicionamento. Desta forma Kantorski(1997, p.5)descreve que “o trabalho é fundamental no processo antropogenético do ser humano.”.

O trabalho se apresenta como um elo entre o humano e a natureza, resultando na formação de valores de uso, ou seja, “coisas que sirvam para satisfazer a necessidade de qualquer natureza” (MARX, 1985, p.201). Afirma ainda Marx (1985) que o trabalho é uma característica fundamental do ser humano, tendo este como diferenciação em relação a todos os outros tipos de trabalhos no mundo natural.

A intencionalidade é uma característica básica do processo de trabalho realizado pelo ser humano. O oposto do trabalho do ser humano é o dos animais, que fazem de forma irracional, sendo que os seres humanos conseguem idealizar o resultado de seu trabalho sem antes ter começado (MARX,1985).

Levando em consideração a magnitude desta característica, Cyrino (1993, p.15) confirma que a intencionalidade do trabalho é a “capacidade que proporciona ao ser humano desassociar no tempo e espaço a concepção do projeto de sua execução”. Permitindo assim que o conseguir um determinado produto não é algo inesperado, acidental, mas que foi encaminhado por dedicação manifestada durante toda a trajetória do trabalho.

O trabalho humano produz valores de uso e é também um trabalho idealizado e, desta forma, imaginado pelo trabalhador, ou seja, o planejar faz parte do trabalho humano, sendo esta ação diferenciadora. Entretanto, não é suficiente apenas planejar aquilo que será feito, é necessário que haja um elo com a natureza, de modo a retirar desta os elementos essenciais à produção que se deseja.

Afirma Marx (1985) o processo de trabalho se caracteriza como uma interdependência entre três componentes necessários: a função adequada a um fim, que o autor define como o próprio trabalho; o objeto, que é o próprio elemento sobre o qual se aplica o trabalho; e os meios de trabalho, que se desenham como a ferramenta a ser utilizada no processo de produção.

A pessoa, neste caso, o agente, é parte integrante do processo de trabalho que ocorre no recôndito das relações entre o objeto de intervenção, as ferramentas e as funções, assim como no interior do processo da divisão do trabalho. Desta forma, por intermédio do fazer das funções próprias de sua área profissional, cada pessoa realiza a alteração do objeto em um produto que efetiva a finalidade instalada, desde o começo, como intencionalidade daquele trabalho específico.

Assimila-se como objeto de trabalho todo elemento sobre a qual o trabalho se aplica, vindo diretamente da natureza, ou resultado da natureza transformada, ou seja, de onde já houve uma ação de trabalho, caso das matérias-primas. A intermediação da ação do trabalho com o objeto de trabalho é feita através dos meios de trabalho, que são os instrumentos. Marx (1985, p.203-204) define:

O meio de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador insere entre se mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto. Ele utiliza as propriedades mecânicas, físicas e químicas das coisas para fazê-las atuarem como forças sobre outras coisas, de acordo com o fim que tem em mira [...] O que distingue as diferentes épocas não é o que se faz, mas como, com que meios de trabalho se faz.

O uso de delimitados instrumentos e do conhecimento são intencionais, ou seja, são articuladamente utilizados para a fabricação do produto a que se deseja alcançar. Sendo, a transformação do objeto de trabalho, desenhando este em aspecto útil que atenderá as necessidades que não são, necessariamente, suas (CYRINO,1993).

De acordo com Rocha (1990, p. 10) existem dois grupos de instrumentos que concedem a potencialização do trabalho: Os que servem para tomar o objeto para si, e refletem de forma mais imediata à medida intelectual do trabalho e os que servem para realizar nele a mudança pretendida e condizem de forma mais aproximada, a medida manual do trabalho.

É esta medida intelectual, qualificada também de conhecimento e compreender que assenti à pessoa interferir em seu processo de trabalho, se apossando da matéria existente na natureza e modificando-a em objeto de trabalho.

O conhecimento é, portanto, a antecipação do produto, permitindo ao trabalhador associar a medida intelectual e manual, de modo a agradar as necessidades dos grupos sociais.

Marx (1985, p.205) relata o processo de trabalho declarando que

No processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre que atua por meio do instrumento de trabalho. O processo extingue-se ao concluir-se o produto. O produto é o valor-de-uso, um material da natureza adaptado às necessidades humanas através da mudança de forma. O trabalho está incorporado ao objeto sobre que atuou.

A capacidade que o ser humano dispõe de adequar ou transformar a natureza para atender às suas necessidades, e também a de outros, ocasiona valor de uso que, no início, não tem a intenção de produzir excedente. Entretanto, como o modo de resultado capitalista espera principalmente à acumulação de capital, nele o trabalho passa a se estabelecer em valor de troca, admitindo-se a condição de mercadoria, e sujeito a regulação do mercado. Dessa forma, o trabalho passou a ter dupla finalidade: a de resultar valores de uso e valores de troca (VARELLA; PIERANTONI, 2008).

Nessa linha de raciocínio, podemos caracterizar o trabalho como sendo um processo de produção e reprodução que acontece porque a pessoa mostra, no transcorrer de sua história, construção de necessidades de forma histórica e social, e que deverão serem atendidas.

De acordo com Rocha (1990) esclarece dois atributos essenciais do trabalho humano. O primeiro sobre à sua sociabilidade, já que se não estruturado em conjunto de pessoas, o ser humano não vive e não trabalha. As

demandas que transformadas intelectualmente em objetivos referenciam todo processo de trabalho não são as demandas dele, são as demandas do conjunto que deve ser reproduzir enquanto conjunto.

Ainda segundo Rocha (1990) o segundo atributo sobre à sua historicidade, refere que as demandas sociais compõem uma extensa teia constituída de conexões de sentidos, sendo que a satisfação do ser humano através do trabalho retrata a sociedade toda e relativamente integrada. Sendo as demandas sociais determinadas historicamente e presentes.

Então, o entendimento é as demandas que geram objetivos não são as demandas pessoais, contudo as de um limitado grupo social. São, à vista disso demandas coletivas. A realização não é resultado de um trabalho pessoal, mas de um trabalho social, relacionado a uma agregação de diversos trabalhos que, ao término, significarão a demanda a ser atendida.

Na afirmação de Mendes-Gonçalves (1994) o que resulta do processo de trabalho consiste no produto desejado, concebido no trabalho social de um conjunto, à medida que expressa o trabalho na sociedade como um todo, logo cada produto sobrevém de diversos trabalhos articulados, cujas as demandas, aspectos de satisfação e o estabelecimento de relações entre os seres humanos, através do seu trabalho, variam nas diversas épocas históricas.

Entende-se o processo de trabalho se transformando no seguimento dos anos, persuadido pela forma de produção capitalista que foi sedimentada após a Revolução Industrial, no século XVIII, e que mobiliza a estrutura social até a contemporaneidade.

Afirma Gorz (2007, p. 24)

A ideia contemporânea do trabalho só surge, efetivamente, com o capitalismo manufatureiro. Até então, isto é, até o século XVIII, o termo trabalho (*labour, Arbeit, lavoro*) designava a labuta dos servos e dos trabalhadores por jornada, produtores dos bens de consumo ou dos serviços necessários à sobrevivência que dia após dia, exigiam ser renovados e repostos.

A função assalariada e introdução de uma base técnica se constitui como uma grande mudança trazidas pela Revolução Industrial, iniciada na Inglaterra, provocando alterações expressivas nas políticas e sociedade, é a conversão de uma sociedade agrária para uma industrial (KANTORSKI, 1997).

Varella e Pierantoni (2008) descreve que o trabalhador tem o seu trabalho e o capitalista tem os meios de produção sob seu domínio com os quais o trabalhador deve operar. Desta maneira o trabalhador comercializa sua força de trabalho por um determinado período de tempo e não na forma de quantidade de trabalho contratado, o trabalho começa a ter valor de troca no comércio.

O pertencimento à dimensão pública é pelo trabalho remunerado mais particularmente pelo trabalho assalariado, é a partir desse momento que somos inseridos em uma rede de relações e de conexões, lugar de equiparações e apropriação de certos direitos, em troca de certos deveres (GORZ, 2007, p.21).

A obtenção de uma remuneração, não importando o conteúdo da atividade e nem o que ela pode proporcionar de realização pessoal, contudo o que se pode ofertar em salário é o trabalho, legitimado socialmente e fundamentado no valor de troca, sendo este uma construção social. As leis de mercado concebem o trabalho assalariado exercido na esfera pública.

Com a racionalização da forma de produção econômica denominada capitalismo, o trabalho passa a ser uma atividade privada subjugada às privações naturais, entretanto ao mesmo tempo que é despido do seu caráter demarcado e subalterno para torna-se prática criativa, enunciação de potência universal, ele também desumaniza aqueles que o realizam (GORZ, 2007).

Mendes-Gonçalves, 1992 afirmam que o sistema capitalista o trabalho sofre o reducionismo à condição de função, sem que o projeto de resultado e o objetivo pretendido sejam subordinados a vontade do trabalhador, se caracterizando como formas específicas de alienação do trabalho.

A forma capitalista promove ao trabalhador ao ser inserido no processo produtivo, a perda de sua personalidade, de sua peculiaridade e de suas vontades, tornando-se apenas força de trabalho, servindo a objetivos que lhe não fazem sentido e indiferentes (GORZ, 2007).

A identificação com do trabalhador com a função que exerce é muitas vezes nenhuma. O fazer acontece de forma mecânica e sem entendimento, torna-se um meio de subsistência. Portanto, o trabalho o aliena.

Marx (1985) conceituou alienação do trabalho procurando demonstrar a injustiça social que havia no capitalismo, declarando que este é

um regime econômico de exploração, tendo como objetivo a proteção dos lucros aos possuidores dos meios de produção.

O sentimento de existir em função do trabalho que desempenha é uma marca do capitalismo, excluindo a individualidade e as motivações pessoais e sendo na maioria das vezes uma forma subsistência. Não há espaço para a conotação pessoal ou de valorização do ser humano.

A divisão social do trabalho provém da racionalização econômica do trabalho contida em inúmeras possibilidades de trabalhos permutáveis e apáticos, com o objetivo, em uma exigência, a perspectiva de ajuntamento de capital. A divisão é desse modo, uma forma prática e útil de usar a força humana para a produção do capital, fragilizando, entretanto, as possibilidades individuais de cada ser humano. A reflexão desse processo está presente nos dias atuais, nos diferentes setores da economia, em que se encontram os trabalhadores da saúde, no lugar em que a divisão social se expressa na relação entre a prática hegemônica e as demais práticas sociais (GORZ, 2007).

De acordo com Antunes (1999) a subordinação estrutural do trabalho ao capital se deu através da divisão do trabalho, seguindo esta lógica de produção muitas alternativas tecnológicas – organizacionais foram efetuadas pelo possuidores do capital, expectando dominar o trabalho e elevar a margem de lucro, mantendo nos períodos de crise, como a introdução de novas tecnologias ou através de arranjos, como extensão da jornada de trabalho, redução de salários ou alternativas de organização do trabalho.

O modo de produção capitalista apresentou modos de produção em massa, instalando-se no mundo do trabalho e no trabalho em saúde, controlando o trabalho alienado, a força de trabalho comprada e vendida, e do controle do tempo de produção com o objetivo de extinguir o tempo do trabalho improdutivo. O processo de racionalização do trabalho se instala, concretizando-se com Taylor e a proposta de execução de tarefas com o estabelecimento de controle sobre o tempo e movimentos por uma gerência. O fordismo adota além dos conceitos de Taylor, introduzem a linha de montagem, onde a máquina é a controladora automática do tempo (KANTORSKI, 1997; PIRES, 2008).

Afirma Antunes (1999) que o trabalho fragmentado e parcelado se torna a base dos padrões produtivos, a redução da ação do trabalhador está

baseada na separação e repetição de atividades. Permitindo declarar que o modelo taylorista/fordista diminuía os afazeres humanos a simples movimentos de rotina, previamente determinados, mecânicos e rigidamente controlados, sem exigência de habilidade cognitiva para o fazer, proporcionando a alienação do trabalhador.

No setor saúde a forma de organização contribui para fragmentação do trabalho, onde, com o crescimento do avanço tecnológico, várias tarefas até esse tempo executadas por médicos foram designadas aos trabalhadores de enfermagem, evidenciando-se a divisão entre o fazer intelectual (médico) e o fazer manual (enfermagem). Os padrões do trabalho nas fábricas implementados após estudos de tempo e movimento foram os mesmos utilizados para organizar o trabalho em enfermagem, sendo este direcionado para as tarefas e procedimentos partilhados conforme a qualificação das pessoas (KANTORSKI, 1997).

Para Antunes e Alves (2004) as novas formas liberais de trabalho têm aparecido por conta da diminuição do binômio taylorismo/fordismo reduzindo o proletariado industrial tradicional, acarretando a redução de trabalhadores estáveis de empregos formais.

A situação do setor saúde no Brasil está ao lado das tendências expostas, demonstrando sobrecarga de trabalho, remuneração baixa e inconstantes vínculos empregatícios, com contratos temporários, resultando em insatisfação e aversão nos profissionais. Segundo Kantorski (1997), o regulatório lento do sistema brasileiro de saúde, com diminuídos recursos destinados ao setor e a não plena execução do sistema mostram como as conversões ocorridas modificam o mundo do trabalho, estabelece o mundo do trabalho em saúde, indeferindo muitas vezes na sua capacidade de organização.

No mundo do trabalho contemporâneo outra significativa tendência é o crescimento da mão-de-obra feminina. Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que no ano de 2013 houve um aumento de 3,91%, no número de mulheres que passaram a fazer parte do mercado de trabalho em detrimento a um aumento de 2,57% do número de homens. Este aumento, contudo, se apresenta em um movimento inverso quando se trata de remuneração, na qual os níveis são em média inferiores àqueles recebidos por

homens, verificando-se o mesmo em relação aos direitos sociais e do trabalho, que também se apresentam de forma desigual. Sendo assim, o mundo do trabalho também acentuou a divisão sexual do trabalho, retendo as mulheres a sobrecarga de trabalho, a redução de filhos ou a decisão tardia em tê-los, o encarceramento em posições inferiores, ademais a precarização do trabalho feminino (ANTUNES; ALVES,2004; ANTUNES, 1999; IBGE,2013).

Na divisão sexual do trabalho as funções de geração ou aquelas de capital intensivo são realizadas de forma predominante por homens, à medida que as funções de trabalho mais intensivo, com menor necessidade de qualificação, são preferivelmente designadas às mulheres trabalhadoras, outrossim a mulheres negras, imigrantes e indígenas (HIRATA, 2002).

Antunes (1999) afirma que a retração do mercado de trabalho industrial e de serviços se desdobra na expansão dos assalariados médios e de serviços, particularmente nas últimas décadas do século XX, expondo um quadro de desemprego estrutural.

O setor de serviços tem um considerado crescimento, sendo este um importante setor de acumulação capitalista, que abarca funções fora da produção material e que são essenciais para a vida em sociedade, são estabelecidos como atividades de utilidade imediata, acontecendo no âmbito de um consumo privado, individual ou coletivo. O trabalho em saúde inclui-se nesse setor da economia a partir da década de 1970 no Brasil (NOGUEIRA, 1994).

3.3 O trabalho em saúde

A economia é constituída de vários setores, o setor terciário é aquele em que o trabalho humano é mais distante da relação direta com a natureza, o trabalho em saúde insere-se neste setor. “O trabalho em saúde caracteriza-se como um trabalho de reflexão reservado para à prevenção, promoção ou reabilitação da saúde, sendo esta imprescindível à sociedade” (PEDUZZI, 1998, p.42). A caracterização do trabalho em saúde como reflexão se dá pela forma como as necessidades de saúde pessoas/agentes são capturadas e entendidas, guiadas pelas pessoas/usuários, os quais as percebem e se deslocam ao serviço.

De acordo com Peduzzi (1998, p.48) a envoltura desses diferentes profissionais, que realiza as funções próprias de sua especialidade, estabelecem processamentos que concluem e acrescentam probabilidades de “compreensão e dedicação às demandas de saúde dos usuários, em agilidade e efetividade”. Pires (2008) afirma que para a vida humana é essencial o trabalho em saúde, sendo que este se caracteriza como produção não-material, e se integralizando no seu fazer.

Os atendimentos das necessidades de saúde dos usuários ocorrem através de ações de diversas categorias profissionais, como, por exemplo, o médico, as trabalhadoras de enfermagem, a fisioterapeuta, o farmacêutico, dentre outras, realizam suas funções sobrepondo atributos da divisão parcelar do trabalho, fragmentação de tarefas.

Observando-se a sociabilidade e historicidade do trabalho em saúde, Nogueira (1997) descreve três proporções interdependentes desse trabalho, a saber: tem características do processo de trabalho geral, indústria e outros setores da economia; que toda assistência prestada se configura um serviço; e que esse serviço se fundamenta em uma relação mútua profundamente pessoal.

