



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS III - GUARABIRA
CENTRO DE HUMANIDADES
CURSO DE HISTÓRIA**

JAILSON RAMOS DA SILVA

**UMA HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA E DO AGENTE COMUNITÁRIO DE
SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SAPÉ-PB**

**GUARABIRA
JUNHO/2018**

JAILSON RAMOS DOS SANTOS

**UMA HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA E DO AGENTE COMUNITÁRIO DE
SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SAPÉ-PB**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Graduação em História da Universidade Estadual da Paraíba em cumprimento às exigências para a obtenção do título de graduado em Licenciatura plena em História.

Área de concentração: **História e Relações de Poder**

Orientação: Prof. Me. Rivaldo Amador de Sousa

**GUARABIRA
JUNHO/2018**

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

S237h Santos, Jailson Ramos dos.

Uma história da saúde pública e do agente comunitário de saúde: [manuscrito] : uma experiência no município de Sapé-PB / Jailson Ramos dos Santos. - 2018.

28 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em História) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Humanidades, 2018.

"Orientação : Prof. Me. Rivaldo Amador de Sousa, UPE - Universidade de Pernambuco."

1. História. 2. Agente comunitário de saúde. 3. Santa Marina.

21. ed. CDD 613

JAILSON RAMOS DOS SANTOS

**UMA HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA E DO AGENTE COMUNITÁRIO DE
SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SAPÉ-PB**

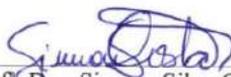
Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Graduação em História da Universidade Estadual da Paraíba em cumprimento às exigências para a obtenção do título de graduado em Licenciatura plena em História.

Aprovado em: 12/06/2018.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Me. Rivaldo Amador de Sousa
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)
Orientador



Prof.ª Dra. Simone Silva Costa
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
Examinadora



Prof.ª Dr. Francisco Fagundes de Paiva Neto
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
Examinador

ACRADECIMENTOS

Acima de tudo agradeço a Deus por ter dado a mim a oportunidade de estar concluindo o curso de história. A todo o corpo docente desta instituição, que me tornaram rico em conhecimento e cada funcionário.

Ao professor *Rivaldo Amador*, pela sua orientação e confiança. Aos meus pais *Maria Ramos e José João*, meus irmãos, minha esposa *Valdilene*, aos amigos *Felipe, Aurélio, Elton, Lailson e Luiz*. A toda equipe da ESF Antônio Mariz na pessoa da enfermeira *Mariana Maia*. E a toda população da comunidade Santa Marina.

Cada época é definida pelo que apresenta de novo, de especificamente seu. Pode não ser um alto pensamento filosófico, uma grande reforma moral, uma arte requintada, uma ciência generosa. Mas há - de ser a dádiva de qualquer uma dessas manifestações humanas, ou todas, numa concepção inteiramente inédita, original, inconcebível noutra época da história. (TORGA, 1943).

SUMÁRIO

RESUMO	09
1. INTRODUÇÃO	11
2. A SAÚDE PÚBLICA: INSTITUCIONALIZAÇÃO E GRATUIDADE.....	12
2.1. Saúde e doença: saberes populares e surgimento da medicina científica.....	12
2.2 O Sistema Único de Saúde: um processo de conquista?.....	15
2.3 O surgimento do Agente Comunitário de Saúde	17
3. O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM SAPÉ: ALGUNS APONTAMENTOS.....	19
3.1 Sapé e a criação do conjunto habitacional Santa Marina.....	19
3.2 Caracterização do Programa Nacional de Saúde em Sapé.....	21
3.3 A Relevância do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família em Sapé	23
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS	25

UMA HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA E DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SAPÉ-PB

Jailson Ramos dos Santos¹

RESUMO

Este artigo tem como objetivo fazer um breve apanhado histórico sobre a institucionalização da saúde pública no Brasil. Procuramos compreender como surgiu e se constituiu o Sistema Único de Saúde – SUS e como o Agente Comunitário de Saúde tomou-se uma importante peça para a funcionalidade desse complexo sistema. Apesar do Estado ter se apresentado tão omissivo no papel do cuidado à saúde pública, nas três últimas décadas passou a se preocupar mais com essa questão. Após essa análise, conclui-se que os Agentes Comunitários de Saúde são peças essenciais para a manutenção da estrutura da atenção básica, pois eles atuam em diversos contextos promovendo a saúde e minimizando agravos. Porém, identificou-se que algumas dificuldades encontradas na comunidade são inerentes ao papel exercido pelos mesmos, e que ainda assim muitas vezes reivindicam os desabafos da comunidade, e que faltam recursos tecnológicos que facilitariam a atuação e o desempenho dos dados a nível nacional destes trabalhadores da atenção básica. Para a elaboração desse texto realizamos uma pesquisa bibliográfica e fizemos uso de alguns documentos fornecidos pela secretaria de saúde do município de Sapé.

Palavras-Chave: História. Agente Comunitário de Saúde. Santa Marina.

¹ Graduando da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), curso de História. E-mail: jailsonramossaude@gmail.com

**A HISTORY OF PUBLIC HEALTH AND COMMUNITY HEALTH AGENT: AN
EXPERIENCE IN THE MUNICIPALITY OF SAPÉ-PB**

ABSTRACT

This article aims to make a brief history of the institutionalization of public health in Brazil. We sought to understand how the Unified Health System (SUS) was created and constituted and how the Community Health Agent became an important part of the functionality of this complex system. Although the state has been so far away from the role of public health care, it has become more concerned about this issue in the last three decades. After this analysis, it is concluded that the Community Health Agents are essential parts for the maintenance of the basic care structure, since they act in diverse contexts promoting health and minimizing health problems. However, it has been identified that some of the difficulties encountered in the community are inherent to their role and that they still often claim community outbreaks and lack the technological resources that would facilitate the performance and data performance at the national level of these workers of basic care. For the preparation of this text we carried out a bibliographical research and made use of some documents provided by the health department of the city of Sapé.