Desta forma, discorre -se que o trabalho em saúde se associa a todo trabalho humano através das características como a propositalidade, a singularidade, a inteligência, a competência de socialização e seu processo sistemático. Peduzzi (1998, p.24) declara que “Apenas a ação do agente possibilita a dinâmica essencial do trabalho que acontece entre os objetos, saberes e instrumentos materiais e atividades”. Ainda, segundo Peduzzi (1998, p.24) há uma diferenciação entre duas formas de trabalho em saúde. “Uma como função genérico-assistencial, quando repercute utilidade a outras pessoas, cumprindo uma função indispensável ou uma necessidade social”; a segunda forma é como função rotineira, fundamentada no fato de a vida habitual ser considerada como espelho do ser particular.

É imprescindível compreender que o trabalho em saúde não é exercido sobre coisas, sobre objetos, e sim sobre pessoas, ocorrendo uma interdependência entre o prestador do serviço e quem o recebe. Deste modo, quem o recebe compartilha de todo o processo de trabalho, propiciando valores essenciais a esse processo. No trabalho em saúde o ser humano sempre é

referido como objeto de trabalho, na esfera do trabalho em saúde, considerável incorporar a objetividade e subjetividade que lhes são peculiares, desta maneira as relações interpessoais entre usuário e agente precisam da aplicação dos diversos instrumentos (saberes e materiais) (NOGUEIRA, 1997; PEDUZZI, 1998).

O setor de saúde tem a incumbência de dar respostas a diversidade de demandas, seja por ingerências tecnológicas de alta complexidade e especialidade, seja nos infinitos da vida rotineira. Sendo assim, o atendimento de demandas através da recuperação do corpo biológico deveria responder plenamente às necessidades de saúde do ser humano, porém este é muito além, invocando, para isto, indispensavelmente uma aproximação com a integralidade, gerando, qualidade de vida e saúde (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

As exigências de saúde não podem ser definidas e limitadas apenas pelas necessidades fisiológicas, reparadas pelos afazeres técnicos. É primordial a compreensão do entrelaçamento de aspectos históricos, sociais, culturais e econômicos, que reverbera na vida individual e coletiva das pessoas. A integralidade precisa ser a base das ações, considerando a singularidade.

Nessa lógica, de acordo com Rocha (1990) o conhecimento é um momento ímpar no processo de trabalho, sendo delimitado historicamente pelas idiosincrasias do objeto e pelo propósito do trabalho. Permitindo a afirmação que os propósitos do trabalho em saúde nem sempre são atingidos pelo conjunto tecnológico do qual é dotado, mas por intermédio da subjetividade das relações entre os usuários dos serviços de saúde e profissionais.

Merhyet al. (2006, p. 120-121) esclarece que

O trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processo de intervenção em ato, operando como tecnológico de relações, de encontros de subjetividades.

A relação entre as pessoas e entre os objetos sobre os quais trabalham é expressa através das tecnologias do trabalho em saúde, que não se fixam apenas pela efetividade dos instrumentos, mas relacionam-se com as

relações sociais estabelecidas e modificadas pela referência com a natureza e a história. Mendes – Gonçalves (1994) interpela essa discussão ampliando o conceito de tecnologia, não limitando esta ao conjunto de instrumentos materiais do trabalho, mas integrando os saberes e por seus seguimentos materiais e não materiais na produção de serviços de saúde.

Merhy (2005, p. 46) conceitua o termo tecnologia referindo-se de modo direto à temática do trabalho, assim sendo, à sua “delimitada ação intencional que busca a produção de “coisas” (bens/produtos) que operam como objetos, porém não imperiosamente são materiais, maciços, pois podem ser bens/produtos que portem valores de uso de forma simbólica e que sejam estes que satisfaçam necessidades.

Merhy et al. (2006, p. 121) amplia essa querela sugerindo a probabilidade de modificações no processo de trabalho em saúde, a partir da modificação nas relações entre os sujeitos que trabalham e entre estes e o que usam os serviços de saúde, a intersubjetividade. Desta forma, identifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como:

[...] leve (como no caso de tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como forma de governar processos de trabalho), leve-dura (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e dura (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais).

A constituição de universos de fala, de escuta, vínculo e acolhimento, mediante relação com o universo subjetivo do usuário e a forma como ele elabora suas necessidades de saúde é possível através da utilização das tecnologias leves pelos profissionais de saúde, tecnologias relacionais.

A permissão de um trabalho interdisciplinar advém de espaços de participação e divisão de saberes entre os diversos profissionais de saúde, sendo que estes espaços são possibilitados pelo uso de tecnologias leves. Os profissionais de saúde nesses espaços desenvolvem, articulam, partilham conhecimentos de forma coletiva dentro da própria equipe, processando a assistência à saúde da população.

Todavia, Ayres (2000, p.118) contradiz a identificação supracitada, apresentando o conceito de tecnologia proposto por Lalonde (1993) com a substituição do termo técnica, no qual eleger o “o conjunto dos procedimentos

bem definidos e transmissíveis, destinados a produzir certos resultados considerados úteis...". Dessa forma, Ayres (2000) questiona se o entendimento de "procedimentos bem definidos" e "destinados a produzir certos resultados" não importuna a constituição de espaços de subjetividade nas relações entre os indivíduos envolvidos no processo de assistência à saúde e os usuários.

Afirma Nogueira, (1997) que a fragmentação das ações é uma característica inerente ao processo de trabalho em saúde, em razão de, na maioria das circunstâncias ser inevitável que o usuário dos serviços de saúde transite por diversos profissionais e suas específicas intervenções, na tentativa de resolutividade, caracterizando ações desarticuladas e isoladas, não atingindo o objetivo dos cuidados em saúde.

O profissional de saúde entende que o usuário deve aceitar a fragmentação como algo indissociável à prestação dos serviços de saúde, sendo que, o usuário diversas vezes não entende o porquê da obrigação de deslocamento físico de um setor a outro, ou até mesmo entre serviços, afetando a efetividade da integralidade.

A estrutura organizacional dos serviços de saúde no Brasil resulta em fragmentação, com decomposição de tarefas, com extrema oferta de serviços altamente especializados, obrigando o usuário a se deslocar entre um grande número deles (NOGUEIRA, 1994).

Apesar disso, ainda Nogueira (1994), admiti que a restituição física e funcional dos serviços de saúde pode resultar em centralização de atribuições de um único profissional, mais qualificado. Entretanto, mais conforto para o usuário dos serviços de saúde. É questionável, nesse sentido, se a melhor proposta que viabilize a hierarquização das ações é esta, com distribuição de ações entre os de habilidade manual e os com perícia de raciocínio.

A herança de Taylor é explícita na organização do trabalho em saúde, especialmente na natureza do trabalho médico e de enfermagem. Peduzzi (1998 p.28) evidencia que a divisão do trabalho em saúde acontece de forma processual e complexa, no lugar em que;

Cada trabalho que se individualiza assim o faz pela necessidade histórica de sua peculiar atuação especializada, configurando saberes e ações que lhe são próprios e singulares. Reflete, dessa maneira, não são apenas o desenvolvimento científico – tecnológico, mas a própria dinâmica social das práticas de saúde que engendra subdivisões sistemáticas dos trabalhos, assim como parcelamentos

das tarefas interiores a cada área de atuação, desdobrando núcleos com recortes cada vez “mais manuais” que vão sendo delegados sucessivamente.

Por compreensão histórica, há uma diferenciação e elitização do profissional médico, apontado como o executor do trabalho intelectual no setor de saúde, conseqüentemente sendo dado a este profissional maior valor social. Reproduzindo uma divisão técnica do trabalho, com valoração desigual em relação aos demais profissionais do setor. A estes são associados os trabalhos parcelares, refletindo negativamente na possibilidade da integralidade, sendo que ações isoladas não atende as demandas de saúde dos usuários (PEDUZZI, 1998).

Nessa lógica, Matos e Pires (2006), declara sobre o trabalho médico e de enfermagem, que a forma de fazer do médico incorpora a ideia de posse do controle do processo assistencial por se achar favorecido de conhecimento, constante conflito com os profissionais de enfermagem por sua resistência a transformações organizacionais no trabalho e por disputa do projeto assistencial. Peduzzi (2001) explica que é adequado os profissionais realizarem ingerências próprias de suas específicas áreas, do mesmo modo ações universais, nas quais são incorporados conhecimentos originados de diferentes campos como: acolhimento, recepção, grupos educativos e grupos operativos.

A natureza do trabalho em saúde se contrapõe a ocorrência isolada de cada profissional, pois o trabalho em saúde necessita do coletivo institucional para se desenvolver com características do trabalho profissional e da divisão parcelar do trabalho. As demandas de saúde dos usuários não poderão serem atendidas por cada profissional isoladamente. É essencial formular condições para destacar e processar vinculação entre o fazer dos diversos agentes, caracterizando um trabalho de dependência bilateral e suplementar, que oportunize melhoria na qualidade de vida das pessoas e das coletividades.

O reconhecimento dos limites de atuação, conhecimentos específicos e atributos inerentes a cada profissional é essencial para o processo coletivo, que deve ser permeado pelo diálogo, acolhimento, escuta

qualificada, geração e manutenção de vínculos, isto é, por tecnologias leves, livremente da necessidade de uso das outras tecnologias.

3.4 O processo de trabalho em enfermagem

Historicamente os cuidados aos doentes eram dispensados por diversas categorias, como sacerdotes, mulheres e feiticeiros. Melo (1986) evidencia que as mulheres, no decorrer da história, exerciam funções entendidas como bruxaria e de curandeirismo, sendo o domicílio o território onde em que os cuidados eram dispensados. A associação entre o trabalho da enfermagem, nessa época, e dessas mulheres é natural, associando também a pouca valorização social.

As ações de cuidado no século XVIII são institucionalizadas a serem desempenhadas pelas religiosas nos hospitais, sem que estas detivessem, conhecimentos próprios que fundamentassem suas ações de cuidado. Por consequência, a enfermagem foi estabelecida, nesse período, como uma incumbência, de maneira oposta a medicina, que se estabeleceu como profissão. É a partir do século XIX, o princípio da divisão social do trabalho entre os componentes indicados para prestar os cuidados de enfermagem, alguns exerciam atividades de coordenação e supervisão, e outros responsáveis pelas enfermarias, função de cuidados. Ocasionalmente assim, o início da divisão intelectual e manual do trabalho em enfermagem (MELO, 1986).

O marco histórico da institucionalização das profissões em enfermagem é o século XIX na Inglaterra, com a organização como profissão e mudança do lugar de atuação que deixa o ambiente familiar e privado e passa para o espaço hospitalar, este organizado nos preceitos de produção. As ações de cuidado da enfermeira no espaço institucional se integram ao trabalho coletivo em saúde, porém com subordinação ao trabalho médico (PIRES, 2008; MELO, 1986).

Até a terceira década do século XX as diversas atividades executadas pela enfermeira não tinham nada a ver com a profissão como esfregar o chão, lavar bandejas, limpar equipamentos (CRUZ, 2005).

Florence Nightingale em 1860 na Inglaterra concebe o paradigma de formação e de prática assistencial relativas ao cuidado e ao gerenciamento do espaço assistencial constituindo de forma genérica o trabalho em enfermagem. Nasce o trabalho da enfermagem, socialmente inferior e tradicionalmente exercido por mulheres e delineando uma divisão social, uma hierarquia: as *ladies-nurses*, de classe social mais elevada, formadas para o ensino e a supervisão de pessoal, e as *nurses*, prestadoras de atenção direta aos doentes (PIRES, 2008; MELO, 1986).

A enfermagem foi concebida por Florence como vocação e também ocupação, de forma integrada. Sendo assim, qualquer mulher seria capaz de ser uma boa enfermeira se fosse uma mulher devotada, religiosa, honesta e sóbria (NIGHTINGALE, 2005, p.169). Entendia ainda o trabalho das enfermeiras como sendo subordinado ao trabalho médico, “seria um grande auxílio, ao invés de obstáculo, se os médicos soubessem fazer com que as enfermeiras obedecessem às suas ordens” (NIGHTINGALE, 2005, p. 177).

A enfermagem se estabelece como nova profissão segundo o padrão de formação de enfermeiras de Florence Nightingale, reproduzindo-se para atendimento dos interesses da sociedade capitalista passando a reproduzir-se com aparato técnico, porém sob a perspectiva da hegemonia médica. Em seguimento a submissão ao trabalho médico, o trabalho da enfermagem se hierarquiza e parcela através das enfermeiras supervisoras.

Nas primeiras décadas do século XX no Brasil através do Departamento Nacional de Saúde pública, o Estado, desloca enfermeiras americanas formadas no sistema Nightingale com o propósito de atender a nova política sanitária, preparando pessoas para atuação na saúde pública, na tentativa de controlar as epidemias que prejudicavam as exportações e desenvolvimento econômico do Brasil. (MELO, 1986; PIRES, 2008).

Entretanto, no Brasil a formação profissional independente só acontece com a criação da Escola Anna Nery em 1923, no Rio de Janeiro, financiada pela Fundação Rockfeller. Posteriormente o exercício dos cargos de chefia do serviço de saúde pública foram assumidos pelos egressos desta escola, que era responsável também pela formação dos auxiliares, caracterizando a cisão entre o trabalho intelectual e o manual (PIRES, 2008).

A enfermagem caminha ao longo da história no campo profissional sendo vista como caridade e benevolência, sendo que no início do século XX, a respeito das atribuições profissionais recebe mudanças, estas a ampliam enquanto profissão, incorporando novos conhecimentos e técnicas, culminando com a busca de princípios científicos para fundamentação do seu processo de trabalho (ROCHA, 1986; ALMEIDA, 1989).

O parcelamento do trabalho em saúde é resultado de algumas influências tayloristas, onde diversas tarefas designadas aos médicos passaram a serem realizadas por profissionais de enfermagem, ocasionando uma divisão entre o trabalho intelectual (do médico) e o trabalho manual (das profissões em enfermagem). Entre a equipe de enfermagem intensificou a estratificação entre as *nurses* (cuidado – direto) e as *ladies-nurses* (atividades de supervisão, administração e ensino), em função da complexidade de fazeres, da qualificação, remuneração e da hierarquia (KANTORSKI, 1997).

A configuração do trabalho de enfermagem no Brasil se apresenta mantendo a divisão, incumbindo às enfermeiras as funções gerenciais e de ensino, e aos técnicos e auxiliares de enfermagem as funções de cuidado (PEDUZZI; HAUSMANN, 2004). Entretanto, esta forma de organização e divisão do trabalho, fragmenta, aliena, mecaniza e distancia da subjetividade relacional, dificultando a utilização de tecnologias leves.

Para Gorz (2007) é essencial que os indivíduos envolvidos no processo de trabalho se identifiquem pessoal com a totalidade de seu trabalho para evitar o processo de alienação, de modo que este realize seu trabalho no plano coletivo.

A divisão do trabalho em enfermagem não implica apenas na alienação, mas também na centralização do poder no núcleo da profissão, hierarquizando e subordinados seus agentes nas relações. Essa cisão compromete a qualidade do cuidado em enfermagem e dos serviços de saúde disponibilizados à população (PEDUZZI; HAUSMANN, 2004).

Peduzzi e Hausmann (2004, p.1) expõem o reflexo da cisão no cotidiano do trabalho em enfermagem:

a) Nos dilemas e no sofrimento dos enfermeiros frente à frustração da expectativa de cuidar diretamente dos pacientes; b) No sentido meramente burocrático que é atribuído, tanto pelos enfermeiros quanto pelos auxiliares e técnicos, às atividades gerenciais e

inclusive à sistematização da assistência de enfermagem; c) Na rígida cisão que se estabelece entre o planejamento, sob a responsabilidade dos enfermeiros, e a execução dos cuidados de enfermagem, realizado majoritariamente pelos trabalhadores de enfermagem de nível médio; d) Na antiguidade da relação entre o enfermeiro e demais agentes de enfermagem, na qual o enfermeiro coloca-se como mandante ou amigo/camarada, o que tende a aumentar as incertezas e os conflitos nas relações de trabalho, pois ora os auxiliares e técnicos de enfermagem estão completamente subordinados e sem autonomia, ora colocam-se como executores de um trabalho equivalentes aos enfermeiros, embora inseridos em processos de trabalho diversos com esferas de responsabilidade distintas; e) o estranhamento ou alienação tanto em relação ao respectivo trabalho, quanto em relação ao trabalho executado pelos auxiliares e técnicos e vice-versa, estes tendem a não reconhecer o trabalho realizado pelos enfermeiros e, sobretudo, há um estranhamento em relação a interdependência das ações que ambos os grupos executam.

Os conflitos que ocorrem entre a equipe de enfermagem são intensificados por estas características que dificultam a efetuação do trabalho em equipe. Para que as ações sejam articuladas e que os agentes interajam é necessário o trabalho em equipe que, de acordo com Rocha e Almeida (2000), é indissociável ao desenvolvimento de cuidados a pessoas, famílias e comunidades, cuidados estes que se inserem a promoção à saúde, a prevenção de doenças, a recuperação e a reabilitação, bem como, a promoção de conforto, acolhimento e bem-estar aos usuários.

Pires (2009) insere na discussão dois aspectos considerados pela autora frágeis para as profissões em enfermagem, enquanto profissões da saúde, a saber: a autonomia profissional e o reconhecimento da utilidade social deste trabalho profissional e do domínio de um campo específico/próprio de saberes. É primordial que estes aspectos sejam esclarecidos, para sustentabilidade enquanto profissões da saúde, em razão de questionamento dos limites da propalada autonomia da enfermeira, sendo que o processo deve ser direcionado partindo da autonomia de quem recebe o cuidado. O médico, por exemplo, tem a sua autonomia garantida por conta do reconhecimento do papel social enquanto profissão em saúde e seus conhecimentos, mesmo quando não considera os planos de vida do sujeito cuidado (AYRES, 2000).

A relação entre cuidado humano e o trabalho da enfermagem é inseparável, porém não consenso na relação à natureza do cuidado em enfermagem. Por esse ângulo, a valorização da enfermagem enfrenta uma sociedade fortemente dependente das tecnologias duras, centrada no consumo

e nos valores de mercado, além de influência da comunicação global que coloca a biomedicina como a totalidade (PIRES,2009).

No que diz respeito as características da profissão, Pires (2009) declara que as competências que conferem à enfermeira o cuidado humano que provem de um campo amplo de conhecimentos que envolve três dimensões básicas que são o cuidado a singularidade e ao coletivo, a educação e pesquisa, e a dimensão administrativo-gerencial.

A Organização Mundial de Saúde - OMS (1997) refere o trabalho da enfermagem nas diferentes partes do mundo, evidenciando a diversidade em relação a qualificação profissional e de atividades desempenhadas. À vista disso, o trabalho da enfermagem admiti influências políticas, econômicas e culturais, ajustando -se de acordo com o País e região em que se incorpora, responsabiliza-se por diversas funções, representações e responsabilidades, e atendendo a pessoas, famílias, grupos e comunidades. O trabalho de enfermagem envolve ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como o cuidado a pessoas com doenças crônicas e agudas, reabilitação e cuidados paliativos.

Ainda em referência a OMS (1997) a categoria profissional da enfermagem é descrita como a maior força de trabalho em saúde, constituído em sua maioria por mulheres, que trabalham na zona urbana e em hospitais. Entre as décadas de 1980 e 1990 os trabalhadores em enfermagem se mobilizaram na reorganização do setor saúde em diversas partes do mundo, ofertando suporte à atenção primária e desviando essa categoria parcialmente para áreas rurais de países subdesenvolvidos. Nessas áreas, as profissionais desenvolviam e coordenavam serviços para o controle de malária, tuberculose, hanseníase, diarreia, dentre outros. Em alguns países tradicionalmente o trabalho das enfermeiras obstetras era e continua sendo reconhecido socialmente.

Desde o início do século XX a enfermagem brasileira se insere na atenção primária, começando com as atividades relacionadas á educação em saúde executadas pelas enfermeiras formadas no sistema Nightingale, algumas atuavam como enfermeiras-visitadoras atuando junto às comunidades. Contudo, as práticas da Saúde Pública a partir de 1950 sofreram

influência do modelo biomédico e inspiraram o modelo sanitarista, que enfatizavam as práticas curativas, sendo acompanhado pela enfermagem.

3.5 O Processo de Trabalho da Enfermeira na Atenção Primária à Saúde

As publicações sobre Atenção Primária à Saúde referem o trabalho das enfermeiras como indispensável e insubstituível para a Saúde Pública. Na cidade de Nova York – Estados Unidos iniciou o trabalho das enfermeiras sanitaristas no início do século XX, com ações de promoção de saúde e prevenção de doenças em áreas pobres de concentração de imigrantes (HSO; HSP; OPS; OMS, 2004).

O trabalho da enfermeira tem enfrentado alguns obstáculos para o seu desenvolvimento, apesar de avanços no transcorrer dos anos. O Conselho Internacional de Enfermeiras(CIE) e a Organização Internacional do Trabalho(OIT) considera as funções e conhecimentos da enfermeira como sendo de extrema importância (ESPERON, 2004).

O trabalho da Enfermagem na Atenção Primária é visto como a efetivação da promoção e proteção à saúde das populações, fazendo uso de conhecimentos tanto das ciências em enfermagem quanto das ciências sociais e de saúde pública, esta declaração foi feita pela *Scope and Standards of Public Health Nursing Practice*(HSO; HSP; OPS; OMS, 2004).

O trabalho das enfermeiras tem habilidades e competências capazes de lidarem com as questões de saúde cotidiana das populações, oferecendo cuidado coletivo e individual, levando em consideração a singularidade e subjetividade. O trabalho das enfermeiras também é capaz de incorporar tecnologias, conhecimentos epidemiológicos, trabalho em equipe e articulação com a comunidade (LIMA, 2011).

A incorporação do trabalho da enfermagem na saúde pública brasileira ocorre no início do século XX nos programas de combate à tuberculose através de investimentos da Fundação Rockefeller (BARREIRA, 1992).

No período entre 1925 a 1960 predominava o modelo médico-sanitário, a enfermagem ocupava-se de treinar e coordenar o pessoal auxiliar, denominados agentes de enfermagem. Posteriormente, com o avanço da

industrialização o modelo médico-assistencial privatista se fortalece e o espaço do hospital passa a concentrar o cuidado (VILLA et al, 1997).

De acordo com Lima (2013) a enfermeira na década de 1970 já tinha incumbência de capacitar pessoal técnico e auxiliar, organizar e gerenciar os serviços de saúde e já realizava diagnóstico de doenças, prescrição de medicamentos e solicitação de exames com base em protocolos de programas de saúde. Neste período o Ministério da Saúde examinava a possibilidade de expansão das ações de saúde pública no país, iniciando um movimento de integrar, progressivamente o trabalho das enfermeiras no Programas de Atenção Integral a Saúde da Mulher e da Criança, no Controle da Tuberculose, Hanseníase, Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes Mellitus

De acordo com Fagundes (2007), a incorporação da enfermeira nesses locais tinha como objetivo o aumento da cobertura dos serviços e da redução dos indicadores de mortalidade e morbidade, que nas décadas de 1970 e 1980 eram elevados.

A divulgação e ordenação dos entendimentos sobre Saúde Pública em 1976 pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) através do seu comitê assessor, orienta a formação de pessoal e enfermagem comunitária ressaltando os métodos e conceitos epidemiológicos. Define, que a enfermagem comunitária tem como objeto de cuidado a comunidade global, sendo que este deve está direcionado à população em todas as faixas etárias e condições sanitárias. (ALMEIDA, 1991).

De acordo com Almeida (1991) diz que a publicação conjunta entre a OPAS e o Ministério da Saúde Brasileiro no ano de 1977 intitulada Padrões de Assistência de Enfermagem à Comunidade estabelece direção para o trabalho de enfermagem na Atenção Primária à Saúde. A enfermagem deve adotar medidas que possibilitem a participação do usuário e/ou comunidade e que estes possam identificar as suas necessidades de saúde; atuar no desenvolvimento de programas; participar dos processos de vigilância em saúde, informação, educação em saúde, agindo e decidindo em todos os níveis de atuação.

A inserção das primeiras enfermeiras na Saúde Pública ocorreu em 1977 habilidosamente na coordenadoria de saúde da comunidade, sendo esta um marco para a enfermagem. As enfermeiras introduziram as técnicas de

enfermagem dividindo as tarefas, hierarquizando e atribuindo atividades específicas a cada agente da equipe (VILLA et al, 1997).

Os autores supracitados afirmam que a partir do referido ano as enfermeiras direcionaram atividades sistematizadas a crianças, gestantes e adultos atendendo a critérios técnicos quanto a riscos conforme sua competência profissional. As enfermeiras ordenaram as ações complexas do trabalho coletivo, coordenaram, supervisionaram e controlavam todas as áreas de atendimento permeando o relacionamento entre os diversos agentes e setores.

Para Gomes e Júnior (2015) o enfermeiro é fundamental na Atenção Primária à Saúde, visto que o mesmo fortalece esse nível de atenção. Porém, o seu papel enfrenta desafios, impasses e impedimentos com relação a sua atuação, responsabilidades, condições de trabalho, política salarial e vínculo empregatício.

3.6 Modelo de atenção à saúde e sua representação política

Em 1923 foi promulgada a Lei nº 4682, instituindo o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), inicialmente atendia apenas aos trabalhadores ferroviários e, subsequentemente, aos marítimos e estivadores. Entre os serviços oferecidos estavam a assistência médica e a dispensação de medicamentos (FINKELMAN, 2002).

A teoria bacteriológica tinha ingerência na organização dos serviços de saúde nas décadas de 1970 e 1980, estes na perspectiva sanitarista, dos quais as ações coletivas eram enfatizadas, tais como o saneamento básico, o controle de vetores e a higienização do meio ambiente. Havia um claro cenário político de saúde no Brasil, de um lado estava a medicina que curava as doenças por meio de diagnósticos clínicos, patológicos e terapêuticos, e do outro lado a Saúde Pública com ações de prevenção das doenças por campanhas e política de isolamento de pessoas doentes (MERHY; QUEIROZ, 1993).

Merhy e Queiroz (1993), afirmam que a conjuntura supracitada obrigou a se pensar na possibilidade de um modelo de saúde tecno-assistencial baseado na junção de ações coletivas e individuais, de modo que,

os serviços básicos de saúde seriam permanentes funcionando como apoio para o modelo proposto. Também, ergue-se a organização de serviços médicos privados.

Para Merhy e Queiroz (1993) a interferência do poder político e social vigorosamente, desmembrando a assistência médica da saúde pública, com investimento maciço na assistência médica enquanto que a saúde pública foi sucateada. As especialidades médicas atendendo ao mercado impulsionando a fragmentação do conhecimento e do corpo humano.

O modelo configurava-se centrado no profissional médico, segundo um conceito saúde-doença direcionado para os cuidados individualizados e curativos. Apenas o governo, empresas e empregados tinham acesso à saúde. A desvinculação da clínica com a epidemiologia e o desenvolvimento da indústria farmacêutica se apresentam neste contexto (MENDES, 1996).

O sistema das CAPs foi substituído por apresentar extrema fragmentação, o Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPs), agregando os trabalhadores de setor ou ofício específico. Em 1926, é criado o primeiro instituto destinado ao funcionalismo público federal. Os IAPs eram autarquias centralizadas no governo federal e na época a única forma de assistência a saúde, onde cada profissão tinha o seu, seguidamente dando origem ao Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS) (BRASIL, 2002).

Em 1949 no governo Vargas foi instituído o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU) considerado uma inovação na assistência à saúde, a sua importância histórica está no financiamento compartilhado entre os IAPs e o atendimento universal ainda que limitado aos casos de urgência (FINKELMAN, 2002).

De acordo com Finkelman (2002) a assistência médica ofertada aos contribuintes urbanos da previdência social era fragmentada e restrita, entretanto no âmbito da saúde pública observava-se uma primeira mudança quanto a forma de atuação do governo federal com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1942, sendo esta uma possibilidade de mudança na política verticalizada e campanhista. O SESP foi organizado em função de acordo entre os governos do Brasil e Estados Unidos, com o objetivo de apoio médico-sanitário a região da Amazônia que produzia materiais que

contribuíram na II Guerra Mundial, estes eram considerados estratégicos e uma inestimável colaboração do Brasil no esforço de guerra das democracias. Posteriormente, em 1960 o SESP se tornou o Ministério da Saúde.

Em 1966, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) como tentativa de correção da fragmentação institucional e aumento da eficiência do sistema. O INAMPS tinha atribuição de prestar assistência à saúde de seus associados, sendo esta a justificativa para a construção de unidades de grande porte com características ambulatoriais e hospitalares, além da contratação de serviços privados nas grandes concentrações urbanas (BRASIL, 2002).

Finkelman (2002) a categorização da população brasileira quanto a assistência à saúde estava dividida da seguinte forma: os poderiam dispor de recursos para serviços privados, aqueles que pertenciam ao grupo que tinha direito a atendimento pelo INAMPS e o restante da população que não tinha direito algum, sendo atendidos pelas instituições filantrópicas.

O INAMPS por conta da crise de financiamento da previdência na década de 1970 adotou diversas ações de racionamento de recursos, entre estas, a compra de serviços do setor público, especificamente das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, inicialmente por convênios (MERHY; QUEIROZ, 1993).

Apenas no final da década de 1980, o INAMPS se aproximou de uma cobertura universal da clientela através das Ações Integradas de Saúde (AIS), além da extinção da obrigatoriedade da Carteira de Segurado do INAMPS. Observou-se ainda, significativo aumento de recursos para os serviços de saúde pública (MERHY; QUEIROZ, 1993).

Ainda neste intervalo de tempo no Brasil iniciam-se importantes discussões sobre o modelo de atenção sob influências de discussões conceituais e de organização dos serviços de saúde. No Canadá em maio de 1974 com a publicação do “Informe Lalonde” que introduzia novo conceito de saúde considerando “os determinantes sociais da saúde” apresentando quatro amplos componentes: a biologia humana, o ambiente, o estilo de vida e organização dos serviços de saúde (BUSS, 2003).

Países como a Inglaterra e Estados Unidos foram influenciados, repensando suas políticas sanitárias, o Informe Lalonde foi responsável pela

geração de um novo paradigma, que foi formalizado na União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde realizada em 1978 na cidade de Alma-ata com a proposta “Saúde para todos no ano 2000” e “Estratégia de Atenção Primária de Saúde” (ALMEIDA et al., 1998).

A Conferência de Alma-ata é considerada o acontecimento mais marcante para a saúde pública mundial, com a discussão das ideias de qualidade de vida através de ambientes saudáveis, participação popular e reorganização dos serviços de saúde (BUSS, 2003).

As discussões no Brasil começaram a acontecer nas comunidades que juntamente com CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) consolidaram o movimento intitulado de Reforma Sanitária expressando a necessidade de mudança na concepção e nas práticas de saúde, a saúde passa a ser compreendida como um direito do cidadão e dever do Estado e que um novo modelo de assistir deveria ser centrado no indivíduo e suas necessidades integrais, permeado pela promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2006).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, utilizando como instrumento metodológico a História Oral e analisado pelo conteúdo temático-categorial de Bardin (2011).

De acordo com Vergara (2006) a pesquisa descritiva, alcança de forma mais apropriada a intenção dos estudos que têm a proposta de revelar as características de um determinado fenômeno sem neste interferir ou modificar, sendo assim, este estudo busca descreve-lo, classifica-lo e interpreta-lo.

A pesquisa qualitativa foi escolhida porque, de acordo com Minayo(2011), ela caminha para o universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças, valores e percepções, podendo responder a questões que não podem ser quantificadas, se aprofundando no mundo do significado das ações, vivências, experiências e relações pessoais.

Segundo Polit e Becker (2011, p. 270): “as pesquisas qualitativas se firmam nos argumentos que os conhecimentos sobre as pessoas são possíveis através da descrição da experiência humana, da forma como ela é vivida e de como ela é definida pelos seus próprios atores” aplicando se, pois, a esse estudo, pela possibilidade de apreender a realidade estudada a partir dos participantes que a vivenciaram – as Enfermeiras.

A História Oral, neste estudo, será utilizada como método. Segundo Garrido (1998), na história oral, tem-se um envolvimento do pesquisador com o objeto de estudo, procurando desvendá-lo a partir dos relatos orais dos sujeitos envolvidos, em complementaridade com o uso de outras fontes escritas, materiais, icnográficas, etc.

De acordo com Selau (2011) a história oral como metodologia é capaz de produzir sem deixar de cumprir os rigores científicos fontes orais que constroem o conhecimento histórico.

O termo história oral é amplo, este recorre a uma quantidade de relatos a respeito de fatos não registrados por outro tipo de documentação, ou que não se queira complementar (SIMSON, 1988).

De acordo com Matos e Senna (2011), os registros da oralidade são uma possibilidade de sistematizar as lembranças. A memória consegue construir de forma psíquica e intelectual os fragmentos do passado.

Este estudo faz parte de uma pesquisa maior intitulada, AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO MARANHÃO: resgate de uma experiência. Sob a coordenação da Professora Doutora Liberata Campos Coimbra.

4.2 Local e período do estudo

O estudo foi realizado no Maranhão no município de São Luís. O estudo ocorreu no período de 2016 a 2017.

4.3 Participantes da pesquisa

Participaram da pesquisa Enfermeiras que atuaram nas ações de Atenção Primária à Saúde na década de 1980 no Maranhão, sendo a amostra constituída por conveniência, tendo como critério de inclusão ter vivenciado o processo histórico de atenção primária á saúde anterior ao PACS.

Trabalhamos com a amostra de conveniência por se tratar de um estudo de recuperação histórica, qualitativo. Segundo Alberti (2004), a escolha dos entrevistados não deve ser predominantemente orientada por critérios quantitativos, por uma preocupação com a amostragem, e sim a partir da posição do entrevistado no grupo, do significado de sua experiência. Assim, convém selecionar os entrevistados entre aqueles que participaram, viveram, presenciaram ou se inteiraram de ocorrências ou situações ligadas ao tema e que possam fornecer depoimentos significativos para o cumprimento dos objetivos do estudo.