Keywords: History. Community Health Agent. Santa Marina.

1. INTRODUÇÃO

No final da década de 1970 e início dos anos 1980 o regime militar no Brasil demonstrava cada vez mais profundos sinais de exaustão. A repressão aos movimentos sociais e o esforço de desmobilização das massas durante o governo autoritário não parece ter adormecido alguns segmentos da sociedade civil. Durante o processo de reabertura democrática a mobilização de grande parte da sociedade brasileira manifestava de diversas formas a sua grande insatisfação com esse modelo de Estado. As manifestações de várias categorias, especialmente os trabalhadores, se multiplicavam, exigindo mudanças políticas e sociais.

Após o “milagre econômico” iniciou-se um crise econômica que se aprofundava refletindo diretamente no aumento cada vez maior de desemprego e intensificando mais ainda a pobreza no país. As condições miseráveis de vida por que passava grande parte da população brasileira tanto no campo como nas cidades se agravaram ainda mais com o aumento acelerado da inflação. Esse quadro econômico e social que o país apresentava era resultado direto de uma desatenção total do Estado em relação aos problemas sociais. O aumento acelerado da inflação afetou ainda mais as populações pobres do país. A reorganização política da sociedade civil, trabalhadores, estudantes, movimentos sociais passaram a cobrar do Estado uma responsabilidade maior atenção por meio de políticas públicas que atendessem os cidadãos.

Em 1988 a promulgação da Constituição Federal demonstrou um grande avanço político para o país. A esperança dessa sociedade com a aprovação na nova Carta Magna era a de que tal mudança na legislação viesse acompanhada de grandes reformas sociais e políticas.

Nesse cenário de mobilização por que passa o país a saúde pública passa a ser um tema de discussão e de demanda social. A demanda por uma grande reforma na saúde pública passou a ser tema desses movimentos democrático.

Esse nosso trabalho pretende desenvolver uma breve discussão em torno do Agente Comunitário de Saúde² – ACS – e a saúde pública, apresentando algumas um

² Para não parecer muito repetitivo o uso de termo Agente Comunitário de Saúde, a partir desse ponto será substituído pela abreviação ACS.

quadro histórico que nos permita refletir sobre as mudanças ocorridas na saúde pública, tendo o ACS como um ator primordial para algumas dessas transformações.

O nosso artigo foi estruturado em basicamente dois itens que norteiam a nossa discussão. O primeiro, intitulado A SAÚDE PÚBLICA: INSTITUCIONALIZAÇÃO E GRATUIDADE, pretende fazer um breve apanhado histórico em torno da saúde pública, buscando compreender como se deu a institucionalização da saúde pública e como se tornou um serviço gratuito. Que lutas e conquistas foram necessárias para essa conquista.

O segundo item, O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM SAPÉ: ALGUNS APONTAMENTOS, procura apresentar algumas características do programa nacional de saúde em Sapé e a importância que teve o papel do Agente Comunitário de Saúde nesse município. Há também um esforço em buscar mostrar algumas mudanças ocorrida no sistema de saúde e no papel desse profissional com atuação maior nas comunidades carentes, como o bairro Santa Marina.

2. A SAÚDE PÚBLICA: INSTITUCIONALIZAÇÃO E GRATUIDADE

2.1 Saúde e doença: saberes populares e surgimento da medicina científica

Durante o período colonial as doenças eram tratadas por meio da medicina popular que se utilizava de diversas formas e recursos para o desenvolvimento das práticas de cura. Os diferentes recursos naturais de origem animal, vegetal e/ou mineral eram bastante usados por nativos e colonizadores no tratamento de doença e mesmo na prevenção destas. Além desses recursos explorados também se recorria ao mundo cósmico.

Diante dessas informações pode se afirmar verdadeiramente que “houve povos sem médicos, mas nunca houve povos sem medicina”³. Os diferentes grupos humanos (índios, negros, europeus etc) que habitavam o Brasil durante os períodos da colônia e do império detinham seus saberes médicos com que manifestavam as diversas

³ Máxima de Plínio aos romanos citado em: SOUSA, Armando Tavares de. **Curso de História da Medicina**: das origens aos fins do século XVI, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1996.p. 15.

práticas de cura. Esses saberes constituíram as tradições populares que pode ser encontrada ainda com abundância nas regiões interioranas do Brasil.

Os cuidados com o corpo eram mais comuns no espaço urbano que na zona rural, onde se recorria com maior frequência à cura dos acometimentos de males por meio da medicina popular.

Se os brasillíndios⁴ detinham grande conhecimento da fauna e flora e dominavam diversas técnicas de cura, além de utilizar as práticas da pajelança. Segundo Miranda, apesar da medicina indígena ter um caráter místico a sua base é experimental⁵. “Na Colônia, as principais enfermidades que afligiam os indígenas, antes da chegada dos europeus, eram de natureza endêmica”. Esses povos nativos “ainda não conheciam as doenças infectocontagiosas responsáveis pela morte de milhares de europeus”⁶. Os escravos também sofriam com as doenças que se originavam muito mais das péssimas condições de higiene, dos sofrimentos causados pelo trabalho compulsório e pelos castigos e maus-tratos aplicados pelos feitores e senhores de engenho⁷. Nas residências de proprietários de terra era comum ao lado das habitações a existência de quintais onde os adultos mantinham o cultivo de diferentes espécies de plantas com propriedades medicinais destinadas exclusivamente à cura de enfermidades.

No século XIX o discurso médico pregava uma maior preocupação com a saúde pública, apresentando a cidade como um espaço insalubre e causador de diversos males. No Brasil colônia esse quadro era um dos principais causadores e multiplicadores de doenças. O projeto de modernização das cidades não incluía apenas o embelezamento e reorganização desses espaços, mas principalmente numa verdadeira medida de intervenção por meio de saneamento básico, reformas sanitárias

Foi no início do século XX que as ideias sanitaristas passaram a pressionar e cobrar do Estado alguma atenção com a saúde pública. Nas primeiras décadas do século XX as expedições de médicos sanitaristas passaram a explorar o interior do país e constatou-se um descaso geral para com a saúde das populações mais pobres do país.

4 Segundo Darcy os brasillíndios sua origem eram filhos de homens brancos, a sua maioria lusitanos, como mulheres índias

5 Ver: MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. **A Arte de Curar nos Tempos da Colônia**: limites e espaços de cura. 2 ed. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2011. p. 227-228

6 Ver: Idem. p. 229

7 Ver: Idem. p. 408

No ano de 1918 foi proposto a criação do Ministério da Saúde e foi criado o Serviço de Profilaxia Rural e no ano seguinte foi fundada a instituição do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP)⁸.

A institucionalização da medicina garantiu ao saber médico a apropriação de uma verdade que passou a ser difundida ao mesmo tempo em que combatia o saber médico popular. A higiene passou a ser decantada como uma necessidade ao desenvolvimento nacional. A política de higienização “penetrou em diferentes âmbitos da vida humana” e passou a ser defendida como uma prática de intervenção que tinha um projeto de extinção das doenças que apresentavam quadros epidêmicos em diferentes regiões do país⁹.

No entanto, as políticas públicas de saúde que, na verdade, conseguiram atender apenas uma pequena parcela da população. Os populares recorriam – e ainda recorrem – à medicina popular como modelo alternativo de cura, ou mesmo como único acessível ao grupo social de baixo poder aquisitivo.

Nos dias atuais a medicina popular ainda é bastante praticada por populares, principalmente nas comunidades rurais. É o que evidencia algumas pesquisa como o estudo de Oliveira e Trovão realizado em alguns municípios paraibanos. Ao discutir sobre “o uso de plantas em rituais de reza e benzedura” na Paraíba, essas pesquisadoras constataam a importância que as populações estudadas dão a esses rituais de cura¹⁰.

Em pesquisa realizada numa comunidade do município de Solânea, Estado da Paraíba, por meio de entrevistas aos agricultores/as entre os anos de 2012 e 2013, pesquisadores constataram como as práticas de cura por meio de plantas medicinais e outros recursos da medicina popular, se encontram tão vívidas na memória coletiva e no cotidiano da comunidade. Foram identificadas 59 espécies de plantas medicinais com indicações terapêuticas e que eram cultivadas nos quintais das casas. Essa pesquisa envolveu “a experiência do conhecimento tradicional sobre as espécies

⁸ Ver: TAMANO, Luana Tiek Omena. O Movimento Sanitarista no Brasil: a visão da doença como mal nacional e a saúde como redentora. **Khronos, Revista de História da Ciência**. Nº 4, p. 102-115, ago/2017. p. 107

⁹ Ver: TAMANO, Luana Tiek Omena. O Movimento Sanitarista no Brasil: a visão da doença como mal nacional e a saúde como redentora. **Khronos, Revista de História da Ciência**. Nº 4, p. 102-115, ago/2017. p. 112

¹⁰ Ver: OLIVEIRA, Érika Caldas Silva de; TROVÃO, Dilma Maria de Brito Melo. O uso de plantas em rituais de rezas e benzeduras: um olhar sobre esta prática no estado da Paraíba. **Revista Brasileira de Biociências**. Porto Alegre, v. 7, n. 3, p. 245-251, jul./set. 2009

medicinais, as indicações terapêuticas, as formas de uso e as técnicas de produção e comercialização das plantas medicinais”¹¹. Essas plantas e práticas curativas são heranças do saber médico da sociedade colonial, foram experienciadas por diferentes gerações e se encontram, atualmente, presentes no cotidiano dos povos e comunidades das mesorregiões do Agreste e Zona da Mata da Paraíba, região última onde se encontra situado o município de Sapé.

2.2 O Sistema Único de Saúde: um processo de conquista?

Adoção do SUS enquanto política de estado, possibilitada por essa constituição de 1989, além de favorecer o acesso universal e gratuito as ações e serviços de saúde, sem o SUS faria o povo sofrer muito pois dividido o salario muito baixos, impostos altos, são poucos os brasileiros que tem acesso a um plano de saúde.

Dessa forma o SUS adquiria, portanto, uma amplitude e a tímica e politica que constrói uma ponte de igualdade social, fazendo que a popula o mais pobre tivesse acesso a saúde, independente da condi o econ mica

Apesar de parecer um sistema frágil e inoperante para grande parte da popula o brasileira, o Sistema  nico de Saúde (SUS)  , na verdade, um grande e complexo sistema de saúde pública. Parece que a sua fragilidade se dar por outros fatores como a distribui o e o uso dos recursos públicos destinados   saúde e as políticas públicas, além de um frágil modelo de educa o que acaba por dificultar um avanço maior e mais rápido que ultrapasse um modelo curativo de saúde para um modelo preventivo de saúde.

Mas no Brasil nem sempre houve uma preocupa o político-social voltada exclusivamente   saúde pública. Se algumas políticas públicas foram desenvolvidas com a preocupa o de atender parte da popula o pobre, grande parte desses recursos foram mobilizados para atender diretamente ao setor privado, perdendo, portanto o caráter de “política pública”.