A amostra é composta por 07 (sete) enfermeiras (Quadro 1) que participaram ativamente da experiênciade Atenção Primária à Saúde no Maranhão na década de 1980 no município de São Luís e que aceitaram conceder entrevista para o estudo.

Quadro 1 – Participantes da pesquisa, de acordo com seu nível de participação na experiência de trabalho das ações de Atenção Primária à Saúde no Maranhão na década de 1980, São Luís, 2018.

NOME	INSTITUIÇÃO	PROFISSÃO	PERÍODO	ENVOLVIMENTO COM A EXPERIÊNCIA	ENTREVISTA REALIZADA
1. M. C. M.	SES	Enfermeira	1987	Supervisora Instrutora	SIM
2. M.F.A.	Pastoral da Criança	Enfermeira	1985	Supervisora Instrutora	SIM
3. T.S. C.	INAMPS	Enfermeira	1987	Supervisora Instrutora	SIM
4. M. S. M.	SES	Enfermeira	1975	Supervisora Instrutora	SIM
5. M.P. S.	UFMA	Enfermeira	1976	Professora	SIM
6. C.M. S.	UFMA	Enfermeira	1976	Professora	SIM
7. L.M.B.	SEMUS	Enfermeira	1986	Treinamentos/S upervisão	SIM
8. R.R.	UFMA	Enfermeira	1987	Professora	SIM
9. M.H.C.	UFMA	Enfermeira	1980	Professora	NÃO
10. M. R. M.	SES	Enfermeira	1987	Supervisora Instrutora	NÃO

Fonte: A autora.

A amostra foi se compondo a partir dos primeiros depoimentos em que são citados pelos entrevistados profissionais de saúde que fizeram parte dos vários grupos de trabalho na experiência e quem fossem enfermeiras.

As participantes foram citadas pelos primeiros entrevistados que representavam as instituições na experiência estudada no projeto maior, a partir das citações, as enfermeiras foram contatadas por telefone e medida que a disponibilização do tempo para as entrevistas era cedida, novoscontatos com outras participantes eram realizado.

4.4 Técnica de coleta de dados

Para coleta de dados foi utilizada a técnica da entrevista, utilizando um questionário semiestruturado (APENDICE A). As entrevistas foram áudio gravadas por dispositivo *Samsung Tablet* através do aplicativo para gravação de voz.

Através da entrevista se registra a experiência de uma só pessoa, enquanto representante de uma coletividade ou de vários indivíduos da mesma coletividade, de forma que, a quantidade não significa necessariamente qualidade. De acordo com Durkheim (1960) “não é a quantidade de dados registrados que conduz ao conhecimento novos e sim, a análise cuidadosa de fatos decisivos e cruciais”.

De acordo com Marconi e Lakatos (2017) o planejamento da entrevista é essencial para o alcance do objetivo, deve ser cuidadoso com a escolha do entrevistado, que deve ser alguém com propriedade sobre o estudo proposto. Outro ponto importante é a oportunidade da entrevista e as condições favoráveis para conforto e privacidade do entrevistado.

A medida que as enfermeiras foram citadas como participantes da pesquisa e potenciais entrevistas foi realizado planejamento prévio com a escolha da data a ser sugerida, bem como, de toda estrutura para a realização da entrevista.

As entrevistas foram previamente marcadas por telefone, aconteceram conforme a disponibilidade e conveniência das participantes, sendo a sua aplicação individual.

As entrevistas ocorreram em sua maioria no local atual de trabalho, com disponibilização de uma sala para a realização. Desta forma, apenas a entrevistadora e entrevistada permaneciam na sala no momento da entrevista.

Todas as entrevistas com as participantes da pesquisa foram gravadas e suas falas transcritas logo em seguida de forma *ipsis litteris*.

Todos os áudios e transcrições foram arquivados em aplicativo *google drive* organizados em pastas com possibilidade de acesso rápido e segurança de arquivamento

4.5 Instrumento de Pesquisa

Foi utilizado questionário semiestruturado para as enfermeiras (APÊNDICE A), como instrumento de pesquisa.

Em relação ao questionário, será abordado a participação das enfermeiras nas ações de atenção primária no estado do Maranhão na década de 1980.

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

4.6 Análise dos dados

Para resgatar a experiência de trabalho das enfermeiras nas ações de Atenção Primária à Saúde na década de 1980 no Maranhão, os dados coletados durante a entrevista serão organizados a partir da técnica de análise de conteúdo do tipo temática - categorial, seguindo as etapas preconizadas por Bardin (2011).

A análise de conteúdo é uma técnica de análise das comunicações, que analisou o que foi dito nas entrevistas ao pesquisador, sendo possível classificar o material em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está no discurso (BARDIN, 2011).

Consiste em retornar em cada relato de vida as passagens pertencentes a tal ou qual tema, com o objetivo de verificar as semelhanças dessas passagens de um relato a outro (SANTOS; SANTOS, 2008).

A análise de conteúdo é delineada através do conjunto de instrumentos metodológicos, que tem o objetivo de analisar por diversas fontes de conteúdo (verbais e não – verbais). Quanto à compreensão, a análise de conteúdo transita entre dois núcleos: a dureza da objetividade e a fertilidade da subjetividade. Esta técnica exige do pesquisador serenidade, tempo, observância e certo grau de intuição, imaginação e criatividade (FREITAS, CUNHA; MOSCAROLA, 1997).

Minayo (2008) afirma que a análise de conteúdo visa ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma

vigilância crítica ante a comunicação de documentos, entrevistas ou resultados de observação.

As etapas da análise de conteúdo foram rigorosamente seguidas de forma sistemática conforme proposta por Bardin (2011), a saber, Pré - análise etapa compreende a leitura geral do material coletado com o objetivo de sistematizar as ideias iniciais e conceber os indicadores para a interpretação das informações coletadas.

A pré-análise compreende a leitura flutuante, onde se tem contato pela primeira vez com o texto a ser analisado seguida da escolha de documentos designado como *corpus* de análise. Após estas etapas procede-se com formulação de hipóteses e objetivos e a elaboração de indicadores para a interpretação.

A escolha dos dados a serem analisados na etapa da pré-análise seguiram as seguintes regras estabelecidas por Bardin (2011): exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

O material coletado após a transcrição foi impresso e encadernado para facilitar o manuseio. A primeira leitura foi realizada sem qualquer instrumento de demarcação do texto, procedeu-se em seguida a segunda leitura do material com o uso de marcador de texto colorido, destacando palavras e frases de sentido com o estudo. A terceira leitura foi realizada com o intuito de identificar os parágrafos que representavam a experiência estudada, bem como, a aproximação das falas que mostravam se homogêneas. A quarta leitura buscou se a pertinência dos achados para o estudo. Cada entrevista foi lida separadamente.

A segunda etapa estabelecida por Bardin (2011) aconteceu com a exploração do material, sendo edificadas operações de codificação, considerando recortes do texto em unidades de registro.

A transformação se estabeleceu através estabelecimento de codificação, por meio de recortes, ajuntamento ou enumeração, através de informações textuais precisas representativas das características do conteúdo.

Foram adotadas como unidades de registro, os parágrafos de cada entrevista. Desses parágrafos, as palavras chaves foram identificadas, foi realizado um resumo de cada parágrafo para realizar a primeira categorização. Desta forma, essas primeiras categorizações originaram as categorias iniciais.

Ao todo foram selecionadas 35 (trinta e cinco) categorias iniciais foram agrupadas pelo critério temático, originando 04 (quatro) categorias intermediárias e estas também foram agrupadas tematicamente resultando em 02 (duas) categorias finais (A, B). Deste modo, o texto das entrevistas é recortado em unidades de registro (parágrafos, frases, palavras), possibilitando as inferências.

Após o agrupamento das categorias iniciais por temas, as categorias intermediárias foram agrupadas por tema recebendo denominação cada uma.

As categorias finais foram produzidas pela junção das categorias intermediárias por agrupamento temático.

De acordo com Fossá (2003) pelo processo indutivo ou inferencial é possível não apenas compreender a significação da fala dos entrevistados, mas outras significações ou outras mensagens adjacentes a primeira mensagem.

A terceira etapa atinge o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, constitui-se em atingir os conteúdos manifestos e latentes contido no material coletado.

Em síntese, o método de análise de conteúdo compreendeu as seguintes etapas (BARDIN, 2011):

- 1) Leitura do material coletado;
- 2) Codificação para a formulação de categorias de análise;
- 3) Recorte do material, em unidades de registro;
- 4) Indicação de categorias que se diferenciam, tematicamente, nas unidades de registro (dados brutos para dados organizados);
- 5) Agrupamento das unidades de registro em categorias comuns;
- 6) Agrupamento progressivo das categorias (iniciais – intermediárias – finais);
- 7) Inferências e interpretação, baseadas no referencial teórico.

4.6.1 Categoria A: Território da Experiência

Após o processo de análise das transcrições produzidas pelas entrevistas foram elaboradas categorias iniciais agrupadas pelo critério

temático perpassando pela formulação e posterior agrupamento de categorias intermediárias até o alcance da categoria final.

As categorias iniciais foram retiradas das entrevistas transcritas das enfermeiras, sendo que todas iniciaram a narrativa de sua experiência citando os locais de trabalho, o serviço público de saúde ofertado na época e contexto epidemiológico que moveu instituições filantrópicas a se preocuparem e efetivarem intervenções.

As categorias iniciais: Hospital, INAMPS, UNICEF, Pastoral da Criança, Universidade Federal do Maranhão, Secretaria Municipal de São Luís, Secretaria de Estado da Saúde, foram agrupadas e condensadas na categoria intermediária 1 – As Instituições.

A categoria intermediária 2 – Problemas de Saúde, agrupa as categorias iniciais: Mortalidade infantil, Mortalidade materna, Doenças diarreicas, Desidratação, Condições de moradia, A água não era filtrada, Falta de saneamento básico, Comunidades e Locais de extrema pobreza.

A junção das categorias intermediárias 1 e 2 formam a categoria 1, intitulada Território da Experiência (Quadro 1).

Quadro 2 -Categoria A: Território da Experiência. São Luís- MA, Brasil, 2018.

CATEGORIAS INICIAIS	CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS	CATEGORIA 1
INAMPS	1 – As Instituições	
UNICEF		
Pastoral da Criança		
Universidade Federal do Maranhão		
Secretaria Municipal de Saúde de São Luís		
Secretaria Estadual de		

Saúde do Maranhão		1 – Território da Experiência
Mortalidade Materna	2 –Problemas de Saúde	
Doenças Diarreicas		
Mortalidade Infantil		
Desidratação		
Condições de Moradia		
A água não era filtrada		
Falta de Saneamento Básico		
Comunidades		
Locais de Extrema Pobreza		

Fonte: elaborado pela autora.

4.6.2 Categoria B: A Experiência

As categorias iniciais: enfermeira instrutora-supervisora, enfermeira busca estratégias de alcance, capacidade da enfermeira, conversa com a família, ensinar a fazer o soro de reidratação oral, aleitamento materno, a multimistura, consulta de enfermagem, encontro com Paulo Freire formam a categoria intermediária 5 intitulada Ações e Encontros da Enfermeira.

A categoria intermediária 6 denominada Percalços é formada a partir das categorias iniciais, o hospital não permite as enfermeiras sem uniforme branco, pre natal às escondidas e a proibição do hospital.

A categoria 3 é composta pelas categorias intermediárias 5 e 6 sendo intitulada de A Experiência (Quadro 3) as enfermeiras narram o seu cotidiano nas comunidades, bem como, os percalços no exercício de suas atuações.

Quadro 3-Categoria B: A Experiência. São Luís- MA, Brasil 2018.

CATEGORIAS INICIAIS	CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS	CATEGORIA FINAL
Enfermeira Instrutora-Supervisora - Assistencial	5 – Ações e encontros	

Enfermeiras e profissionais de saúde	da enfermeira	B -A Experiência
Consulta de Enfermagem		
Ensinar a Fazer o soro de Reidratação Oral		
A Multimistura		
O menino, o atestado de óbito, a enfermeira e o soro de reidratação oral	6 – Os Percalços da Enfermeira	
Enfermeira busca estratégias de alcance		
O Hospital não permite as enfermeiras sem o uniforme branco nas comunidades		

Fonte: elaborado pela autora

As falas se apresentam em recuo durante os resultados e discussão, os trechos retirados das transcrições se apresentam limitados por colchetes e no final de cada trecho identificados pela letra (E) entrevista seguida do número da entrevistada.

4.7 Aspectos éticos e legais

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

A todas as entrevistadas foi esclarecido os passos a que seriam submetidas as entrevistas, garantindo-lhes o anonimato e a possibilidade de se retirar da pesquisa em qualquer etapa da realização desta, sem nenhum dano ou punição.

Os dados serão coletados somente após a leitura, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) e Carta de Cessão Gratuita de Depoimento Oral pelas participantes da pesquisa, respeitando-se os princípios éticos e legais da Resolução nº 466/12 e suas complementares.

Foram tomados todos os cuidados necessários para minimizar os

riscos físicos, morais, psíquicos, intelectuais, sociais, culturais ou espirituais previsíveis. Compreendemos que os riscos serão minimizados com o sigilo envolvido na pesquisa, com a guarda dos documentos, das entrevistas transcritas e da garantia de que qualquer pessoa poderá deixar a pesquisa, se assim desejar, bem como com a garantia do anonimato de cada participante.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Território da Experiência

A denominação Território da Experiência se apresenta pelo conceito de Monken e Barcellos (2007) onde Território é o espaço e lugar construído socialmente por variáveis, com dinamismo e suas particularidades, ou seja, expressividade seja do poder público, do privado ou da população.

Conhecer o território pela oralidade das enfermeiras participantes foi essencial para a compreensão das ações de Atenção Primária à Saúde (APS) no Maranhão. Esclarece quais foram as repostas das enfermeiras, pois as construções que foram feitas receberam influências e influenciaram a história desta experiência.

As enfermeiras narram como o poder público atuava na saúde pública, onde o cuidado a saúde acontecia nos hospitais restrito àqueles que tinham registro em Carteira de Trabalho, excluindo grande parte da população, crianças e mulheres grávidas recebiam atenção apenas dentro dos hospitais de forma curativa e individual.

[...] bom, em 1987 eu era funcionária do INAMPS, do hospital Materno Infantil [...] só tínhamos o hospital Materno Infantil e o Juvêncio Matos fazendo o trabalho com a criança e a maternidade Benedito Leite e Marly Sarney para atender as mulheres [...] (E1)

[...] a mortalidade materna e infantil era altíssima, nós só tínhamos na época o hospital Materno-Infantil, o Juvêncio Matos, a Maternidade Benedito e a Maternidade Marly Sarney para atender as mulheres, e o hospital Materno Infantil que logo nessa época estava com apenas quatro anos mais ou menos [...] (E2)

As unidades de atendimento as mulheres eram restritas a assistência ao parto, não havia referência de oferta de pré natal em unidades ambulatoriais, além de serviços que atendessem outras demandas das mulheres que não fossem a obstétrica.

Munhoz et al (2013) afirma que a condição de pobreza enfrentada pela mulher durante a gestação faz com que sua maternidade seja vivenciada em contradições, estas derivadas em grande parte devido a precariedade de sua existência: a chefia feminina da família, o subemprego ou o desemprego, complicações no processo de gravidez, parto e puerpério.

O parto e nascimento institucionalizados determinando e facilitando a intervenção do médico, utilização da tecnologia e alienação da parturiente. A alta incidência de mortalidade materna precisava ser respondida com serviços que alcançassem as mulheres no seu cotidiano.

Em 1984, o Ministério da Saúde implementa o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança: Ações Básicas, que tinha como objetivos a orientação quanto ao aleitamento materno e desmame, controle de doenças diarreicas e respiratórias na infância, controle de imunizações e do crescimento e desenvolvimento. Este programa é o marco das atividades de baixa complexidade e custo através de diretrizes que buscavam o cuidado integral (FIGUEIREDO; MELLO, 2003).

Para França et al (2016) os diversos serviços públicos, saúde, assistência social, saneamento básico, inclusão produtiva e infraestrutura urbana quando disponíveis são equipamentos e dispositivos mediadores da cobertura e acesso universal à saúde, estes por sua vez, conseguem reparar as situações do contexto da pobreza de forma gradativa, diminuindo a distância à justiça e cidadania.

A enfermeira por conta da construção de conceitos, teorias e modelos de cuidado humanizado e compreensivo conseguem através de evidências científicas enxergar a pertinência social do desenho experimental e implementarem estratégias que consigam romper com a desesperança imobilizadora, que é apreendida por mulheres excluídas por sua vulnerabilidade e à sua condição de pobreza (MUNHOZ et al, 2013).

A implantação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) em 1977 através da Lei nº 6439 apresentou o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e da Previdência Social) responsável pela assistência médica individual e curativa, enquanto as Secretarias Estaduais e Municipais pelos cuidados preventivos de alcance coletivo (XAVIER et al, 1988).

Vivia se na década de 1980 a consolidação de um Modelo privado e hospitalar de saúde, as unidades sanitárias estaduais, municipais e ambulatoriais do INAMPS que buscava a redefinição dos seus papéis, a hierarquia e regionalização das ações de saúde, bem como, a referência e contra referência de pacientes para rede hospitalar (OLIVEIRA, 1984).