Durante o governo militar o que se compreende como políticas sociais foram pouco desenvolvidas pelo Estado. Algumas medidas foram implementadas tais como

¹¹ Ver: SILVA, M. D. P; MARINI, F. S; MELO, R. S. Levantamento de Plantas medicinais cultivadas no município de Solânea, agreste paraibano: reconhecimento e valoriza o do saber tradicional. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, Campinas, v.17, n.4, supl. II, p.881-890, 2015. p. 882-883

o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS); o Programa de Formação de Patrimônio do Serviço Público (Pasep); o Programa de Integração Social (PIS).

A formulação do Plano de Pronta Ação e a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social no ano de 1974 tornou-se em grande captação de recursos públicos. O primeiro destinado à construção de hospitais e aquisição de equipamentos hospitalares especialmente para o setor privado e o segundo tinha o objetivo de universalizar o atendimento médico. Todo esse esforço do governo resultou em uma enorme fraude aos cofres públicos¹². Alguns desses desvios foram identificados como, por exemplo, o reconhecimento de consultas desnecessárias, chegando ao número de seiscentas mil consultas. Recursos públicos também serviram para o enriquecimento ilícito de diversas empresas médicas. Contudo, nem uma ação jurídica foram movida com a intenção de reparar os danos ao setor público.

É durante a ditadura militar que a prática médica é organizada em moldes do sistema capitalista. A intenção era desenvolver um empreendimento lucrativo. A medicina se tornava naqueles moldes numa área profissional de alto custo para a população de status elevado que pudesse pagar, favorecendo o enriquecimento de muitos desses profissionais.

Segundo Escorel, no período do regime autoritário os recursos destinados à saúde pública eram muito baixos. Essas verbas destinadas ao Ministério da Saúde girava em torno de menos de 2% do PIB. Se considerarmos o valor do PIB e o padrão de vida de grande parte da população brasileira durante as décadas de 1960 e 1970 podemos afirmar, sem qualquer dúvida que esses dados já apontam para a ineficiência da saúde pública no Brasil. Para pensarmos qual era a intenção do governo militar em relação à saúde pública, basta lembrarmos que em 1968 o Ministério da Saúde propôs,

o Plano Nacional de Saúde que pretendia vender todos os hospitais governamentais à iniciativa privada, deixando ao Estado o papel de financiar os serviços privados que seriam também parcialmente custeados pelos pacientes. Esse plano foi implantado experimentalmente em algumas localidades, mas encontrou enormes resistências, inclusive do próprio corpo técnico da previdência social¹³.

¹² Ver: ESCOREL, Sarah. Histórias das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: G GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 385-434

¹³ Ver: ESCOREL, Sarah. Histórias das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: G GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 385-434

Enquanto isso, a gente pobre que sobrevivia sem qualquer assistência pública apelava para as tradicionais práticas de cura e que eram condenadas pelo saber médico acadêmico como modelo insalubre.

De acordo com Escorel, o Sistema Único de Saúde nasce ainda em fins do governo de José Sarney quando esse presidente “transferiu o Inamps para o MS, estabelecendo uma nova configuração setorial: a unificação da assistência médica previdenciária ao MS, constituindo o SUS”¹⁴.

2.3 O surgimento do Agente Comunitário de Saúde

As primeiras experiências do modelo do Agente Comunitário de Saúde surgiu no Estado do Ceará que iniciou essa experiência no ano de 1987.

De acordo com Ávila,

o ACS, seja com essa ou outra denominação, já era um ator na saúde, particularmente no Brasil, desde 1943, pois o Ministério da Saúde, por meio da Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública, formava auxiliares, visitantes sanitários, guardas da malária e auxiliares de saneamento, que realizavam ações de saúde nas áreas desassistidas¹⁵.

Na promulgação da Constituição Federal de 1988 foi instituído, por meio da reforma sanitária, o Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com Maio e Lima, “sob o preceito constitucional ‘saúde direito de todos e dever do Estado’ defendeu-se a assistência médico-sanitária integral e de caráter universal, com acesso igualitário dos usuários aos serviços, sendo estes hierarquizados e a sua gestão descentralizada”. Para esses autores, o SUS foi instituição de caráter bastante inovador¹⁶. Algumas mudanças beneficiaram o novo sistema de saúde com a descentralização das ações de saúde dos estados e, conseqüentemente, a operação do processo de municipalização¹⁷.

¹⁴ Ver: ESCOREL, Sarah. Histórias das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: G GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 385-434

¹⁵ Ver: ÁVILA, Maria Marlene Marques. Origem e Evolução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**. Fortaleza, vol. 24, nº 2, abr./jun., 2011. p. 160

¹⁶ Ver: MAIO, Marcos Chor; LIMA, Nísia Trindade. Fórum: o desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 25, n.7, p. 1611-1613, jul. 2009. p. 1611

¹⁷ Ver: COSTA, Maria Bernadete de Sousa; SILVA Maria Iracema Tabosa da. Impacto da criação do Programa de Saúde da Família na atuação do enfermeiro. **Revista de Enfermagem**. UERJ, vol. 12, nº 3, 2004, p. 273-279

A profissão de Agente Comunitário de Saúde surgiu no Brasil em 1991, e nesse mesmo ano foi lançado no município de Sapé-PB, no formato Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS). De princípio as atividades desenvolvida pelos ACS se concentrou no controle de epidemias da época. Nos primeiros anos o ACS não tinha nem qualificação nem regulação profissional.

Durante a década de 1990 o Ministério da Saúde apresentou um grande salto para a saúde pública quando investiu na universalização da atenção básica¹⁸. Os convênios entre a Fundação Nacional de Saúde e a Secretária do Estado da Saúde, no ano de 1991 permitiu a criação do Programa PAC'S, visando reduzir os alarmantes indicadores de mortalidade infantil e materna. A implantação ocorreu inicialmente, “na região Nordeste, até mesmo porque lá existiram experiências significativas para a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. A implantação do programa teve impacto significativo [...]”¹⁹.