De acordo com Bertolli (1996) na década de 1980 o hospital concentrava a maioria dos recursos como reforço de uma assistência individualizada e curativa, onde a prevenção era limitada a iniciativas próprias de poucos municípios.

As doenças que tinham a capacidade de atingir grande parte da população, estas estavam inseridas dentro do universo da saúde pública e sob a responsabilidade do setor previdenciário de forma individualizada, porém as ações não tinham resolutividade e alcance. Sendo assim, o potencial de combate à doença era prejudicado pela falta de acesso, já que este era restrito àqueles com registro em carteira de trabalho conforme a CLT (Consolidação das Leis de Trabalho) e pela falta de atenção às comunidades carentes que viviam em condições sanitárias muito precárias.

Este contexto institucional de serviços de saúde nesta organização enfatizava cada vez mais a hospitalização em detrimento às ações de atenção primária necessárias à proteção da saúde.

Segundo Merhy (1993) na década de 1980 o INAMPS racionalizou suas despesas “comprando” serviços das redes de unidades das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde por meio de convênios, os serviços eram ofertados apenas a seus beneficiários.

O processo de redemocratização do país se apresentava no início da década de 1980, destacando as políticas sociais no debate político, responsabilizando o Estado pelo agravamento da questão social (BODSTEIN, 1993).

De acordo com DataSus, no Maranhão da década de 1980 a população residente era de 3.996.445 distribuída entre 129 municípios e em São Luís a população residente era de 449.433 habitantes.

No início da década de 1980 o Estado do Maranhão apresentava altas taxas de mortalidade materna e infantil, tendo como as doenças diarreicas, a cobertura vacinal baixa, a baixa adesão ao aleitamento materno, a desnutrição e o índice baixo de gestantes em acompanhamento de pré-natal como fatores que geravam as altas taxas. A taxa de mortalidade infantil era aproximadamente de 130/1.000NV, a segunda maior taxa do Nordeste (UNICEF, 1980).

Por conta desse complicado contexto epidemiológico em contraponto com a oferta de serviços de Saúde Pública no Maranhão, o UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) e a Pastoral da Criança se mobilizaram, para a necessidade de aplicação de projetos no estado articulados com as Secretarias de Saúde do Estado e Município, além da UFMA (Universidade Federal do Maranhão).

[...] quando surgiram os programas, projetos que eram trabalhados com o grupo da UNICEF, existia um grupo de comunidades bastante carentes que tinham crianças com diarreia, com problema de diminuição de aleitamento materno, vacina atrasada e foi praticamente nessa época que começou, foi em 1983, trabalhar com comunidades[...] (E8)

[...] a UNICEF e a UFMA e determinavam essas áreas junto com a SES, acho que tinham parceria com SEMUS também, eles trabalhavam dentro de São Luís e Ribamar a mesma coisa e tinha também o acompanhamento das Secretarias Municipais [...] (E6)

Desde 1950 o UNICEF atua no Brasil apoiando ações na área da infância e adolescência. As crianças e adolescentes são o grupo prioritário a ser atingido, crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade por causa de práticas discriminatórias, questões étnicas ou raciais, violência, deficiência e situações de emergência (UNICEF, 1982).

O ano de 1980 cerca de 15 milhões de crianças morreram antes de completarem 5 anos de idade em todo mundo, constituindo uma emergência “silenciosa”. A publicação dos cientistas Julia Walsh e Kenneth Warren sobre Cuidados de Saúde Primários Seletivos propôs uma alternativa para redução rápida da mortalidade de bebês e crianças a um custo possível (WALSH e KENNETH, 1979).

A estratégia foi considerada como uma primeira fase para a implementação de cuidados de saúde primários, atentando para às doenças mais letais para os bebês e crianças, como diarreia, malária, sarampo, doenças respiratórias e outras (CLAESON et al, 2000).

O projeto de Agentes Comunitários voluntários foi incluído dentro da estratégia de oferta da APS e tinha o objetivo de reduzir as altas taxas de mortalidade materna e infantil, o projeto tinha a proposta de capacitar pessoas da comunidade com forte liderança para atuarem juntamente às famílias de forma preventiva e com promoção à saúde.

Segundo Sousa (2001) o termo “Agente Comunitário de Saúde” começou a ser utilizado de forma corrente somente na década de 1980, contemplando o que havia de comum entre todos os tipos de trabalhadores comunitários.

Segundo Floreset al (2008) A construção histórica social dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como categoria de trabalhadores excede os limites da experiência brasileira e a discussão da Conferencia de Alma-Ata, registros mais contundentes evidenciam-se na Europa durante os séculos XVII e XVIII a atuação destes.

Santos e Fracoli(2010), afirmam que o surgimento dos ACS aconteceu em 1979 no Brasil, com apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). No Estado do Maranhão 400 agentes comunitários começaram a atuar, consistiam na época em trabalhadores voluntários ou de praticantes leigos interessados em contribuir com as ações sociais para ajudar a população, principalmente as camadas mais pobres, que não tinha acesso aos serviços públicos de saúde por falta de vínculo empregatício. Alguns voluntários eram militantes políticos e/ou lideranças locais vinculadas a instituições religiosas que prestavam atendimento na área da saúde, principalmente em ações direcionadas ao binômio mãe-filho, com enfoque nos tratamentos de diarreias, estímulo ao aleitamento materno e o uso da terapia de reidratação oral (TRO).

No contexto de APS o foco são as pessoas, famílias e comunidade ao invés da doença e a cura. Os profissionais de saúde precisaram estabelecer vínculos para cuidar, entre estes os Agentes Comunitários de Saúde, pessoas da comunidade naturalmente conhecedores de seus problemas e alegrias conduzindo o encontro com os demais trabalhadores de saúde (SILVA; DALAMASO, 2001).

As pessoas da comunidade que passaram a exercer a função de Agente Comunitário conseguiam desenhar melhor os problemas da sua comunidade, bem como, as possibilidades de resolução. Na APS é imprescindível que os problemas sejam entendidos para que se prossigam com as ações.

Starfield (2004) afirma que o reconhecimento de um problema é importante e especificamente na APS isso se torna imprescindível. De acordo

com a autora, inicialmente as necessidades devem ser identificar as necessidades existentes na comunidade, na família e individualmente, com o objetivo de elaborar um diagnóstico.

Em 1983 no Maranhão o UNICEF implementa o projeto que objetivava a formação de Agentes Comunitário de Saúde voluntários para atuarem com as cinco ações preconizadas pela Conferencia de Alma-Ata.

[...] como eu trabalhava na Secretaria de Saúde do Estado junto ao setor do Materno Infantil atrelado a UNICEF, existia um grupo de comunidades bastante carentes que tinham crianças com diarreia, com problema de diminuição de aleitamento materno, vacina atrasada e foi praticamente nessa época que começou, foi em 1983, eu fui trabalhar com comunidades e foram aproveitadas pessoas, mães que trabalhavam no clube de mães[...] (E7);

[...] em 1983, foi quando surgiu os programas, projetos que eram trabalhados com o grupo do UNICEF, existiam um grupo de comunidades bastante carentes[...] (E4);

De acordo com Neuman (2000) a Pastoral da Criança foi criada no Brasil no ano de 1983 pela Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB, sem fins lucrativos, de natureza filantrópica, decretada de Utilidade Pública Federal. A base do seu trabalho é a comunidade e a família para a manutenção da infância, desde da concepção até os seis anos de vida, investindo no desenvolvimento infantil e a solidariedade entre as famílias.

Em 1985 a Pastoral da Criança se implanta no Estado do Maranhão com o apoio da Secretaria de Estado da Saúde, esta indicou os profissionais para realizarem o treinamento de capacitação das pessoas das comunidades que fariam parte do trabalho. A irmã Speciosa Rebouças de Melo foi pioneira no Maranhão na coordenação das Ações da Pastoral da Criança.

[...] eu trabalhava na secretaria de saúde na área de recursos humanos quando veio a solicitação que alguém da secretaria indicasse uma pessoa para fazer o treinamento de implantação da Pastoral da Criança no Maranhão [...] (E6).

[...] a irmã Speciosa ela era coordenadora estadual da pastoral da criança, então foi assim, foi a primeira coordenadora foi quem implantou a pastoral da criança no estado, iniciando aqui em São Luís na paróquia nossa Senhora da Glória e depois foi expandido para outras dioceses[...] (E2).

Em carta escrita a todas mulheres que se dedicavam ao trabalho da Pastoral da Criança, Zilda Arns Neuman descreve sua chegada no Maranhão em 1986 e sua ida a Vila Conceição no bairro do Coroadinho e o encontro com a Irmã Speciosa:

Estava nesse momento chegando em São Luís do Maranhão e Frei Eurico Loher, padre franciscano, e Irmã Speciosa, capuchinha, levaram-me a visitar a Vila Conceição, da favela do Coroadinho, a primeira experiência naquela cidade. Eram casinhas de barro, faltava água, miséria absoluta. Quando cheguei na capela, as líderes e suas famílias estavam me esperando felizes e jogavam pétalas de flores e me beijavam com todo o carinho que até hoje sinto os seus beijos no meu pescoço, pois a desnutrição de gerações as havia deixado bem mais baixas. (PASTORAL DA CRIANÇA, 1993).

A Pastoral da Criança atuava através de um líder que fazia a visita domiciliar, acompanhando gestantes e, no máximo, 15 crianças de famílias próximas à sua residência. Realizavam o “Dia da Celebração da Vida” e mensalmente a aferição do peso das crianças e uma avaliação mensal chamada de “Reunião para Reflexão e Avaliação” (PASTORAL DA CRIANÇA, 2007).

As enfermeiras em relação a parceria com a Pastoral da Criança consideraram de extrema importância para o acompanhamento das crianças e que esta sedimentou a relação intersectorial, as ações quando aconteceram, foram diversificadas, porém limitadas à realidade social da respectiva comunidade (MARQUES et al, 2012).

O UNICEF e a Pastoral da Criança não tinham recursos financeiros suficientes para o pagamento dos profissionais de saúde. Sendo assim, a Secretaria de Estado da Saúde cede profissionais para atuarem através das Ações Integradas à Saúde (AIS), com repasse financeiro do INAMPS.

[...] eu fui agregada ao grupo porque eu trabalhava na secretaria de saúde do estado, eu era enfermeira, eu já tinha alguns passos em relação ao trabalho de comunidade [...] (E2)..

[...] em 1987 fui designada pela secretaria municipal de saúde a participar das Ações Integradas de Saúde eram coordenadas pela pediatra Maria Jose representante da UNICEF no Maranhão [...] (E5).

As Ações Integradas à Saúde tinham a proposta, no discurso, de integrar os serviços de saúde públicos, descentralizando o sistema de assistência médica, idealizando uma “porta de entrada” através de uma rede básica para o sistema (PIMENTA, 1993).

Os profissionais de saúde que atuavam na Saúde Pública na década de 1980 no Maranhão estavam nos hospitais, já que o INAMPS atuava de forma curativa e individualizada e os municípios tinham a prerrogativa da atenção de prevenção coletiva com recursos próprios, inviabilizando assim que essa atenção acontecesse.

Em 1983 observou-se uma expansão abrupta de leitos hospitalares, sendo que esta foi resultado da articulação público/privado, as internações passaram de 2.802.051 em 1970 (3,01 por 100 habitantes) para 12.071.162 em 1983 (9, 58 por 100 habitantes) chegando a 15.381.238 (10,27 por 100 habitantes) em 1992 (BRASIL, 1994).

As Secretarias Estaduais e Municipais, bem como a UFMA foram solicitadas a convidarem os profissionais de saúde que voluntariamente pudessem colaborar com as ações de Atenção Primária nas comunidades.

[...] eu trabalhava na secretaria de saúde na área de recursos humanos quando veio a solicitação que a secretaria indicasse uma pessoa para fazer o treinamento, que era o primeiro treinamento para implantação da Pastoral da criança no estado [...] (E2).

[...] Como eu trabalhava na Secretaria de Saúde do Estado junto ao setor do Materno Infantil atrelado a UNICEF[...] (E7).

[...] nós éramos cinco profissionais do Materno Infantil, um médico pediatra, um médico ginecologista, uma enfermeira, uma assistente social e uma dentista e nós começamos a fazer esse trabalho no bairro da Camboa [...] (E5).

A Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão articula-se com a Universidade Federal do Maranhão, que por sua vez precisava capacitar professores e alunos para a Atenção Primária à Saúde, esta desenvolveu o projeto de extensão PRODIMA (Projeto de Controle de Doenças Diarreicas Infantis no Maranhão)

[...] quando foi na década de 1980 com o Doutor Jackson Lago como secretário de saúde chamou a Doutora Helena Castro e a Universidade, a Secretaria de Estado de Saúde, o UNICEF, nós começamos a implantar um trabalho mais estruturado aqui em São Luís [...] (E3).

Os bairros em São Luís tinham pouca ou nenhuma infraestrutura, com um saneamento inexistente e sem água potável na maioria. A situação socioeconômica produzia locais de extrema pobreza com grande quantidade de crianças desnutridas, apresentando diarreia nos primeiros meses de vida e conseqüentemente mortalidade infantil em taxas altas.

[...] começou se olhar o outro lado dessa história, era animal que dormia junto com eles, era a higiene deles, era a promoção de saúde de forma geral, a gente começou vê que não era só a questão do soro oral, mas o que levava a criança a ter diarreia, a água não era filtrada, a lama que a maré vinha elas brincavam dentro daquela água que as fezes eram depositadas[...]

[...] era uma higiene péssima, um local extremamente difícil de se trabalhar, porque agente trabalhava por cima da lama, quantas vezes

nós ficamos, é, passando assim quatro, cinco horas parado, que a maré subia e a gente não podia descer[...] (E7).

A realidade socioeconômica do Maranhão na década de 1980 se apresentava com elevados índices de pobreza extrema. Cerca de mais da metade da população no final da década de 1980 se encontrava abaixo da “linha da pobreza”, sendo que no início do ano de 1980 esse índice era de 50,6% e atingindo 55,6% no ano de 1988 (PESSOA; MARTINS, 2015).

Na década de 1980, o Banco Mundial se reestruturou administrativamente redefinindo a política de ajustes econômicos, como suporte para implantação do projeto global de desenvolvimento. A contenção de despesas públicas na área social foi imposta como forma de ajuste, o financiamento de projetos sociais se apresentou mais importante como medida compensatória para “proteção dos pobres”(BIRD, 1988-b; BIRD, 1983).

O território se apresentava como um campo minado, onde as ações curativas e individualizadas não mudavam os indicadores em saúde, além de não serem universalizadas. O êxodo rural fazia com que os bairros crescessem muito rápido sem nenhuma estrutura, formando bolsões de doenças contagiosas e que precisavam de intervenções intersetoriais, ademais, existia um abismo entre as pessoas, os profissionais de saúde e as instituições.

Nos territórios de extrema pobreza as ações de saúde devem ser aplicadas com coerência, sensibilidade aos problemas da comunidade e responsabilidade social, onde as medidas adotadas devem ser sustentáveis longitudinalmente para o alcance da capacidade resolutiva (FRANÇA; MODENA; CONFALONIERI, 2016).

De acordo com Matsumoto et al (2011) e Kawata et al (2001), o trabalho da enfermeira é reconhecido como prática social, ou seja, é um trabalho que atente as necessidades sociais de acordo com o momento histórico.

Para França et al (2016) na APS a enfermeira é uma liderança valorosa em territórios de pobreza extrema, atuam na gestão e assistência com ingerência nos processos de reflexão, ações de promoção de saúde e integralidade de cuidados junto a essa realidade

A extrema pobreza do Maranhão na década de 1980 e a Política Nacional Pública de Saúde segregativa, além de indicadores de mortalidade formavam o território da experiência de trabalho das enfermeiras na APS.

5.2 A Experiência

Para o desenvolvimento das ações de Atenção Primária à Saúde realizadas na década de 1980, foi necessária atuação de profissionais de saúde com experiências em ações de saúde na comunidade que se aproximassem da APS para orientação e capacitação das pessoas.

As Secretarias começaram o processo de convite aos profissionais de saúde, sendo que as enfermeiras foram as primeiras dentre os demais profissionais de saúde a serem contatadas, pois seriam vistas como as mais próximas do trabalho nas comunidades.

[...] eu fui agregada ao grupo porque eu trabalhava na secretaria de saúde do estado, eu era enfermeira, eu já tinha alguns passos em relação ao trabalho de comunidade. Já tinha alguma experiência no interior que eu morava em Pedreiras e trabalhava em unidade de saúde que fazia trabalhos de comunidade e nessa época também já estavam começando a surgir dentro da secretaria trabalhar com mulher e criança eu tive essa indicação de fazer parte do grupo em oitenta e sete[...] (E7).

Precisamos refletir a enfermeira como primeira escolha sob dois pontos de vista, o primeiro como possível visibilidade da enfermeira entre outros profissionais de saúde por apresentar habilidades e competências capazes de lidarem com as questões de saúde cotidiana das comunidades, oferecendo cuidado coletivo e individual, levando em consideração a singularidade e subjetividade, além da capacidade de incorporar tecnologias, conhecimentos epidemiológicos, trabalho em equipe e articulação com a comunidade.

O trabalho da enfermeira valoriza o único, a subjetividade, a experiência, a singularidade, a sabedoria popular e o benefício social, sendo valores que alicerçam o desenvolvimento das práticas de saúde em Atenção Primária e liderança sob o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (SPINDOLA; SANTOS, 2005).

A enfermagem exerce um papel fundamental na participação comunitária pois facilita a interação com o sistema de saúde, promovendo o

exercício do direito a saúde em conformidade com as políticas de atenção à saúde (BRASIL, 2012).

Para Barbianiet al (2016) o trabalho da enfermeira é imprescindível e habilidoso na gestão, na assistência e na Atenção Primária à Saúde.

Nelson (2011) argumenta que a enfermeira compreende qual a intervenção mais adequada para as necessidades das pessoas, que mesmo quando a intervenção primária é apoio emocional, esta não acontece pelo fato da enfermeira ser uma pessoa boa ou naturalmente prestadora de cuidado por conta da sua natureza feminina ou da vocação religiosa, mas esta acontece pela compreensão e competência da enfermeira, é uma intervenção que requer muito mais do que segurar a mão, requer educação e formação pertinente.

De um outro ponto vista podemos refletir que a primeira escolha da enfermeira em detrimento a outros profissionais de saúde se deu pelo trabalho ser voluntário e a imagem da enfermagem está ligada a caridade, a devoção.

Nelson (2011) argumenta que a imagem da enfermeira, como sempre apoiadora, carinhosa e querida, adverso da imagem de profissional altamente qualificada, é elaborada pelas próprias enfermeiras. As enfermeiras se apresentam como anjos ou pessoas dóceis e queridas, fenômeno intitulado pela autora de “Roteiro da Virtude” sendo este considerado um reforço positivo para a enfermagem continuar sendo desenhada como não profissional.

Persiste a imagem da Enfermagem de fé, caracterizada pela doação ao próximo e sem receber a mesma valorização dada as demais profissões da área da saúde (FENTANES, 2011).

De acordo com Naurderer e Lima (2005) as referências associadas as enfermeiras se apresentam pelas representações de anjos de branco, santas e religiosas, que podem ser explicadas, pelas virtudes apresentadas pelas religiosas, tais como: obediência, respeito à hierarquia e humildade. As enfermeiras também são vistas como seres celestiais que por sua vez não sentem dores, não têm necessidades, horários ou família.

[...] nós trabalhávamos como voluntários, não recebíamos exatamente, nunca, nenhum centavo [...] (E2).

[...] nenhuma, nenhuma das enfermeiras recebeu alguma coisa, era de forma voluntária e era, e agente entendia que nós ganhávamos muito com esse trabalho, que agente aprendia, agente ensinava [...] (E6).

De acordo com Domeneghetti (2001) o trabalho voluntário é determinado em Lei como atividade não remunerada, prestada por pessoa física a entidade pública de qualquer natureza, ou instituição privada de fins não lucrativos, que tenha objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou de assistência social e vem recebendo cada vez mais atenção dos diferentes setores organizados da sociedade.

A figura silenciosa do cuidado se apresenta pela invisibilidade do cuidado ao outro e da profissão de enfermagem que está ligada ao voluntariado, a espontaneidade, ao cuidado não explícito, sendo este não percebido pelo outro (BAGGIO; ERDMANN, 2010).

A enfermeira deve assumir a responsabilidade de comunicar a enfermagem como modelo profissional e experiente para que condições de evolução sejam possíveis além da expressão “Diga pouco, faça muito” viabilizando a sua visibilidade no sistema de saúde (NELSON, 2011).

Os outros profissionais de saúde foram agregados a experiência pela articulação das enfermeiras inicialmente contatadas.

[...] em 1987 eu fui para o ASMIN juntamente com a UFMA e a UNICEF aí eles precisavam de uma figura de enfermeira e eu era a única enfermeira do grupo e começou a fazer parte desse grupo e eu nessa época tomava conta de duas comunidades que era Vila Embratel e Vila Sarney Filho. Aí nós tínhamos mais ou menos, éramos seis, cada uma ficava com duas comunidades para trabalhar[...] (E3; E7).

[...] aí no Materno que, na época era a doutora J, a diretora, aí ela me chamou, porque sabia que eu gostava disso, eu fui buscando os outros profissionais, veio o médico pediatra [...] (E1).

De acordo com Rossi e Silva (2005); Willig e Lenart (2002) a enfermeira tem a capacidade de articulação dos processos de trabalho em saúde, sendo que consegue interagir com todos os outros profissionais da saúde tornando-se referência de convergência e distribuição de informações para estes tanto quanto para os usuários dos serviços.

Para Propp et al (2010) as habilidades de comunicação interprofissional utilizadas pelas enfermeiras as tornam elo entre os demais profissionais da saúde. Estas habilidades são um conjunto de estratégias que asseguram melhor tomada de decisões, pois buscam e processam informações para os demais profissionais individualizando-as aos usuários do serviço.

Propp et al (2010) ainda afirma que as enfermeiras são os membros centrais da equipe de saúde e estão em uma posição que influencia a qualidade da oferta de serviços aos usuários, bem como, a interação entre os profissionais de saúde.

Após o processo de agregação dos profissionais de saúde ao projeto iniciou a aproximação com as comunidades escolhidas por estudos epidemiológicos da UFMA junto a UNICEF.

Era necessário o estabelecimento de vínculo permanente com as comunidades, as enfermeiras começaram a aproximação das comunidades buscando as pessoas que exerciam liderança através de prestação de apoio e suporte em situações de adoecimento e busca pelos serviços de saúde.

[...] qual era o nosso maior objetivo? Construir pessoas dentro da comunidade para vim com agente poder trabalhar, capacitando essas pessoas, para fazer o trabalho a essas duas populações, mulher e criança[...] (E3).

[...]eles começavam a chamar várias pessoas que quiseram ajudar outras mães e geralmente eles faziam parte e eu observei muitas pessoas de clubes de mães e que essas pessoas,elas sendo identificadas[...] (E5).

A visão da sociedade é que dos cortiços saíam não só as epidemias, mas também: vadios, viciados, jogadores, criminosos, bêbados e prostitutas. Assim, esses espaços se constituíam um território tenebroso, habitado por pessoas perigosas e potencialmente ameaçadoras (CARVALHO, 2002).

A entrada das enfermeiras nas comunidades com o propósito de identificar as lideranças e torna-las participantes das ações de saúde de forma voluntária foi um dos maiores desafios, pois as comunidades escolhidas eram periféricas, pobres. Segregadas pela falta de atenção do poder público, locais de difícil acesso social.

De acordo comLaperrière (2007) as enfermeiras não são apenas simples intermediários, que de forma passiva ligam o mundo acadêmico e redes de serviços públicos a comunidades, mas de acordo com o contexto e situação adaptam a comunicação por possuírem autonomia.

[...] eram só mulheres, quando nós começamos no grupo eram só mulheres e eram aquelas mulheres que tinham uma certa liderança dentro da comunidade [...] (E5).

[...] eram mulheres alfabetizadas ou semialfabetizadas e até mesmo analfabetas [...] interessante era que elas trabalhavam, as analfabetas buscavam os netinhos para fazer as escritas, precisava preencher a ficha e elas não sabiam, mas tinham um poder de

persuasão muito grande na comunidade e isso me chamava a atenção [...] (E3).

As mulheres eram a maioria das lideranças escolhidas para o trabalho voluntário como Agente Comunitário de Saúde na década de 1980, sendo esta escolha das enfermeiras importante estratégia para o alcance das comunidades.

Em 1991 na terceira Conferência Internacional de Saúde em Sundsvall na Suécia se identificou como estratégia fundamental para ação em Saúde Pública as ações realizadas por mulheres (BRASIL, 2002).

De acordo com Vaistman (1997) percebeu-se as mulheres como protagonistas, âncora e pontes de suas comunidades, mas ainda presas a determinados padrões femininos difíceis de serem rompidos.

Mesmo com o reconhecimento do poder das mulheres nas comunidades, estas mantiveram em jornada tripla, pois as tarefas domésticas e o cuidado com a família continuavam sob a responsabilidade das mulheres, sendo que os seus parceiros não dividem essas tarefas (ARAUJO, 2016).

[...] O trabalho de Agente Comunitário estava se fortalecendo e ocupando o espaço dessas mulheres e elas ao mesmo tempo trabalhavam de lavagem e em casa de família [...] (E1).

Após a identificação das lideranças, sendo estas em sua maioria mulheres segue-se para o momento de capacitação destas que deveriam ser capazes de monitorar a comunidade, identificar situações de adoecimento e acompanhar a implementação de soluções, além da necessidade de forte comunicação com a comunidade e os profissionais de saúde, formando um canal aberto e fluido de informações.

As enfermeiras atuavam como instrutoras-supervisoras-assistenciais, suas ações se iniciavam pela capacitação dos Agentes Comunitários voluntários através de reuniões onde conhecimentos sobre as doenças diarreicas entre as crianças, aleitamento materno, pré-natal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças. As capacitações tinham como referência o material produzido pelo UNICEF e Pastoral da Criança.

A enfermeira volta se para o desenvolvimento de uma prática que se insere no contexto social que consegue identificar quais os problemas sociais são fatores de risco para questões de saúde, a enfermeira entende a necessidade do vínculo.

[...] nós treinávamos, as agentes eram capacitadas a identificar sinais de desidratação, a ensinarem as mães a fazerem o soro caseiro de reidratação oral [...] (E6).

[...] ensinávamos a pesar as crianças e verem o quanto ganharam de peso, a importância do aleitamento materno para prevenção de doenças nos menores de um ano de vida [...] (E5).

Além do trabalho de instrução dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) voluntários as enfermeiras também eram responsáveis pelo acompanhamento e supervisão que envolvia a realização de visitas domiciliares, recebimento das fichas com as informações da área e atendimento de demandas do trabalho dos agentes.

[...] as ações eram semanalmente. Eu ia, olhava as fichas, ouvia elas. Tinha uma hora de escuta mesmo para dizer o que elas tinham visto, o que elas necessitavam mais para gente poder fazer uma visita [...] (E3).

[...] fazíamos a primeira orientação, ensinávamos como a mãe ia fazer o soro caseiro, como administrar na criança e o agente de saúde acompanhava, depois o agente de saúde ia fazendo e nós íamos acompanhando e depois eles já faziam sozinhos, mas sempre monitorado pela enfermeira, no caso por mim e por outras colegas enfermeiras[...] (E6).

De acordo com Silva (2014) a supervisão dos (ACSs) historicamente e atualmente está sob a responsabilidade da enfermeira, por ser considerado o profissional mais próximo dos agentes, mesmo a legislação vigente não incumbindo explicitamente ao enfermeiro essa atribuição.

Em relação a comunidade as enfermeiras precisaram de estratégia de alcance das comunidades, as reuniões que objetivavam a disseminação de informações importantes para a promoção de saúde e prevenção de doenças aconteciam na própria comunidade, porém a adesão ainda era pouca.

Dessa forma, as enfermeiras usaram três estratégias, a saber, mudança de horário e dia da semana, além de identificar na comunidade qual organização teria mais força de persuasão dos moradores.

[...] agora agente tentava muito com a união de moradores de lá, como a Liberdade é um bairro extremamente diferente, ele tinha características diferentes de bairros, agente considerava um bairro quilombola e nós não podíamos entrar na comunidade, a gente só

podia entrar se a união de moradores nos permitisse e eles faziam parte do trabalho [...] (E2; E3; E5).

[...] nós nos reuníamos em uma igreja lá na Camboa e o Padre cedeu a salinha onde aconteciam as reuniões, as vezes era dia de sábado as vezes dia de domingo quando não tinha missa ou nenhuma ação da igreja[...] (E1; E4; E6).

[...] as reuniões não eram só com as lideranças, sábado e domingo quando nos reuníamos era com a comunidade e só nos reuníamos após a novela ou após o filme e aí comunidade aceitava e vinha [...] (E4).

Os profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde devem ter conhecimentos, habilidades e atitudes que consigam acessar as comunidades, devem ainda conhecer técnicas de manejo de grupos, bem como, o entendimento do contexto cultural no qual estão inseridos. (FORTUNA et al., 2013).

A enfermeira busca a participação da comunidade em seu próprio processo terapêutico através de estratégias que estimulem soluções coletivas para os problemas vivenciados pela mesma (FELIPE, 2011).

De acordo com Oliveira et al (2013) é imprescindível que as enfermeiras utilizem estratégias que tenham como objetivo a participação da comunidade no processo de cuidado e que este seja significativo, as estratégias devem ter a participação popular como fundamento para o exercício da cidadania, fortalecendo a construção da autonomia dos condicionantes e determinantes de saúde.

As reuniões com as comunidades estabeleceram um lugar de encontro com as famílias, que precisavam serem alcançadas para que articulassem mecanismos próprios de enfrentamento dos problemas de saúde.

De acordo com Chapadeiro (2011) as famílias segundo suas crenças e valores se articulam para o enfrentamento dos problemas de saúde, assim como na oferta e disponibilização de recursos sanitários.

Na experiência as conversas com as famílias estabeleceram vínculos com as enfermeiras e fortaleceram o trabalho de Atenção Primária à Saúde fazendo com que as famílias pudessem adquirir autonomia no enfrentamento das doenças de maior incidência na época.

[...] as agentes juntavam as famílias e íamos conversando por que o soro oral abrangia a todos, não era só mulher em idade reprodutiva, chamávamos avós, os tios, todos da família[...] (E1).

[...] então começamos a orientar as famílias olhando realmente para o problema dentro da comunidade e orientando[...] (E3).

Para Costa et al (2014) a comunidade precisa ser despertada para o real valor da saúde através das ações educativas em saúde, incentivando as pessoas a serem coparticipantes e corresponsáveis pelo processo saúde-doença.

Santos e Miranda (2016) afirmam que o vínculo proporciona uma relação horizontal desconstruindo a hierarquização do profissional sobre o usuário favorecendo a proximidade entre ambos através da conversação, escuta e troca de saberes, sendo este um trabalho vivo.

O vínculo das enfermeiras com os Agentes Comunitários voluntários e a comunidade foi essencial para que ações não medicalizadas e de tecnologia leve como, o soro caseiro e a multimistura fossem acolhidas e efetivadas.

O soro de reidratação oral mais conhecido como soro caseiro se apresenta como uma tecnologia leve e social, de fácil acesso e podendo ser produzida por qualquer pessoa da comunidade.

A multimistura era composta por folhas, farelos e cascas, desenvolvida pela médica pediatra Clara Brandão como suplemento alimentar no combate à desnutrição infantil na década de 1970. Na década de 1980 o seu uso se expandiu em território nacional, financiada pela Fundação Banco do Brasil e adotada pela Pastoral da Criança (MARQUES, 2012).

[...] em uma sexta – feira eu estava na comunidade junto com o Pediatra, e a líder da comunidade chegou e disse ao Pediatra: deixe o atestado de óbito de uma criança, tem uma criança na comunidade que tá com olhinho virado para o pôr do sol, se ele morrer não vai dar trabalho [...] o Pediatra virou para mim e disse: é com você!
[...] vamos fazer o soro caseiro nessa criança. A senhora vai dando o sorinho [...] na segunda-feira bati meu ponto e depois corri para comunidade para ver a criança, ao chegar na casa e perguntar por ela, a mãe diz: ela está com o olhinho brilhando[...]

Adoção pelas comunidades de tecnologias leves em detrimento a busca pelos serviços hospitalares ou aceitação passiva da morte, ocorreu por um processo de conquista da confiança e introdução de conceitos de autocuidado através das enfermeiras.

De acordo com Iriart et al (2011) para prestação de cuidados é imprescindível algumas condições, entre estas, o fortalecimento dos atores envolvidos equipes de saúde e usuários, estes por sua vez devem ter

autonomia, para que se alcance a resolução das necessidades de saúde da criança e sua família.

Para Leopardi (2000) na década de 1980 a enfermagem sustentou a sua opção pela população, defendendo a vida das pessoas, porém a tendência democrática ficou mais no discurso. Protagonizar transformações deve ser uma constante para a enfermagem, mesmo que tenha que rever sua prática.

Em estudo de Moraes et al (2011) afirma que o vínculo está ligado as necessidades de autonomia e autocuidado, possibilitado pela relação de confiança que fortalece o enfrentamento do processo saúde-doença.

Oliveira (2012) afirma que um serviço de saúde para ser considerado acessível é imprescindível as seguintes características: abordagem fácil, sem barreiras geográficas, financeiras, culturais ou de comunicação.

Ainda segundo Santos e Miranda (2016) o enfermeiro é essencial no processo de construção de novos paradigmas em Saúde Pública, pois valorizam o relacionamento com o usuário e torna-se um profissional com maior resolutividade e agente de transformação.

Uma experiência de trabalho de odontólogas com comunidade quilombola publicado por Oliveira et al (2012) afirma que nos diálogos da referida comunidade a figura da enfermeira se apresenta como protagonista do cuidado dentre os demais profissionais da equipe de Estratégia Saúde da Família, especialmente com as crianças.