Em 1994, incorporando a experiência anterior, surgiu o Programa de Saúde da Família (PSF) que veio substituir o antigo modelo que demonstrava inoperância. O novo programa visava à reorganização das práticas de atenção à saúde²⁰. Segundo Barros et al, “Atualmente, o programa tornou-se a estratégia de reorientação da atenção básica e tem como finalidade apoiar uma prática com ações integrantes na atenção básica vinculada à comunidade, ao invés da permanência na unidade de Saúde aguardando as demandas e necessidades [...]”²¹. Nesse contexto, a função primordial do PSF (Programa de Saúde da Família) é a promoção e prevenção das problemáticas de saúde, fazendo do agente comunitário de saúde o elo essencial para isso.

Nesse contexto de mudanças em que a criação da figura do ACS é que,

em 2002 a profissão foi criada em termos de lei, a qual foi revogada em 2006 para que ajustes pudessem ser realizados. A nova regulamentação ocorreu com a promulgação da Lei Nº 11.350 de 05 de outubro de 2006 onde as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, passam a reger-se pelo disposto nesta Lei²².

¹⁸ Ver: MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol.18 (suplemento), p. 163-171, 2002.

¹⁹ Ver: BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. **Avaliação qualitativa do programa de Agente Comunitários de Saúde**. Brasília; 1994.

²⁰ Ver: COSTA, Maria Bernadete de Sousa; SILVA Maria Iracema Tabosa da. Impacto da criação do Programa de Saúde da Família na atuação do enfermeiro. **Revista de Enfermagem**. UERJ, vol. 12, nº 3, 2004, p. 273-279

²¹ Ver: BARROS, Daniela França de *et al.* O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 78-84, mar. 2010.

²² Ver: Idem. p. 79

Durante o período de mais de uma década algumas mudanças foram realizadas no Programa do Ministério da Saúde no sentido de permitir uma saúde pública para todos. A preocupação foi direcionada para se concentrar na elaboração de uma política de saúde preventiva, constituindo-se numa promoção de uma reeducação alimentar e um maior cuidado com o corpo.

Por meio da portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 foram estabelecidas as atribuições dos profissionais das equipes de saúde da família, como também foram estabelecidas as atribuições do ACS.

Entre essas atribuições, destacam-se as ações que busquem a plena integração entre a equipe de saúde e a população, o processo de estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe, afinal é através do Agente Comunitário de Saúde que se obtêm as informações sobre os usuários. Eles realizam o levantamento dos problemas de saúde, as situações de risco das famílias, maiores vulnerabilidades e morbidades existentes na área.

3. O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM SAPÉ: ALGUNS APONTAMENTOS

3.1 Sapé e a criação do conjunto habitacional Santa Marina

O município de Sapé está localizado na mesorregião da Zona da Mata, distando 42 quilômetros da capital do Estado da Paraíba. De acordo com o censo de 2010 o município conta com uma população de 50.143 habitantes²³.

²³ Ver: IBGE. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/sape/panorama>. Acesso em: 31 de maio de 2018



Localização do Município de Sapé na Paraíba. Fonte: Wikipédia²⁴

Foram os índios potiguares os primeiros habitantes onde hoje situa-se a sede do município Sapé, em princípios do século XVII. De acordo com a historiografia tradicional, foram os portugueses Manoel Antônio Fernandes, Urbano Guedes Gondim e Simplício Alves Coelho os fundadores do núcleo urbano. O nome do município originou-se de um capim abundante na região o EÇA-PÉ, que quer dizer: “o que ilumina o caminho, o que dá claridade” e servia para fazer fachos de iluminar as travessias noturnas²⁵.

O município de Sapé foi criado em 1 de dezembro de 1925, por força da lei estadual número 627, durante o governo do então presidente da Paraíba João Suassuna. Após a emancipação política a economia sapeense tomou novos rumos e passou a cultivar em grande escala a cana-de-açúcar²⁶.

Atualmente o município apresenta dificuldades de desenvolvimento econômico e esse atraso pode ser observado quando estabelecermos uma relação de comparação com outras cidades do seu porte, como Guarabira e Mamanguape. Até o final dos anos 1980 o município era o maior produtor de abacaxi do Brasil e já tinha em seu território 3 usinas de açúcar, o que gerou emprego e renda para a comunidade local. No entanto, mesmo diante desse processo de baixo crescimento econômico, a cidade ocupa a décima posição como a maior da Paraíba. E ainda mantém o título de cidade ou terra do abacaxi.

Com o baixo desenvolvimento econômico, Sapé passou a sofrer com a pobreza. Está levando muitas famílias a viverem em condições precárias e sub-humanas, fazendo da beira da estrada sua residência, que construídas de barro batido,

²⁴ Ver: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Sap%C3%A9>

²⁵ Ver: FERREIRA, J. M. **O processo histórico de Sapé (1757-2012)**. João Pessoa: Ideia, 2013.

²⁶ Ver: Idem.

não suportavam as chuvas locais²⁷. Com a finalidade de remover essas famílias a gestão municipal se articulou e construiu o conjunto habitacional Santa Marina no intuito de proporcionar “qualidade de vida” as mesmas. O que não foi suficiente, pois um conjunto habitacional deve ser dotado de infraestrutura e acessibilidade, além de necessitar de um acompanhamento. Pois a necessidade, a baixa escolaridade, a contaminação com as facções criminosas, contribuíram para a evasão dessas famílias e até mesmo venda dos imóveis.