A década de 1980 é considerada por Pires (1989) como uma das décadas que mais ocorreram mudanças na profissão de enfermagem, com desafio a hegemonia do positivismo que dominava a área da saúde.

Em 08 de julho de 1987 através da Lei 7.498 do exercício profissional decreto 94.406 foi regulamentada a consulta de enfermagem como atividade própria do enfermeiro (BRASIL, 1987).

[...] para se ter uma ideia, a consulta de enfermagem foi trazida aqui para São Luís do Maranhão, iniciou-se no Centro de Saúde da Vila Palmeira através de nós[...] a primeira consulta para gestantes era com enfermeiras, a puericultura[...] a criança só ia para o médico se ela estivesse doente, se não, ela ficava acompanhada de 0 a 5 anos de idade na puericultura pela enfermeira[...] (E3; E4).

A consulta de enfermagem é um espaço importante para o desenvolvimento das práticas de cuidado, pois a enfermeira tem a possibilidade de ouvir demandas, avaliar as condições de saúde físicas e psicoemocionais (ACIOLI, 2014).

Segundo Maranha et al (2017) a percepção dos usuários em relação a consulta de enfermagem é que se sentem mais próximos da enfermeira, facilitando o vínculo, sendo que estes referem que as enfermeiras dispensam mais atenção e conseguem conversar com mais profundidade.

As enfermeiras nesta experiência enfrentaram alguns percalços para exercerem o seu papel na APS, se deram especialmente por parte da instituição hospitalar do INAMPS.

[...] somente as enfermeiras tinham que vestir a roupa branca, de meia. Os outros profissionais de saúde não eram obrigados, mas as enfermeiras sim. Eu tinha que ir de branco para a comunidade, que recebia como uma agressão, a comunidade achava que era mais um trabalho político partidário[...] (E1).

A enfermagem historicamente apresenta atitudes de enfrentamento em detrimento ao atendimento às pessoas que mais precisam, lidando com a possibilidade de romper com regras para exercer a sua essência profissional (NAUDERER; LIMA, 2005).

De acordo com Vietta (1998) a enfermagem carrega consigo o estigma de ser exercida em sua maioria por mulheres tendo a obrigação de exercê-la com muita vocação, idealismo e desprendimento.

O uniforme branco obrigatório era um limitador, pois a ida das enfermeiras as comunidades sem a “supervisão médica” era uma possibilidade de visibilidade de uma profissão autônoma que conseguia muito além do que atender prescrições médicas.

Uma instituição ou grupo é identificado através de um uniforme, que vem a ser um tipo específico de vestimenta para determinada categoria, o uniforme funciona como objeto disciplinador, propondo padronizar atitudes e comportamentos de quem o veste (PERES et al, 2003).

De acordo com Àvila et al (2013) a imagem e visibilidade da enfermagem em detrimento a medicina implica no comprometimento na construção do vínculo da enfermeira com as pessoas.

De acordo com Nauderer e Lima (2005) a relação imagem/identidade é um fenômeno histórico, social e político, sendo esta uma totalidade controversa, múltipla e mutável. A imagem profissional encaminha à identidade da profissão, relacionada às suas características e significados exclusivos.

São inúmeras as associações as enfermeiras como anjos de branco ou religiosas, explicadas tanto na cor dos uniformes, como nas virtudes que acompanham as religiosas e as enfermeiras: obediência, respeito a hierarquia e humildade. Por serem seres quase celestiais, não sentem dor, não têm necessidades, horários ou família (PADILHA, 1997; RODRIGUES 1997).

6 CONCLUSÃO

As memórias resgatadas das enfermeiras sobre o seu trabalho nas ações de Atenção Primária de Saúde desenhavam um território de desigualdade social e uma política de atenção a saúde segregativa onde a cidadania não era universal e sim comprada por caixas de categorias profissionais.

O Maranhão não diferente do restante do país tinha uma oferta de serviços de saúde hospitalocêntrico em um misto público/privado, sendo grande parte da população estava isolada em bairros sem infraestrutura, bolsões de pobreza. As ações de saúde eram pensadas apenas pelo fundamento bacteriológico sem considerar determinantes sociais.

A oferta de serviços de saúde em São Luís na década de 1980 era restrito aos hospitais do INAMPS, suas tecnologias leves - duras e duras. Esta oferta não conseguia responder a alta incidência de mortalidade infantil e materna.

As doenças diarreicas levavam ao óbito as crianças por desidratação antes que conseguissem ser atendidas na rede “pública” e as mulheres sem acesso ao pré-natal próximo as suas moradias caminhavam de maneira incerta para o parto.

As enfermeiras participantes das ações de Atenção Primária à Saúde atuavam dentro de hospitais de forma curativa e individualizada inseridas em um modelo consolidado privado hospitalar.

O UNICEF e a Pastoral da Criança apresentaram projeto com objetivo de redução da mortalidade infantil e materna através de ações primárias de saúde com capacitação de profissionais de saúde.

A escolha dos profissionais para participarem voluntariamente das ações nas comunidades ocorreu por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde e Universidade Federal do Maranhão, que disponibilizou de forma voluntária profissionais que se identificassem ou fossem identificados com o trabalho na comunidade.

As enfermeiras foram as primeiras, dentre os outros profissionais de saúde participantes, escolhidas pelo estigma da vocação, voluntariado e doação ao próximo, pois as mesmas eram obrigadas a se manterem com uniforme branco disciplinador e identificador da sua submissão.

Na experiência estudada, as enfermeiras envolvidas exerceram de forma autônoma o cuidado principalmente à gestantes e crianças através da consulta de enfermagem. Realizaram pré-natal e puericultura em Centros de Saúde podendo ser esta ação considerada pioneira no Maranhão.

As enfermeiras foram responsáveis pela vinculação das mulheres da comunidade ao projeto de Agentes Comunitários de Saúde voluntários, estas adentraram as comunidades e identificaram as lideranças sensibilizando-as para dedicação de parte de sua jornada.

As lideranças que aderiram ao trabalho voluntário de Agente Comunitário de Saúde foram capacitadas pelas enfermeiras envolvidas na experiência de ações de APS, instruídas para o crescimento e desenvolvimento infantil, aleitamento materno, reidratação oral, cuidados de higiene, cuidados com a gestante. As enfermeiras também foram responsáveis pela supervisão das agentes, além de prestarem atendimento às famílias e comunidade.

As enfermeiras aplicaram tecnologias leves de alcance a toda comunidade, ensinaram o soro caseiro que reidratou as crianças acometidas pelas doenças diarreicas e as livrou do óbito. O vínculo estabelecido pela relação enfermeira-comunidade proporcionou a confiança necessária para adesão a tecnologia leve como o soro caseiro em detrimento ao hospital.

As memórias estudadas delinearam as enfermeiras como protagonistas das ações de Atenção Primária à Saúde na década de 1980, onde as mesmas estiveram à frente de todas as etapas aplicadas na comunidade rompendo com o preconceito institucionalizado, dando visibilidade a profissão.

O trabalho das enfermeiras contribuiu significativamente para o alcance da resolutividade, com a melhora dos indicadores de mortalidade materna e infantil, territórios de extrema pobreza são para as enfermeiras férteis, pois esta apresenta competências e habilidades que conseguem modificar contextos de vulnerabilidade social e de saúde.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, V. **História oral: a Experiência da CPDOC**. Rio de Janeiro. Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1990.

_____, V. **Manual de História Oral**. Rio de Janeiro. 2a.ed. Fundação Getúlio Vargas, 2004. 234pg

ALEIXO, J. L. M. A Atenção Primária à Saúde e o Programa Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 1-16, jan. 2002. Disponível em: <<http://www.epidemiologia.ufpel.org.br/proesf/2%20Aleixo%202002.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2016.

ALMEIDA, M. C. P. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva: rede básica de saúde em Ribeirão Preto**. 1991. 297f. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991.

ALMEIDA, M. C. P. et al. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva: rede básica de saúde. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 61-112.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989.

ALMEIDA, M.C.P.; BARREIRA, I.A. Mestrados e doutorados em enfermagem. In: CHOMPRÉ, R.R. et al. (orgs). **Educação de enfermagem na América Latina**. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG/Fundação Kellogg, 1998.

ANDRADE, L. O. M; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S et al. (Org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 783–836.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 1999.

ANTUNES, R.; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educação e Sociedade**, v. 25, n. 87, p. 335-351, mai. 2004.

ARAÚJO, C.F. dos S. Dupla Jornada de Mulheres Inseridas no Mercado de Trabalho Turístico de Aracaju-SE. **Anais I Seminário Nacional de Sociologia da UFS**, 2016.

AROUCA, S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo: UNESP. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática. **Interface**, Botucatu, v.4, n. 6, p. 117-120, fev. 2000.

BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L. (In) visibilidade do cuidado e da profissão de enfermagem no espaço de relações. **Actapaul. enferm**, v. 23, n. 6, p. 745-750, 2010.

BARBIANI R.; DALLA NORA C.R.; SCHAEFER R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2016;24:e2721. [Access 13 de maio de 2016]; Available in: _____ . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721>

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. 6a ed. Lisboa. Edições 70; 2011

BARREIRA, I.A. Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 87-93, julho 1999

BARREIRA, I. A. **A enfermeira Ananéri no país do futuro: a aventura da luta contra a Tuberculose**. 1992. 335 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992.

BAUER, M. W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Org.) **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2002.

BECKER, H. S. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. Tradução de Marco Estevão. 3a edição. São Paulo: Editora Hucitec, 1994.

BERNARDO, W. M.; NOBRE, M. R. C.; JATENE, F. B. A prática clínica baseada em evidências: parte II – buscando as evidências em fontes de informação. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 1, jan. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010442302004000100045&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 ago. 2016.

BODSTEIN, R.C. de A. **Condições de saúde e prática sanitária no Rio de Janeiro, 1890-1934**. Niterói, 1993. Dissertação (Mestrado) -Instituto de Ciências Humanas e Filosofia da Universidade Federal Fluminense

BRASIL. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Portaria nº 1886, 18 dez. 1997. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**, 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencobasica.php>> Acesso em: 31 mai. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2007. 68 p.

_____. Ministério da Saúde. **Empregabilidade e trabalho dos enfermeiros no Brasil**. Brasília, 2006. 130 p.

_____. Leis, etc. Decreto n. 94.406 de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei n. 7498 de junho de 1986 que dispõe sobre o exercício da enfermagem e das outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 de junho 1987.

_____. Lei n. 7498 de 25 junho 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 226 de junho de 1986. p. 9.273-5.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 36 p.

_____. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012. (Série Legislação em Saúde).

BOURDIEU P. **Esboço de uma teoria da prática**. In: Ortiz R, organizador. Pierre Bourdieu: sociologia. São Paulo: Ática; 1994. p. 46-81.

CANDAU, J. **Antropologia de La Memória**. Buenos Aires: Nueva Vision, 2002.

CARVALHAL, J. P. Maurice Halbwachs e a questão da memória. In: **Revista Espaço Acadêmico**, nº 56, jan. 2006. Disponível em: <http://www.espacoacademico.com.br/056/56_carvalhal.htm>. Acesso em: 28/11/2016.

CARVALHO, J.M. de. **Cidadania no Brasil. O longo Caminho**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CASTRO, A. A. **Revisão sistemática e meta-análise**. Disponível em:<<http://www.metodologia.org/meta1.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

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

CHAPADEIRO, C. A. **A Família como Foco da Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011.

CORDEIRO, A. M. et al. Revisão Sistemática: uma revisão narrativa. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01006991200700060012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 jul. 2017.

CYRINO, A. P. P. **Organização tecnológica do trabalho na reforma das práticas e do serviço de saúde**: estudo de um serviço de Atenção Primária à Saúde. 1993. 494 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

DAVIDOFF, L. **Introdução à psicologia**. Tradução de L. Perez. São Paulo: Makron, 2001 (Original publicado em 1976).

DODEBEI, Vera Lúcia Doyle. **O sentido e o significado de documento para a memória social**. Rio de Janeiro: s.n, 1997. 185f. Tese (Doutorado em Comunicação da Escola de Comunicação) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997. EGGGER, M.; SMITH, G. D. Bias in location and selection of studies. **BMJ**, v. 316, n. 61, jan. 1998. Disponível em: <<http://www.bmj.com/archive/7124/7124ed2.htm>>. Acesso em: 07 jul. 2016.

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

DOSSE F. **A História à Prova do Tempo**. São Paulo(SP): Ed. Unesp; 2001

DURKHEIN, E. **As regras do método sociológico**. 2. Edição, São Paulo: Nacional, 1960, p. 74-7

ESPERON, J. M. T. Reflexiones sobre funciones de personal de enfermería. **Revista Cubana de Salud Pública**, Ciudad de la Habana, v. 30, n. 4, dez. 2004. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 24 jan. 2017.

FELIPE, G. F. **Educação em saúde em grupo: olhar da enfermeira e do usuário hipertenso**. 2011. Dissertação (Mestrado). Fortaleza (CE). Universidade estadual do Ceará, UECE, Fortaleza (CE), 2011.

FENTANES, L.R.C. et al. Autonomia Profissional do Enfermeiro: Revisão Integrativa. **Revista Cogitare Enfermagem**, 2011, Jul./Set., v16, n3, p.530-535

FERREIRA, M. de M. François Dosse. **Rev. Bras. Hist.**, São Paulo, v. 32, n. 64, p. 341-350, Dec. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-01882012000200018&lng=en&nrm=iso>. Access on 15 Feb. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-01882012000200018>

FIGUEIREDO, N.M. A. de; SANTOS, I. R. Situação da Enfermagem na Década de 80: no chão, brotando para os anos 90 - experiências vividas e resultados obtidos na direção de um Hospital Público - UFRJ, "num mundo em crise". **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 42, n. 1-2-3-4, p. 110-116, Dec. 1989. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671989000100016&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Dec. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71671989000100016>.

FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, D. F. – A prática de enfermagem na atenção à saúde da criança em Unidade Básica de Saúde. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto. v. 11. n. 4. p.544 a 551. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.?scriptsciarttext&p>> Acesso em:15 Ago. 2016.

FLORES, O.; SOUSA, M. F.M., E. Agentes Comunitários de Saúde: Vertentes filosóficas, espaços e perspectivas de atuação no Brasil. **Com. Ciências da Saúde**. 19(2):123-136. 2008.

FOSSÁ, M. I. T. Proposição de um constructo para análise da cultura de devoção nas empresas familiares e visionárias. 2003. **Tese (Doutorado em Administração)** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

FORTUNA, C. M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-68, abr. 2005.

FORTUNA C.M., MATUMOTO S., Pereira M.J.B., MISHIMA S.M., KAWATA L.S., CAMARGO-BORGES C. Nurses and the collective care practices within the family health strategy. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**,2011;19(3):581-8.

FRACOLLI, L. A.; GRANJA, G. F. A utilização da categoria processo de trabalho pela enfermagem brasileira: uma análise bibliográfica. **Revista da Escola de Enfermagem da UPS**, São Paulo, v. 39, n. spe, p. 597-602, dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39nspe/v39nspea12.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2016.

FRANÇA V.H., MODENA C.M., CONFALONIERI U.E.C. A multiprofessional perspective on the principal barriers to universal health coverage and universal access to health in extremely poor territories: the contributions of nursing. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2016;24:e2795. [Access 03 jan. 2016]; Available in: _____ . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1042.2688>

FREITAS, H. M. R.; CUNHA, M. V. M., JR., & Moscarola, J. Aplicação de sistemas de software para auxílio na análise de conteúdo. **Revista de Administração da USP**, 32(3), 97-109, 1997.

GALVÃO, C. M. Níveis de evidência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 5-5, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a01v19n2.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; ROSSI, L. A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação em enfermagem perioperatória. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 5, p. 690-695, set. 2002.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática de

enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 549-556, mai. 2004.

GARRIDO, J. D. A. I. As fontes orais na pesquisa histórica: uma contribuição ao debate. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 13, n. 25/26, set/93 p. 33-46.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov. 2009.

GORZ, A. **Metamorfoses do trabalho**: crítica da razão econômica. São Paulo: Annablume, 2007.

GREENHALGH, T. Papers that summarise other papers (systematic review and meta-analyses). **BMJ**, v. 315, n. 672, sep. 1997. Disponível em <<http://www.bmj.com/archive/7109/7109ed2.htm>>. Acesso em: 07 jul. 2017.

HALBWACHS, M. **A Memória Coletiva**. Tradução de Beatriz Sidou. 2ª ed. São Paulo: Ed. Centauro, 2013.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-265, abr. 2009.

HIRATA, H. **Nova divisão sexual do trabalho?** Um olhar voltado para a empresa e a sociedade. São Paulo: Boitempo, 2002.

IRIART C., FRANCO T., Merhy E.E. The creation of the health consumer: challenges on health sector regulation after managed care era. **Global Health**. 2011; 7(2):2-17.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Principais destaques da evolução do mercado de trabalho nas regiões metropolitanas abrangidas pela pesquisa**. Rio de Janeiro, 2009. 201 p.

KANTORSKI, L. P. As transformações no mundo do trabalho e a questão da saúde: algumas reflexões preliminares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 5-15, abr. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041169199700020002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 de abr. 2016.

KAWATA L.S., MISHIMA S.M., CHIRELLI M.Q., Pereira M.J.B., MATUMOTO S, FORTUNA C.M. Os Desempenhos da Enfermeira na Saúde da Família: Construindo Competência para o Cuidado. **Texto contexto - enferm**. 2013; 22: 961-70.

LAPERRIÈRE, H. Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva nos Contextos de Pobreza, Incerteza e Imprevisibilidade: uma Sistematização de Experiências Pessoais na Amazônia. **Rev Latino-Am Enfermagem**, 2007 setembro-outubro; 15(número especial).

LAURELL, A. C. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1997.

LE GOFF, Jacques. **História e Memória**. Tradução de Bernrado Leitão. – Campinas, SP: Editora da Unicamp, 1994.

LE MOS, F. C. S. et al . O UNICEF NO BRASIL E AS PRÁTICAS VIZINHAS NA ATUALIDADE. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte , v. 28, n. 1, p. 55-64, Apr. 2016 Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822016000100055&lng=en&nrm=iso>. Access on 06 Feb. 2018. Epub Sep 15, 2015.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da Pesquisa em Saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LIMA, A.S. **O Trabalho da Enfermeira na Atenção Básica: Revisão Sistemática**. 2011. 134p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

LIMA, F.R. et al. Atuação da Enfermeira na Atenção Básica à Saúde: Uma Revisão Integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.27, n.1, p.82-92, jan./abr. 2013.

LOPES, A. L. M.; FRACOLLI, L. A. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.4, p.771-778, out. 2008.

MARANHA, N.B. et al. A Consulta de Enfermagem no Cenário da Atenção Básica e a Percepção dos Usuários: Revisão Integrativa. **Academus Revista Científica da Saúde**, v. 2, n. 1, jan./abr. 2017

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E.M. **Metodologia do Trabalho Científico**. Rio de Janeiro. Atlas, 2017. 256p. 8ed.

MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política. 10. ed. Livro 1, v. I, São Paulo: Difel, 1985. p. 201-259.

MARQUES, I.C. Realidades em Disputa: A Proposição da Prática Alimentar da Multimistura. Liinc em Revista. v.8, n.1, março,2012, Rio de Janeiro, p.251-267

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-514, jul. 2006.

MATOS, J.S., & SENNA, A.K. História oral como fonte: problemas e métodos. **Historia**, 2011, v.2, n.1, p.95-108. Rio Grande do Sul.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M; PINTO, I. C. Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 233-241, jan. 2001.

MEDINA, M. G. **O contexto local, a organização da atenção primária e a implementação de redes integradas de atenção à saúde: resultados da avaliação de dois estudos de caso**. 2006. 269 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

MELO, C. M. M. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B; DEMARZO, M. M. P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, Minas Gerais, v.12, n. 2, p. 204-213, abr. 2009.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública, 2002.

MENDES, E. V. O SUS e a atenção primária à saúde. **Revista de APS**, Minas Gerais, v.8, n. 2, p. 218-219, jul. 2005.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 1992.

MENDES-GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das políticas de saúde**: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1994.

MENEZES, U. B. de. Identidade Cultural e Arqueologia. In: **Revista do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional** nº 20/1984. p. 33. Disponível em: <<http://portal.iphan.gov.br/uploads/publicacao/RevPat20.pdf>>. Acesso em: jun. 2017.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o poder público**. São Paulo: HUCITEC, 2005.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde: um desafio para o poder público**. São Paulo: HUCITEC, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, June 2005.

MONTENEGRO, A. T. **História oral e memória: a cultura popular revisitada**. São Paulo, Contexto, 2001.

MUNOZ, L. A. et al. Vivenciando a maternidade em contextos de vulnerabilidade social: uma abordagem compreensiva da fenomenologia social **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, p. 913-919, Aug. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000400913&lng=en&nrm=iso>.Access on 06 Feb. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000400012>

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 333-345, abr. 2005.

NAUDERER, T. M.; LIMA, M. A.D. da S. Imagem da enfermeira: revisão da literatura. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 1, p. 74-77, Feb. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000100014&lng=en&nrm=iso>.access on 28 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000100014>

NELSON, S. A Imagem da Enfermeira: As Imagens Históricas da Invisibilidade na Enfermagem. **Revista Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, 2011, abr./jun. v.20 n.2 p.223-224.

NEUMANN, Z. A. Pastoral da Criança: uma experiência consagrada. In: CARNEIRO, J. M. B. **Cadernos Adenauer Nove: Fé, Vida e Participação**. São Paulo, Fundação Konrad Adenauer, 2000.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. Loures: Lusociência, 2005.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho em serviços de saúde. In: SANTANA, J. P de (Org.) **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde-SUS**. Brasília: OPAS, 1997.

NORA, P. **Leslieux de Mémoire**. Paris: Gallimard, 1984.

OLIVEIRA, E. B. RODRIGUES, G. M. O conceito de memória na Ciência da Informação: análise das teses e dissertações dos programas de pós-graduação no Brasil. **Liinc em Revista**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p. 311-328, mar. 2011.

Disponível em: <revista.ibict.br/liinc/index.php/liinc/article/download/416/298>. Acesso em: 17 jun. 2016.

OLIVEIRA, R.B. DE S.; M. I. RIBEIRO. A propósito das ações integradas de saúde e a participação dos enfermeiros (Editorial). **Rev.Bras.Enfermagem**. Brasília, v. 37, n. 3/4, p. 155, 1984.

OLIVEIRA, R. B. de S. Memória Individual e Memória Coletiva. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 2, Vol. 13. pp 339-348 Janeiro de 2017. ISSN: 2448-0959.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde**. Alma Ata, 1978.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde**. Ottawa, 1986.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/OMS, 2005. Disponível em: <http://www.paho.org/portuguese/ad/ths/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2016.

PADILHA M.I.C.S., Borenstein M.S. História da Enfermagem: ensino, pesquisa interdisciplinaridade. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**. 2006 dez; 10(3):532-8.

PADILHA, M.I.C.S., BORESTEIN, M.S. O Método de Pesquisa Histórica na Enfermagem. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.14, n.4, p.575-584, out./dez.2005.

PADILHA M.I.C.S. O resgate das raízes: a influência da formação familiar e social na escolha e exercício da enfermagem. [tese de livre docência]. Rio de Janeiro, **Escola Alfredo Pinto/ UNIRIO**, 1991.

PAGLIOSA, F.; ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022008000400012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 jul. 2016.

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z; FILHO-NUNES, A. (Org.). **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PASTORAL DA CRIANÇA. **Guia do Líder da Pastoral da Criança**. 10. ed. Curitiba, 2007. 304 p.

PEDREIRA, B. A. M. **Análise do perfil dos coordenadores da vigilância epidemiológica municipal do estado da Bahia**. 2010. 49 f. (Trabalho de Conclusão de Curso) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação.** 1998. 254 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, jan. 2001.

PEDUZZI, M.; HAUSMANN, M. A enfermagem como prática heterogênea que busca ressignificar as interfaces entre seus diferentes agentes e objetos de trabalho. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2004, Gramado. **Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem.** Gramado: 2004. Disponível em:<<http://www.bstorm.com.br/enfermagem/palestrantes/Marina%20Peduzzi.p hp>>. Acesso em: 16 jul. 2016.

PIMENTA, A.L. **O SUS e a Municipalização à Luz da Experiência Concreta.** Saúde e Sociedade, São Paulo, 2(1):25-40.199

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil.** São Paulo: Annablume, 2008.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-744, set. 2009.

PROGRAMA DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD; DIVISIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD; 99 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. La enfermería de salud pública y las funciones esenciales de salud pública: bases para el ejercicio profesional. **Revista de Enfermería IMSS**, v. 12, n. 3, p. 59-70, 2004. Disponível em: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/B1BFCA9E-8592-41DA-B651-D424BA820F8D/0/3_159170.pdf> Acesso em: 16 jul. 2016.

PUCCIA, M. I. R. O enfermeiro como assessor federal, estadual e municipal. In: SANTOS, A. S.; MIRANDA, M. R. C. (Org.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde.** São Paulo: Manole, 2007. p. 63-80.

ROCHA, J. S. Y. Acerca do saber e da prática de enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 297-303, jul. 1986.

ROCHA, S. M. M. **O processo de trabalho e a enfermagem pediátrica: sociabilidade e historicidade do conhecimento.** 1990. 174 f. Tese (Livre-docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, dez. 2000.

ROTHER, E. T. Revisão Sistemática X Revisão Narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002007000200001&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 ago. 2017.

SANTOS, A. S. Reflexos da história das políticas públicas e de saúde e gestão em atenção primária: desdobramentos para a enfermagem. In: SANTOS, A. S.; MIRANDA, M. R. C. (Org.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. São Paulo: Manole, 2007. p. 41-62.

SANTOS, L.P. G. S. dos; FRACOLLI, L. A. O Agente Comunitário de Saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online]. 2010, v.44, n.1, pp. 76-83. ISSN 0080-62.

SANTOS, R.C. de A.; MIRANDA, F.A.N. Importância do Vínculo entre Profissional-Usuário na Estratégia de Saúde da Família. **RevEnferm UFSM** 2016 Jul/Set.;6(3): 350-359

SCHIMITH, M. D; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, nov. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010211X2004000600005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2016.

SELAU, M. da S. História Oral: uma Metodologia para o Trabalho com Fontes Orais. In: Esboços – **Revista de Pós-Graduação em História da UFSC: Dossiê Cidade e Memória**. Santa Catarina: v. 11, n. 11, p. 217-228, 2004.

SHERER, M. D.A; MARINO, S. R. A; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 53-66, set. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a05.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

SILVA, K.V.; SILVA, M.H. **Dicionário de Conceitos Históricos**. Ed. Contexto, São Paulo, 2006.

SILVA, M. A. **Avaliação da rede de Unidades de Saúde da Família com foco na integralidade**. 2010. 109 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. Agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface: Comunic, Saúde, Educ**, v. 6, n. 10, p. 75-96, fev. 2002.

SIMSON, O.M.V. (ORG). **Experimentos com história de vida. (Itália-Brasil)**. São Paulo:Vértice, Editora Revista dos Imbunas, 1988. p. 195. (Enciclopédia aberta de Ciências Sociais, V.S).

- SIWEK, K. J. et al. How to write an evidence-based clinical review article. **American Family Physician**, v.65, n. 2, p. 251-258, jan. 2002. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/20020115/251.html>>. Acesso em: 02 ago. 2017.
- SOUSA M.F. **Agentes comunitários de saúde**. Choque de Povo! São Paulo: Editora Hucitec, 2001.
- SPINDOLA, T.; SANTOS, R. da S. O Trabalho na Enfermagem e seu Significado para as Profissionais. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 2, p. 156-160, Apr. 2001.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992. 176 p.
- UNICEF. **Aleitamento materno e o Estado do Maranhão**. Brasil, 1982.
- VARELLA, T. C.; PIERANTONI, C. R. Mercado de trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01037331200800030009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 nov. 2016.
- VERGARA, S. C. **Método de Pesquisa em Administração**. São Paulo: Atlas, 2005.
- VIETTA, E.P.; UEHARA, M.; NETTO, K.A.da S. Depoimentos de enfermeiras hospitalares da década de 80: subsídios para a compreensão da enfermagem atual. **Rev.latino-am.enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 6, n. 3, p. 107-116, julho 1998
- VILLA, T. C. S.; MISHIMA, S. M.; ROCHA, S. M. M. A enfermagem nos serviços de saúde pública do estado de São Paulo. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez; 1997. p. 27-60.
- VUORI, H. Health for all, primary health care and general practitioners. **Journal of the Royal College of General Practitioners**, London, n. 36, p. 398-402, jun. 1986. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/pagerender.fcgi?artid=1960528&pageindex=1>>. Acesso em: 9 mai. 2017.
- XAVIER, I.M.; GARCIA, C.L.L. NASCIMENTO, M.A.L. A reforma Sanitária e a Participação do Enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, 41(3/4):190/198 jul./dez. 1988.

WALSH, J.; WARREN, K. Selective PHC- an Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries. **The New England Journal of Medicine** v. 30, n18, p.967-974.

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA AS ENFERMEIRAS PARTICIPANTES DA EXPERIÊNCIA DE TRABALHO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA DÉCADA DE 1980

1. CONTANDO UM POUCO DESSA HISTÓRIA

a. FALE DESSA EXPERIÊNCIA

b. COMO FOI VIVER ESSA EXPERIÊNCIA?

APENDICE B

CARTA DE CESSÃO GRATUITA DE DEPOIMENTO ORAL

Pelo presente documento, eu _____, nacionalidade _____, estado civil _____, profissão _____, CPF _____, Identidade nº _____, emitida por _____, domiciliado e residente em _____ à Rua/AV. _____, nº _____, apto. _____, Bairro _____, declaro ceder à Universidade Federal do Maranhão, a plena propriedade dos direitos autorais do depoimento de caráter histórico e documental que prestei às pesquisadoras do projeto. _____, num total de _____ horas gravadas.

A Universidade Federal do Maranhão fica autorizada a utilizar, divulgar e publicar, para fins acadêmicos e culturais o referido depoimento, no todo ou em parte, editado ou não, bem como autorizar a terceiros o acesso ao mesmo para idênticos fins, segundo as normas da Universidade, com as ressalvas de utilizar nomes fictícios dos entrevistados, manter sua integridade e indicar a fonte e autor.

Data e local

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura do pesquisador: _____

APENDICE C**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

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



São Luís, _____ de _____ de _____.

Prezado Senhor(a),

O Sr.(a) foi selecionado(a) para participar como voluntário da pesquisa AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: resgate de uma experiência. Esta pesquisa está sendo coordenada pela professora Doutora Liberata Campos Coimbra, docente do Departamento de Enfermagem e dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFMA, Mestrado de Enfermagem e Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Universidade Federal do Maranhão, telefone 99972-309, email: liberatacoimbra@gmail.com; e pela pesquisadora: Jerusa Emídia Roxo de Abreu, enfermeira, telefone 988418813 e e-mail:jerusaabreu17@gmail.com; Kardene Pereira Rodrigues, enfermeira, 984942081 e e-mail:kardene02@gmail.com A pesquisa tem como objetivo analisar a experiência do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Maranhão, antes da implantação oficial do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo Ministério da Saúde Brasileiro.

Este estudo permitirá também conhecer como os agentes comunitários realizavam suas práticas de saúde além da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Maranhão, bem como compreender como eles interpretam suas experiências no estado ao longo da história, como também identificar o papel das instituições e Organizações não governamentais do Maranhão nas ações de saúde dos Agentes Comunitários de Saúde na época.

Como contribuições deste estudo, está a recuperação dos fatos históricos que evidenciarão a história da saúde pública do Maranhão na década de 1980.

O estudo será realizado, através de entrevistas a serem realizadas com Agentes Comunitários de Saúde e também com gestores e profissionais de saúde que participaram do processo de construção dessa história, além da análise de documentos relativos a ele.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder perguntas a serem realizadas sob a forma de um questionário, aplicado pela própria pesquisadora durante a entrevista, como também permitir a análise nos documentos, como por exemplo, projetos desenvolvidos na época, relatórios, prontuários, impressos, imagens dentre outros.

Para que a pesquisa aconteça de maneira satisfatória, contamos com sua colaboração no sentido de autorizar a gravação da entrevista.

Após a conclusão do trabalho de campo, os dados coletados serão usados apenas nessa pesquisa e os resultados divulgados em eventos e publicados em revistas científicas, mas os nomes dos informantes não serão disponibilizados.

Sua participação é voluntária e de seu livre-arbítrio. Sempre que você desejar serão fornecidos esclarecimentos sobre o estudo. A qualquer momento, você poderá se recusar a responder quaisquer perguntas durante a entrevista, como também recusar a continuar participando deste estudo, podendo retirar seu consentimento, sem que para isso sofra qualquer penalidade ou prejuízo.

A participação na pesquisa não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada à sua participação. O benefício relacionado à sua participação será de

aumentar o conhecimento científico acerca da história da saúde pública do Estado do Maranhão.

Caso tenha qualquer dúvida pedimos que a esclareça diretamente com a coordenadora do projeto, Professora Doutora Liberata Campos Coimbra. Caso queira mais informações sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, à Avenida dos Portugueses, Cidade Universitária Dom Delgado, s/nº, Prédio CEB Velho, PPPG, Comitê de Ética, Sala 07, Bloco B ou pelo telefone 3301-8708. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Liberata Campos Coimbra

Coordenadora

Cel: 99972-3091

E-mail: liberatacoimbra@gmail.com

Kardene Pereira Rodrigues

Pesquisadora

Cel: 984942081

E-mail: kardene02@gmail.com

Jerusa Emília Roxo de Abreu

Pesquisadora

Cel: 988418813

E-mail: jerusaabreu17@gmail.com

O Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto,

sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do entrevistador

Coordenadora da pesquisa,
Professora Doutora Liberata Campos Coimbra