O conjunto Santa Marina foi entregue em 1991 na gestão da prefeita Maria de Fatima Gadelha Feliciano, situada em área privilegiada na cidade de Sapé, entre o centro da cidade e o maior bairro conhecido como Nova Brasília²⁸. A ausência de redes de abastecimento d’água, esgotamento sanitário, pavimentação e outros fatores, contribuíram significativamente para a proliferação de doenças e atração de bichos que causam danos à saúde. Comuns desse perfil de comunidade, foi crescente o número de verminoses, diarreias e viroses. Outro agravante deste conjunto é a violência envolvendo brigas de facções com alto índice de homicídios. Atualmente com uma população de quase mil pessoas, o Santa Marina não possui estrutura adequada para que seus moradores possam viver com dignidade.

Foi constatado através deste que mesmo com tantos avanços na saúde e na informação através do contato direto agente e comunidade, muito precisa ser feito a esta comunidade, pois a resolutividade do processo saúde doença enfraquece diante da estagnação dos serviços de saneamento básico e infraestrutura. Para começar a haver mudança nesse cenário tão primordial é preciso haver conscientização, e atuação do sistema de gestão.

3.2 Caracterização do Programa Nacional de Saúde em Sapé

Os primeiros agentes de saúde eram responsáveis por identificar, controlar, e cadastrar as famílias da cidade. Todavia, quando teve início o programa, em 1991, o município de Sapé contava apenas com 10 agentes de saúde. Esses agentes passaram a atuar em 17 de julho de 1991. A secretária de saúde do município resolveu

²⁷ Ver: MAIA, Sabiniano. **Sapé suas histórias suas memórias (1883-1985)**. João Pessoa. Edição do autor, 1985.

²⁸ Ver: FERREIRA, J. M. **O processo histórico de Sapé (1757-2012)**. João Pessoa: Ideia, 2013.

colocar esses profissionais para as localidades mais carentes, tais como os bairros “Nova Brasília e Renato Ribeiro”. Eles tinham como missão informar à população uma doença desconhecida que vinha causando mortes no Estado da Paraíba, apresentando um quadro crescente. Essa doença era a “cólera”, que atingia a população mais pobre, segundo o chefe do controle de epidemiologia da Secretária da Saúde de Sapé/PB. Constatou-se à época que um dos problemas era a utilização de água imprópria por parte da população²⁹.

Portanto, a secretaria de saúde precisava tomar algumas providências para conter essa doença e, juntamente, com a Secretaria de Saúde do Estado realizou o primeiro processo seletivo com a promessa que era de caráter de urgência. Nos primeiros levantamentos foram confirmados que as pessoas utilizavam de águas contaminadas por coliformes fecais e, na zona rural eram retirados de barreiros, com tratamento com hipoclorito de sódio. As ações dos Agentes Comunitários de Saúde foram intensificadas com o objetivo de conter o avanço da doença. Em menos de um ano da criação do Programa Agente Comunitário de Saúde - PAC's, o número da cólera sofreu redução significativa. Com esse resultado o programa do PAC's foi mantido por tempo indeterminado.

O agente comunitário de saúde foi muito importante para a cidade de Sapé, pois foi a partir de sua criação que o município passou, a saber, dos problemas reais em cada comunidade, graças à intervenção do projeto José Feliciano da Silva Neto, em 1991. A cidade de Sapé foi contemplada com o Programa Agente Comunitário de Saúde ou PAC's, e fazendo do município de Sapé/PB uma das poucas cidades privilegiadas da Paraíba (Ganha o Programa do PAC's).

Segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB) em 1998, existiam no Brasil 78.705 agentes comunitários de saúde distribuídos em 3.062 Equipes de Saúde da Família (ESF) por todo território nacional. Em 2008 na Paraíba eram 8.181 agentes comunitários de saúde distribuídas em 1.288 Equipes de Saúde da Família. Atualmente conta com 1.635 equipes de ESF, atuando em 223 municípios, em Sapé existem 122 agentes comunitários de saúde, distribuídos em 19 equipes de ESF (DAB, 2018).

A equipe de Atenção Básica de Saúde (ABS) atua como uma equipe multiprofissional composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e uma

²⁹ Relatório da Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Sapé-PB.

quantidade de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) estipulada de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos³⁰. E sua primordial função é a participação da comunidade, para melhoria do processo saúde doença³¹. A População atribuída por equipe de Atenção Básica e de Saúde da Família é de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, cada agente comunitário de saúde é responsável por uma micro-área cuja população não deve ser superior a 750 pessoas, a atividade do agente comunitário de saúde deve se dar pela lógica do planejamento do processo de trabalho a partir das necessidades do território, com priorização para população com maior grau de vulnerabilidade e de risco epidemiológico³².

3.3 A Relevância do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família em Sapé

Refletir acerca da atividade desenvolvida pelo agente comunitário de saúde em Sapé, sobretudo pelo vínculo que esse profissional tem com a comunidade, este que faz do agente comunitário de saúde, uma peça fundamental entre a comunidade e o município é conhecer também mudanças sociais promovidas por esse agente. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, cabe ao agente comunitário de saúde, que a princípio deve morar no território onde atua levantar as necessidades de saúde da população e assim buscar a melhoria da qualidade de vida e saúde desta população de abrangência. Desta forma o agente comunitário de saúde tem sua atuação considerada fundamental para a implantação e consolidação de um novo modelo de atenção.

Várias pesquisas apontam que residir na área em que atua faz com que o agente comunitário de saúde se torne um trabalhador com características especiais, pois exerce a função de elo entre a equipe de saúde e a comunidade vivenciando o cotidiano da comunidade com intensidade. Essa análise somente é possível dentro de

³⁰ Ver: BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Serie Pacto pela Saúde volume 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

³¹ Ver: SANTOS, Idelcy Silva; SANTOS, Shirlei Alves; OLIVEIRA, Rita de Cássia. Os avanços do programa de saúde da família (PSF) no Brasil. **WebArtigos**. 2009. Disponível em: <https://www.webartigos.com/artigos/os-avancos-do-programa-de-saude-da-familia-psf-no-brasil/21277/>. Acesso em: 01 de junho de 2018

³² Ver: BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Serie Pacto pela Saúde volume 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

um novo modelo de saúde, no qual envolve-se toda a comunidade, uma vez que os fatores não são apenas individuais, mas também coletivos³³.

Pensando assim, Canel a síntese das Cartas e Declarações das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde desde 1986, realizadas em Ottawa, capital do Canadá, afirma que,

[...] a saúde resulta de um conjunto de fatores individuais e coletivos (sociais, econômicos, políticos, étnicos, religiosos, culturais, psicológicos, do trabalho, biológicos, ambientais), interagindo num processo dinâmico. É considerada um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento pessoal, social e econômico e sua promoção e manutenção deve ser o principal investimento social dos governos³⁴.

Ainda de acordo com Canel, essas Declarações tende a reforçar

[...] a ideia de que o processo saúde-doença não é apenas linear (resultado de causa-efeito) e nem tão pouco restrito ao ponto de vista biomédico, [...] deve ser percebido dentro de um novo modelo (holístico), no qual as metas da saúde são atingidas juntamente com a melhoria da qualidade de vida, a justiça social e o desenvolvimento sustentado. A participação comunitária é fundamental e os profissionais de saúde devem assumir a tarefa de estimular e fortalecer a atuação da população nessas questões, instrumentalizando os cidadãos (indivíduos, grupos) para que seja exercido o direito à saúde. Tudo isso constitui uma nova cultura, ou um novo paradigma, da saúde³⁵.

Diante das experiências vivenciadas durante a minha atuação profissional como Agente Comunitário de Saúde, na área que abrange o conjunto Santa Marina, nesse município, foi possível adquirir experiências únicas e gratificantes. Essas vivências permitiram reunir várias informações, saberes que nos levaram a refletir o trabalho do ACS cotidianamente como, a partir dos problemas e dificuldades que se apresentavam na atividade desses profissionais, realmente é possível o elo entre a

³³ Entre alguns desses estudos podemos lembrar: LANZONI, Gabriela Marcelino de Melo; MEIRELLES, Betina Hörner Schlindwein. Vislumbrando a rede complexa de relações e interações do agente comunitário de saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Fortaleza, v.11, n.2, p.140-151, abr./jun.2010. Em experiência no Rio Grande do Sul a pesquisa de FERRAZ e AERTS constatam essa evidência: FERRAZ, Lucimare; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2005, vol.10, n.2, pp. 347-355. Pesquisando as satisfações e insatisfações dos ACS no seu campo de labor cotidianamente, as pesquisadoras BRAND, ANTUNES e FONTANA também constatam essa importância da relação: BRAND, Cátia Inácia; ANTUNES, Raquel Martins; FONTANA, Rosane Teresinha. Satisfações e insatisfações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Cogitare Enfermagem**. vol. 15, n. 1, p. 40-47, Jan/Mar 2010. Nessa perspectiva o trabalho: MOTA, Roberta Rodrigues de Alencar; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. A Crescente escolarização do Agente Comunitário de Saúde: uma Indução do Processo de trabalho? **Revista Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.229-248, jul./out.2010.

³⁴ Ver: CANEL, Regina Célia; PELICIONI, Maria Cecilia Focesí. Psicodrama Pedagógico: uma técnica participativa para estratégias de promoção de saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, vol 34, n. 3, p. 426-433, jul/set-2007.

³⁵ Ver: Idem. p. 426-427

comunidade e a equipe de saúde da família? Outro questionamento que é relevante para se pensar aqui o papel do ACS é se esses profissionais conseguiram acompanhar ao longo do tempo as problemáticas voltadas à saúde desta população, para sanar ou amenizar? A relevância deste estudo pode contribuir para estudos e mudanças de estratégias que auxiliarão no aprimoramento do elo desta função com a comunidade. Em síntese, o que se pode afirmar é que as mudanças sociais por que passaram diversas áreas pobres do país tem na atividade tão bem desenvolvida pelo ACS como um dos principais responsáveis.

Do surgimento do ACS em 1991 ao ano de 2018 algumas mudanças foram notáveis. Durante esse período a cidade cresceu e com isso aumentou a demanda de ACS para atender as comunidades urbanas e rurais. Além disso, a ampliação do programa visava um atendimento maior à população carente como, por exemplo, o acompanhamento às gestantes, idosos e crianças em seus domicílios. A Secretaria da Saúde fez mais dois processos seletivos ainda da década de 1990, em 1994 e 1999, que contemplou a cidade em 100 ACS³⁶. Isso contribuiu no atendimento mais extensivo de famílias que viviam em áreas de riscos. Evidentemente, os ACS têm contribuído desde o passado, quando começou os surtos epidêmicos até os dias atuais. Na atualidade, eles têm cada vez mais contatos com as famílias e tornam-se ainda mais necessários na comunicação “população e setor público”.

De acordo com os relatórios da Secretaria de Saúde do Município de Sapé, a transformação no município de Sapé/PB com a criação do PAC’S (Programa de Agentes Comunitário de Saúde) foi maior nas áreas carentes da cidade. O papel principal dos agentes de saúde, nesse contexto, foi de fundamental importância para essas comunidades, em suas visitas e reuniões. Eles têm levado às famílias informações de grande valor sobre vacinas, aleitamentos maternos, alimentação, crescimento e cuidados com a diarreia e/ou infecção respiratória nas crianças³⁷.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

³⁶

Dados coletados na Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Sapé-PB.

³⁷

Relatórios fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura municipal de Sapé-PB

Com base na trajetória deste estudo, concluímos que a Política Nacional de Atenção Básica se constitui em instrumento de gestão essencial ao aperfeiçoamento das equipes multiprofissionais. E que a função do Agente Comunitário de Saúde favorece e fortalece o vínculo com o usuário e o seu acesso aos serviços oferecidos pela unidade. As discussões teóricas e as experiências vivenciadas pelos profissionais da saúde apontam para o valor do Agente Comunitário de Saúde no desenvolvimento da saúde pública. Além disso, é importante lembrar que esse profissional desenvolve um trabalho marcado por fazeres que denotam acolhimento, vínculo e cuidado, proporcionando um estímulo à qualidade de vida e às condições de saúde, sob a visão da promoção da saúde.

Em suma, as dificuldades enfrentadas pelo profissional no desenvolvimento de seu trabalho, são aquelas decorrentes de uma gestão desequilibrada e sem planejamento adequado. E que a comunidade Santa Marina, necessita de um olhar diferenciado não só no tocante a saúde, mas como um todo. Nesse aspecto, a participação do agente comunitário de saúde tem sido muito ampla, pois atua na educação para a saúde individual e coletiva, por meio da visita domiciliar, grupos e palestras, levando à comunidade informações e conhecimento sobre o processo saúde-doença.

Além disso, envolve a comunidade na resolução de problemas, conscientizando-a sobre os agravos presentes no seu território e inserindo a comunidade nas resoluções sobre problemas de saúde que afetam a população. E mesmo sendo de competência política do governo municipal a reorganização do modelo assistencial, o agente comunitário de saúde vai além de suas atribuições em prol das melhorias para sua comunidade.

REFERÊNCIAS

- ÁVILA, Maria Marlene Marques. Origem e Evolução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**. Fortaleza, vol. 24, nº 2, 159-168, abr./jun., 2011.

BARROS, Daniela França de *et al.* O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 78-84, mar. 2010.

BRAND, Cátia Inácia; ANTUNES, Raquel Martins; FONTANA, Rosane Teresinha. Satisfações e insatisfações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Cogitare Enfermagem**. vol. 15, n. 1, p. 40-47, Jan/Mar 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. **Avaliação qualitativa do programa de Agente Comunitários de Saúde**. Brasília; 1994.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Serie Pacto pela Saúde volume 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRUSTSCHER, Volmir José; CARNEIRO, Daniela Gomes de Brito; PEREIRA, Rebecca Cabral de Figueiredo Gomes. **GESTÃO DO SUS NA PARAÍBA estratégias de educação e apoio**. Recife:fiocruz-PE, 2017

CANEL, Regina Célia; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Psicodrama Pedagógico: uma técnica participativa para estratégias de promoção de saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, vol 34, n. 3, p. 426-433, jul/set-2007.

COSTA, Maria Bernadete de Sousa; SILVA Maria Iracema Tabosa da. Impacto da criação do Programa de Saúde da Família na atuação do enfermeiro. **Revista de Enfermagem**. UERJ, vol. 12, nº 3, 2004, p. 273-279

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

FERRAZ, Lucimare; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2005, vol.10, n.2, pp. 347-355.

FERREIRA, J. M. **O processo histórico de Sapé (1757-2012)**. João Pessoa: Ideia, 2013.

LANZONI, Gabriela Marcelino de Melo; MEIRELLES, Betina Hörner Schindwein. Vislumbrando a rede complexa de relações e interações do agente comunitário de saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Fortaleza, v.11, n.2, p.140-151, abr./jun.2010.

MAIA, Sabiniano. **Sapé suas histórias suas memórias (1883-1985)**. João Pessoa. Edição do autor, 1985.

MAIO, Marcos Chor; LIMA, Nísia Trindade. Fórum: o desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 25, n.7, p. 1611-1613, jul. 2009.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol.18 (suplemento), p. 163-171, 2002.

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. **A Arte de Curar nos Tempos da Colônia: limites e espaços de cura**. 2 ed. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2011.

MOTA, Roberta Rodrigues de Alencar; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. A Crescente escolarização do Agente Comunitário de Saúde: uma Indução do Processo de trabalho? **Revista Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.229-248, jul./out.2010.

OLIVEIRA, Érika Caldas Silva de; TROVÃO, Dilma Maria de Brito Melo. O uso de plantas em rituais de rezas e benzeduras: um olhar sobre esta prática no estado da Paraíba. **Revista Brasileira de Biociências**. Porto Alegre, v. 7, n. 3, p. 245-251, jul./set. 2009

SANTOS, Idelcy Silva.; SANTOS, Shirlei Alves; OLIVEIRA, Rita de Cássia. Os avanços do programa de saúde da família (PSF) no Brasil. **WebArtigos**. 2009. Disponível em: <https://www.webartigos.com/artigos/os-avancos-do-programa-de-saude-da-familia-psf-no-brasil/21277/>. Acesso em: 01 de junho de 2018

SILVA, M. D. P; MARINI, F. S; MELO, R. S. Levantamento de Plantas medicinais cultivadas no município de Solânea, agreste paraibano: reconhecimento e valorização do saber tradicional. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, Campinas, v.17, n.4, supl. II, p.881-890, 2015. p. 882-883

SOUSA, Armando Tavares de. **Curso de História da Medicina: das origens aos fins do século XVI**, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1996

RIBEIRO, Darcy. **O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006

TAMANO, Luana Tiekio Omena. O Movimento Sanitarista no Brasil: a visão da doença como mal nacional e a saúde como redentora. **Khronos, Revista de História da Ciência**. Nº 4, p. 102-115, ago/2017. p. 107